

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГІЯ

или

ОПИСАНІЕ И АНАТОМИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЪЯСНЕНІЕ ПРОИЗВОДСТВА ОПЕРАЦІЙ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХЪ НА XXXIV ТАБЛИЦАХЪ, ИЗОБРАЖАЮЩИХЪ 442 ФИГУРЫ.

СОЧИНЕНІЕ

Ивана Рклицкаго,

Императорской С. Петербургской Медико-Хирургической Академіи
Заслуженнаго Профессора Оперативной Хирургіи, Хирургической и
Окулистической Клиникъ, Академика, Доктора Медицины и Хирургіи,
Дѣйствительнаго Статскаго Совѣтника.

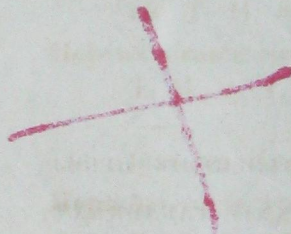
ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ИСПРАВЛЕННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ.

—
САНКТПЕТЕРБУРГЪ.

—
1858.

Анн. Давидовъ
22-го Октября 1858

617-089



617.9
Р 579

Съ разрѣшенія Конференціи Императорской С. Петербургской Медико-Хирургической Академіи, печатать позволяется, Октября 27 дня 1857 года.

Ученый Секретарь,
Дѣйствительный Статскій Совѣтникъ Зининъ.



СОДЕРЖАНИЕ.

	СТРАН.
Кровопускание изъ руки. <i>Venæsectio</i> . Т. I. ф. 1.	1.
— — — — — ноги. Т. I. ф. 3	4.
— — — — — наружной яремной вены. Т. I. ф. 6. о	5.
Вскрытие артерій. <i>Arteriotomia</i> . Т. I. ф. 4. А.	—
Перевязывание прибавочныхъ нервовъ. <i>Sectio nervorum accessoriorum</i> . <i>Willisii</i> . Т. I. ф. 6. q.	7.
Перевязывание сообщающагося личнаго нерва или твердой части 7 пары. Т. I. ф. 7.	8.
Перевязывание нижнихъ вѣтвей сообщающагося личнаго нерва. Т. I. ф. 7.	9.
Перевязываниі среднихъ вѣтвей личнаго нерва. Т. I. ф. 7. g.	10.
— — — — — нижнечелюстнаго нерва 5 пары. Т. I. ф. 7. u.	—
— — — — — подъочнаго — — — — — п.	11.
— — — — — лобной вѣтви — — — — — а.	—
Перевязывание общей сонной артеріи. <i>Ligatura arteriæ carotidis communis</i> . Т. II. ф. 1. а.	12.
Перевязывание безъимянной артеріи. <i>Ligatura arteriæ innominatæ</i> . Т. II. ф. 1. у.	17.
Перевязывание наружной сонной артеріи и щитообразной верхней. <i>Ligatura arteriæ carotidis externæ et thyreoideæ superioris</i> . Т. II. ф. 5. с. d.	19.
Перевязывание язычной артеріи. <i>Ligatura arteriæ lingualis</i> . Т. II. ф. 4. а. b.	21.
Перевязывание наружной нижнечелюстной артеріи. <i>Ligatura arteriæ maxillaris externæ</i> . Т. II. ф. 2. а. b.	—
Перевязывание наружной височной артеріи. <i>Ligatura arteriæ temporalis externæ</i> . Т. II. ф. 2. g. h.	22.

Перевязывание затылочной артерии. <i>Ligatura arteriae occipitalis</i> . Т. II. ф. 3.	23.
Перевязывание подключичной артерии надъ ключицею. <i>Ligatura arteriae subclaviae supra claviculam</i> . Т. II. ф. 1. b.	24.
Перевязывание подключичной артерии ниже ключицы. <i>Ligatura arteriae subclaviae infra claviculam</i> . Т. II. ф. 1. c.	28.
Перевязывание крыльцовой артерии. <i>Ligatura arteriae axillaris</i> . Т. II. ф. 1. d.	30.
Перевязывание плечевой артерии. <i>Ligatura arteriae brachialis</i> . Т. II. ф. 1. e.	32.
— — — — — въ локтевомъ сгибѣ. <i>Ligatura arteriae brachialis in flexura cubiti</i> . Т. II. ф. 1. f.	33.
Перевязывание лучевой артерии на верхней части передняго плеча. <i>Ligatura arteriae ulnaris in parte antibrachii superioris</i> . Т. II. ф. 1. g.	35.
Перевязывание лучевой артерии на нижней части передняго плеча. <i>Ligatura arteriae radialis in parte antibrachii inferioris</i> . Т. II. ф. 1. i.	36.
Перевязывание локтевой артерии на верхней части передняго плеча. <i>Ligatura arteriae ulnaris in parte antibrachii superioris</i> . Т. II. ф. 1. h.	37.
Перевязывание локтевой артерии на нижней части передняго плеча. <i>Ligatura arteriae ulnaris in parte antibrachii inferioris</i> . Т. II. ф. 1. k.	38.
Перевязывание нисходящей начальственной артерии въ брюшной полости. <i>Ligatura aortae descendens in cavo abdominali</i> . Т. II. ф. 1. l.	39.
Перевязывание артерій: подвздошной, подчревной и бедренной въ тазу. <i>Ligatura arteriarum: iliacae, hypogastricae et femoralis in pelve</i> . Т. II. ф. 1. m. n.	41.
Перевязывание бедренной артерии. <i>Ligatura arteriae femoralis</i> . Т. II. ф. 1. o. p.	44.
Перевязывание подколенной артерии. <i>Ligatura arteriae popliteae</i> . Т. IV. ф. 3. А. В.	46.
Перевязывание передней большеберцовой артерии. <i>Ligatura arteriae tibialis anticae</i> . См. Т. II. ф. 1. t. u.	48.
Перевязывание задней большеберцовой артерии. <i>Ligatura arteriae tibialis posticae</i> . Т. II. ф. 1. q. r. s.	49.
Сомнение неба. <i>Operatio palati fissi, velosynthesis, uranoraphia, staphyloraphia, kyanoraphia</i> . Т. V. ф. 4. 5. 6. 7.	50.

Сошвеніе раздвоенной верхней губы. <i>Labroraphia, operatio labii leporini, sive labii fissi.</i> T. V. 8. 19.	53.
Черепосверленіе <i>Trepanatio cranii.</i> T. VI. ф. 3. 4. 5. 6.	57.
Вскрытіе или прободеніе пазухи верхней челюсти. <i>Perforatio antri Highmoriani.</i> T. VI. ф. 11.	61.
Извлеченіе бѣльма. <i>Extractio cataractae.</i> T. VII. ф. 2. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16.	63.
Отклоненіе и низдавленіе бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку. <i>Reclinatio et depressio cataractae per scleroticam vel scleroticonixis.</i> T. VII. ф. 5. 6. 7. 8.	67.
Разсѣченіе или раздробленіе бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку. <i>Discissio vel dissectio cataractae per scleroticam.</i>	69.
Отклоненіе и низдавленіе бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку. <i>Reclinatio et depressio cataractae per corneam.</i>	70.
Разсѣченіе или раздробленіе бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку. <i>Discissio vel dissectio cataractae per corneam.</i>	71.
Разрѣзъ или расщеленіе радужной оболочки чрезъ непрозрачную роговую оболочку. <i>Coretomia s. incisio iridis per scleroticam.</i> T. VII. ф. 5. 6. 8.	—
Разрѣзъ радужной оболочки чрезъ прозрачную роговую оболочку. <i>Coretomia s. incisio iridis per corneam.</i> T. VII. ф. 17.	72.
Вырѣзываніе радужной оболочки. <i>Coretomia vel iridectomy.</i> T. VII. ф. 18.	73.
Отрѣзываніе куска радужной оболочки и извлеченіе бѣльма. <i>Iridectomy et extractio cataractae.</i> T. VII. ф. 20.	74.
Отдѣленіе райка отъ рѣсничной связки чрезъ проколъ непрозрачной роговой оболочки. <i>Coredialysis per scleroticam.</i> T. VIII. ф. 20. 21.	75.
Отдѣленіе райка отъ рѣсничной связки чрезъ прозрачную роговую оболочку. <i>Coredialysis, vel iridodialysis per corneam</i>	76.
Операция косоглазія. <i>Operatio strabismi.</i> T. VII. ф. 21.	78
— выворота нижняго вѣка чрезъ вырѣзываніе треугольнаго лоскута. <i>Operatio ectropii per sectionem palpebrae inferioris triangularem.</i> T. VIII. ф. 12. 6. 7.	80.
Операция выворота нижняго вѣка чрезъ горизонтальный разрѣзъ. <i>Operatio ectropii per sectionem palpebrae inferioris horizontalem.</i> T. VIII. ф. 3. 4. 5.	82.

Операция выворота верхняго вѣка чрезъ вырѣзываніе треугольнаго куска. <i>Operatio ectropii per sectionem palpebrae superioris triangularem.</i> Т. VII. ф. 8. 9.	83.
Операция выворота верхняго вѣка чрезъ горизонтальный разрѣзъ. <i>Operatio ectropii per sectionem palpebrae superioris horizontalem.</i> Т. VIII. ф. 11. 12.	—
Операция заворота рѣсницъ. <i>Operatio trichiasis et distichiasis.</i>	85.
— — вѣкъ. <i>Operatio entropii.</i> Т. VIII. ф. 14.	86.
Вскрытіе слезнаго мѣшка. <i>Paracentesis, sectio sacci lacrymalis.</i> Т. IX. ф. 5.	88.
Разширеніе и возстановленіе носоваго прохода. <i>Dilatatio et restitutio ductus nasalis.</i> Т. IX. ф. 10.	89.
Срѣзываніе крыловидной кожицы глаза. <i>Operatio pterygii.</i> Т. XI. ф. 18. 19.	90.
Образованіе искусственныхъ верхнихъ вѣкъ. <i>Blepharoplastice.</i> Т. X. ф. 5. 6.	91.
Образованіе искусственныхъ нижнихъ вѣкъ. Т. X. 7. 8. 9. 10.	94.
— искусственнаго носа изъ кожи лба. <i>Rhinoplastice (methodus indica).</i> Т. X. 1. 2. 4.	98.
Образованіе искусственнаго носа изъ общихъ покрововъ верхняго плеча. <i>Rhinoplastice. (Methodus italica).</i> Т. X. ф. 3.	99.
Образованіе искусственной нижней губы послѣ вырѣзыванія рака. <i>Cheiloplastice.</i> Т. XI. ф. 4. 5. 6. 7. 10. 11. . . .	100.
Образованіе искусственной верхней губы. Т. XI. ф. 8. 9.	104.
Вырываніе или извлеченіе зубовъ. <i>Evulsio s. extractio dentium.</i> Т. XI. ф. 1. 2.	106.
Вприскиваніе жидкости или введеніе кишечной струны въ Евстафіеву трубку, см. Т. XI. ф. 3.	109.
Вскрытіе гортани. <i>Laryngotomia.</i> Т. XII. ф. 2.	110.
— дыхательнаго горла. <i>Bronchotomia.</i> Т. XII. ф. 1.	113.
Извлеченіе инородныхъ тѣлъ изъ глотки или пищепріемнаго канала кнаружи, или низдавленіе ихъ въ желудокъ. Т. XII. ф. 5.	114.
Вскрытіе пищепріемнаго канала. <i>Oesophagotomia.</i> Т. XII. ф. 3. 4.	116.
Вскрытіе грудной полости. <i>Paracentesis pectoris s. thoracis.</i> Т. XII. ф. 6. d.	119.
Вскрытіе грудной полости подкожнымъ сѣченіемъ. <i>Paracentesis pectoris s. thoracis subcutanea.</i> Т. XXXIII. ф. 1.	121.

Просверливаніе грудной кости. <i>Trepanatio sterni</i> . Т. XII. Ф. 7. а.	123.
Прокалываніе брюха. <i>Paracentesis vel punctio abdominis</i> . Т. XII. Ф. 7.	—
Вырѣзываніе груди. <i>Extirpatio s. amputatio mammae</i> . Т. XII. Ф. 9. 10.	126.
Вправливаніе выпавшей матки и введеніе въ ея рукавъ ма- точныхъ вѣнцовъ или колець. <i>Repositio uteri prolapsi et introductio pessarium</i> . Т. XIII. Ф. 11. 12. 13. 14	128.
Разрывъ плевъ яйца. <i>Ruptura velamentorum fetus</i> . Т. XIII. Ф. 9.	130
Извлеченіе младенца помощію щипцовъ. Т. XIII. Ф. 1.	132.
Прободеніе головки или другихъ полостей младенца и извле- ченіе его кнаружи.	134.
Разрѣзь брюха и матки или полное кесарское сѣченіе. <i>Gastrohysterotomia s. sectio caesarea completa</i> . Т. XIII. Ф. 5.	136.
Операнія свища мочевого пузыря и маточнаго рукава. Опе- ratio fistulae vesico-vaginalis. Т. XXXIV. Ф. 1.	140.
Сшиваніе ранъ кишекъ. <i>Enteroraphia</i> . Т. XIV.	141.
Грыжесѣченіе пахо-мошоночное. <i>Herniotomia inguinoscro- talis</i> . Т. XV. 3. 2. 4.	142.
Грыжесѣченіе бедренное. <i>Herniotomia femoralis</i> . Т. XV. Ф. 1.	148.
Закрытіе неестественнаго каловаго прохода и свища. Опе- ratio ad sanandum anum praeternaturalem et fistulam stercoralem. Т. XVI. Ф. 3. 4. 5.	150.
Операнія свища заднепроходной кишки. <i>Operatio fistulae ani per incisionem</i> . Т. XVI. Ф. 6.	151.
Операнія выпаденія прямой кишки. <i>Operatio prolapsus recti per excisionem cutis</i> . Т. XX. Ф. 8.	154.
Операнія водяной грыжи чрезъ лигатуру или заволоку. Опе- ratio hydrocelis per setaceum Т. XVI. Ф. 7. 8 9.	155. ✓
Операнія водяной грыжи чрезъ проколъ. <i>Punctio s. paracen- tesis hydrocelis</i> . Т. XVII. Ф. 1.	156
Операнія водяной грыжи чрезъ впрыскиваніе раздражающей жидкости. <i>Operatio hydrocelis per injectionem fluidi irritantis</i>	157
Операнія водяной грыжи чрезъ разрѣзь. <i>Operatio hydrocelis per incisionem</i> . Т. XVII. Ф. 6.	158.
Вырѣзываніе яичка. <i>Extirpatio testiculi, castratio</i> . Т. XVII Ф. 5. 6. 7.	160.

Операция разширенных венъ яичка. <i>Operatio varicocelis.</i>	162.
Закрытіе неестественнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. <i>Operatio hypospadiaseos.</i> T. XVIII. ф. 1—10.	163.
Отрѣзываніе крайней плоти. <i>Circumcisio s. amputatio praeputii.</i> T. XXXIII. ф. 4.	164.
Разрѣзъ и отрѣзываніе доскутовъ крайней плоти. <i>Incisio et excisio praeputii.</i> T. XXXIII. ф. 3. 8. 9.	166.
Операция заворота крайней плоти. <i>Operatio paraphymoseos.</i> T. XXXIV. ф. 1. 2. 3.	167.
Введеніе катетера въ мочеиспускательный каналъ. <i> Applicatio catheteris s. catheterismus.</i> T. XVII. ф. 10.	168.
Вырѣзываніе заслоночекъ или ложныхъ перепонокъ мочеиспускательнаго канала. T. XVIII. ф. 18.	170.
Прокалываніе мочевого пузыря. <i>Punctio s. paracentesis vesicae urinae.</i> T. XVII. ф. 8. 9.	171.
Извлеченіе камня чрезъ разрѣзъ нижней части брюшной стѣны и передней стѣны мочевого пузыря. <i>Cystotomia hypogastrica. Sectio alta.</i> T. XVIII. ф. 16. 17.	173.
Боковое камнеизсѣченіе. <i>Lithotomia s. cystotomia lateralis.</i> T. XIX. ф. 5. 7.	176.
Поперечное камнеизсѣченіе. <i>Cystotomia transversalis s. bilateralis.</i> T. XX. ф. 2.	183.
Извлеченіе камня чрезъ разрѣзъ заднепроходной кишки и мочевого пузыря. <i>Cystotomia recto-vesicalis. Procto-cystotomia postica.</i> T. XIX. ф. 2. T. XX. ф. 1. 4.	184.
Камнеизсѣченіе у женщинъ. T. XX. ф. 5.	186.
Раздробленіе или просверливаніе камня въ мочевомъ пузырьѣ. <i>Lithotritia s. Lithotripsia.</i> T. XXI. ф. 2.	187.
Разбиваніе или раздавливаніе камня въ мочевомъ пузырьѣ. <i>Lithotripsia s. Lithotritia per concussionem s. compressionem calculi in vesica urinaria.</i> T. XXII.	191.
Вскрытіе мочеиспускательнаго канала. <i>Urethrotomia.</i>	197.
Вырываніе носовыхъ полиповъ. <i>Evulsio s. extractio polyporum nasi.</i> T. XXIII. ф. 1.	199.
Перевязываніе носовыхъ полиповъ. <i>Ligatura polyporum nasi.</i> T. XXIII. ф. 6. 10.	202.
Перевязываніе полиповъ зѣва. <i>Ligatura polyporum pharyngis.</i> T. XXIII. ф. 3.	204.
— ушныхъ полиповъ. <i>Ligatura polyporum auris.</i> T. XXIII. ф. 7.	205.

Перевязываніе полиповъ матки. <i>Ligatura polyporum uteri</i> .	
Т. XXIII. ф. 8. 9.	—
Перевязываніе артерій и венъ для остановленія кровотеченія.	
<i>Ligatura vasorum sanguiferorum</i> . Т. IV. ф. 4. 5. 6.	206.
Скручиваніе артерій и венъ для остановленія кровотеченія.	
<i>Torsio vasorum sanguiferorum ad sistendam hæmorrhagiam</i> . Т. IV. ф. 7. 8.	207.
Отнятіе плеча круговымъ сѣченіемъ. <i>Amputatio brachii sectione iterata, s. circulari</i> . Т. XXIV. ф. 1.	209.
Отнятіе плеча съ лоскутомъ, или чрезъ образованіе двухъ боковыхъ разрѣзовъ. <i>Amputatio brachii paniculata</i> . Т. XXIV. ф. 1. t. u. v. ф. 2. y. z. zz.	213
Отнятіе передняго плеча круговымъ сѣченіемъ. <i>Amputatio antibrachii circularis</i> . Т. XXIV. ф. 1. a. b. c. d.	214.
Отнятіе передняго плеча съ лоскутомъ <i>Amputatio antibrachii paniculata</i> . Т. XXIV. ф. 1. 10. x. y.	216.
Отнятіе пальцевъ руки. <i>Amputatio digitorum manus</i>	217.
— бедра круговымъ сѣченіемъ. <i>Amputatio femoris circularis s. iterata</i> . Т. XXIX. ф. 2.	—
Отнятіе бедра коническимъ сѣченіемъ. <i>Amputatio femoris conica</i> . Т. XXIX. ф. 4.	218.
Отнятіе бедра съ лоскутомъ. <i>Amputatio femoris paniculata</i> . Т. XXIX. ф. 5.	220.
Отнятіе голени круговымъ сѣченіемъ. <i>Amputatio cruris circularis</i> . Т. XXIX. ф. 3.	—
Отнятіе голени съ лоскутомъ. <i>Amputatio cruris paniculata, à lambeau</i> . Т. XXIX. ф. 6.	221.
Вырѣзываніе ключицы. <i>Exarticulatio s. extirpatio claviculae</i>	223.
— плеча изъ соединенія его съ лопаткою. <i>Exarticulatio s. extirpatio brachii</i> . Т. XXV. ф. 7.	225.
Вырѣзываніе передняго плеча. <i>Exarticulatio s. extirpatio antibrachii</i> . Т. XXIV. ф. 2. u. z.	228.
Вырѣзываніе ручной кисти. <i>Exarticulatio manus</i> . Т. XXVI. ф. 1. Т. XXVII. ф. 4.	229.
Вырѣзываніе пястья ручной кисти. <i>Exarticulatio metacarpi</i> . Т. XXVI. ф. 8. 7.	230.
Вырѣзываніе пальцевъ. <i>Exarticulatio digitorum</i> . Т. XXVII. ф. 3. Т. XXVI. ф. 2. 3.	232.
Вырѣзываніе бедра. <i>Exarticulatio femoris</i> . Т. XXX. ф. 13. 14. 15.	233.

- Вырѣзываніе голени. *Exarticulatio cruris*. Т. XXXI. ф. 8. 235.
 — стопы частное. *Extirpatio s. exarticulatio pedis partialis*. Т. XXVII. ф. 6. 8. о. р. 236.
- Вырѣзываніе стопы съ отпиливаніемъ нижнихъ концовъ костей голени. *Exarticulatio s. amputatio pedis extremi*. Т. XXXIV. ф. 5. 6. 7. 8. 238.
- Вырѣзываніе плюсны. *Exarticulatio metatarsi*. Т. XXVII. ф. 6. т. п. Т. XXVIII. ф. 9. Т. XXXI. 13. . . . 240.
- Вырѣзываніе ножныхъ пальцевъ. *Exarticulatio digitorum pedis*. Т. XXVIII. ф. 1. 2. 3. 4. 5. 6. —
- Выпиливаніе части верхней челюсти. *Resectio maxillae superioris partialis*. Т. VI. ф. 12. 13. 14. 241.
- Выпиливаніе боковой или средней части нижней челюсти. *Resectio s. amputatio maxillae inferioris*, Т. VI. ф. 2. —
- Частное выпиливаніе ребра. *Resectio partialis costae*. . . 242.
- Выпиливаніе конца ключицы. *Resectio claviculae partialis*. Т. XII. ф. 10. , 243.
- Отпиливаніе головки плечевой кости. *Decapitatio ossis brachii s. humeri*. Т. XXX. ф. 5. 6. 7. Т. XXXII. ф. 1—6. 244.
- Выпиливаніе средней части плечевой кости. *Resectio corporis brachii*. 246.
- Отпиливаніе нижняго конца плечевой кости. *Resectio extremitatis inferioris s. condylorum brachii*. Т. XXXII. ф. 3. 249.
- Отпиливаніе верхняго конца лучевой кости. *Resectio extremitatis superioris radii*. Т. XXXII. ф. 1. 251.
- Отпиливаніе локтеваго отростка. *Resectio olecrani*. . . . 252.
 — концовъ костей локтеваго сустава. *Resectio ossium cubiti*. Т. XXXI. ф. 14. —
- Отпиливаніе нижняго конца лучевой кости. *Resectio extremitatis inferioris ulnae*. Т. XXXII. ф. 2. б. 253.
- Отпиливаніе нижняго конца лучевой кости. *Resectio extremitatis inferioris radii*. Т. XXXII. ф. 2. с. 254.
- Отпиливаніе запястныхъ костей. *Resectio ossium metacarpi*. 255.
 — головки бедренной кости. *Decapitatio s. resectio femoris in coxa*. Т. XXX. ф. 13. 257.
- Отпиливаніе нижняго конца или мыщелковъ бедренной кости. *Resectio extremitatis inferioris s. condylorum femoris*. Т. XXXI. ф. 11. 258.
- Отпиливаніе верхнихъ концовъ голennыхъ костей. *Resectio capitis tibiae et fibulae*. Т. XXXI. ф. 11. 259.

- Выпиливание средней части большой берцовой кости. *Resectio corporis tibiae*. Т. XXVIII. ф. 4. А. В. . . . 260.
- Отпиливание внутренней лодыжки. *Resectio malleoli interni*. Т. XXXI. ф. 9. 261.
- Отпиливание наружной лодыжки. *Resectio malleoli externi*. Т. XXVIII. ф. 1. А. В. 262.
- Перерѣзывание грудинососкового мускула. *Operatio capitis obstripi*. Т. XXXII ф. 7. 263.
- Перерѣзывание сухой жилы двуглавого плечевого мускула. *Sectio tendinis musculi bicipitis ad curandam contracturam antibrachii*. Т. XXXII. ф. 5. 265.
- Перерѣзывание сухихъ жилъ мускуловъ сгибающихъ голень. *Sectio tendinum musculorum flexorum cruris ad curandam contracturam cruris*. Т. XXXII. ф. 8. 266.
- Перерѣзывание сухой Ахилловой жилы. *Sectio tendinis Achillis ad curandum pedem equinum, varum, valgum*. Т. XXXII. ф. 6. 267.



ОПИСАНИЕ

ПРОИЗВОДСТВА ОПЕРАЦІЙ.

1. Кровоуѣсканіе изъ руки. Venæsectio. Т. I. Ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Широкий бинтъ, длиною аршина полтора, приготовленный изъ холста, тонкаго сукна или шелку, кровоостанавливающий ланцетъ или шнеперъ, сосуды для принятія крови: чайная чашка или кровоостанавливающая оловянная извѣстной величины, глубокая тарелка и т. п., тазъ съ водою, кусокъ грецкой губки, компрессъ, циркулярный бинтъ аршина $2\frac{1}{2}$, длиною и треугольная повязка (mitella).

Положеніе больного и его конечности, на которой должно вскрыть вену. Обыкновенно при этой операціи больной сидитъ на стулѣ или скамейкѣ; но если онъ находится въ обморокѣ, весьма слабъ, или мы намѣрены выпустить большое количество крови, то долженъ лежать на постели. Верхняя конечность его, обнаженная и отведенная отъ туловища подъ прямымъ угломъ, должна быть нѣсколько согбена въ локтѣ и надлежащимъ образомъ освѣщена.

Моменты операціи. 1) Остановленіе венальнаго кровообращенія въ верхней конечности; 2) вскрытіе вены; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Для остановленія кровообращенія въ венахъ верхней конечности, операторъ средину широкаго бинта прикладываетъ къ верхнему плечу дюйма на два выше того мѣста, гдѣ вскрывается вена; потомъ два раза обводитъ бинтъ вокругъ плеча, которое сжимаетъ имъ довольно крѣпко, а концы его связываетъ узломъ и петлею. Чѣмъ жирнѣе и толще верхняя конечность и чѣмъ глубже находятся вены, тѣмъ крѣпче должно перевязывать ее бинтомъ, но не весьма туго, дабы не прекратить въ ней артеріальное кровообращеніе. Положивъ такимъ образомъ повязку на верхнее плечо нужно совершенно удостовѣриться въ положеніи венъ, помощію зрѣнія или ощущиванія ихъ пальцами; если вены не окажутся явственными, то потерѣть локтевой сгибъ губкою, омоченною въ теплой водѣ и опредѣлить анатомическое положеніе венъ и другихъ частей надъ локтевымъ сгибомъ.

Второй моментъ. Операторъ, положивъ большой перстъ лѣвой руки поперечно надъ вскрываемою веною, ниже того мѣста, гдѣ должно сдѣлать ея проколъ, прочими пальцами этой руки обхватываетъ заднюю поверхность передняго плеча, изъ котораго нужно пустить кровь. Обыкновенно вскрывается вена *basilica*, или лучше *cephalica mediana*, потому, что первая лежитъ надъ плечевою артеріею, которой поврежденіе весьма опасно, см. Т. I. ф. I +. +. Нѣкоторые совѣтуютъ пускать кровь изъ венъ: локтевой, лучевой, *salvatella*, *cephalica pollicis* и др. Потомъ операторъ беретъ кровоуспокаивающій ланцетъ, выдвинутый подъ прямымъ угломъ изъ черешка, большимъ и указательнымъ пальцами правой руки такъ, чтобы остроконеціе его находилось внѣ пальцевъ свободнымъ на нѣсколько линій, или немного длиннѣе толщины общихъ покрововъ надъ вскрываемою веною. Послѣ, подпирая правую руку свою ея мизинцемъ на верхней части передняго плеча больного, вкалываетъ въ вену остріе ланцета отвѣсно и послѣ извлекаетъ его лезвеемъ кнаружи, приподнимая при этомъ конецъ ланцета кверху.

Если должно сдѣлать большое отверстіе, или разрѣзъ, особенно глуболежащей вены и вообще если нужно весьма скоро выпустить большое количество крови; то операторъ остріе ланцета, прежде извлеченія его кнаружи, подвигаетъ линіи на 2 или 3 вверхъ въ полости вскрываемой вены и такимъ образомъ разрѣзываетъ общіе покровы и переднюю стѣну вены. Если онъ совершенно не можетъ вѣрно опредѣлить положеніе вены въ локтевомъ сгибѣ, то вскрываетъ вену *сaphalisat* между окончаніемъ мускула груднаго большаго и дельтообразнаго. Въ этомъ случаѣ онъ дѣлаетъ скапелемъ небольшой разрѣзъ общихъ покровъ, параллельно съ осью верхняго плеча, на одинъ дюймъ ниже верхушки вороньяго отростка лопатки, и потомъ обыкновеннымъ образомъ вскрываетъ вену ланцетомъ. См. Т. I. Ф. 6 р.

Если употребляется шнеперъ, то операторъ взявъ его ящичекъ большимъ и четвертымъ пальцами правой руки такъ, чтобы указательный перстъ находился сверху близъ натянутого флища, кладетъ нижнимъ краемъ шнеперъ надъ вскрываемую вену, соотвѣтственно ея направленію или ходу; потомъ придавливаетъ пружину шнепера среднимъ пальцемъ, и такимъ образомъ остріе флища мгновенно проникаетъ въ полость вены чрезъ общіе покровы. Разрѣзъ вены обыкновенно дѣлается прямой, вдоль ея направленія, Т. I. Ф. 5. а, иногда косвенный с, даже поперечный b, если вскрываются вены тонкія и глуболежащія. Вскрывъ вену, операторъ удаляетъ большой перстъ лѣвой руки, лежавшій надъ веною поперечно, и совѣтуетъ больному безпрестанно сгибать и разгибать пальцы, держа ими палку, и такимъ образомъ движеніемъ, мускуловъ передняго плеча, ускорять вытеченіе крови изъ раны. При этомъ больная конечность должна находиться въ прежнемъ направленіи, дабы положеніе частей надъ раною вены не измѣнилось, въ противномъ случаѣ кровь не будетъ имѣть свободнаго выхода кнаружи.

Третій моментъ. Выпустивъ потребное количество крови, операторъ развязываетъ бинтъ и спмаетъ его съ верхняго плеча, а большимъ перстомъ лѣвой руки опять прижимаетъ вену ниже ея прокола или отверстія: послѣ, очистивъ помощію губки и теплой воды рану, плотно сближаетъ ея губы указательнымъ перстомъ лѣвой руки и компрессомъ, прикладываемымъ къ ней правою рукою; наконецъ укрѣпляетъ этотъ компрессъ осьми-образною повязкою вокругъ локтеваго сгиба такъ, чтобы нижніе ходы ея были наложены крѣпче, а верхніе слабѣе. Послѣ операціи переднее плечо больной конечности, полусогбенное въ локтѣ, поддерживается треугольною повязкою (mitella), до заживленія раны.

2. Кровопусканіе изъ ноги. Т. I. Ф. 3.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей для производства этой операціи потребенъ тотъ же самой, какою былъ вычисленъ при описаніи предъидущей.

Больной погружаетъ предварительно на нѣсколько минутъ въ теплую воду ногу, изъ которой должно пустить кровь, дабы вены на ней сдѣлались болѣе явственными, потомъ ставитъ эту ногу на край ванны или таза. Операторъ, наложивъ циркулярную повязку, какъ выше упомянуто, помощію одноглаваго бинта ниже колѣна или надъ ладыжками больной голени, опускается самъ на полъ однимъ колѣномъ и вскрываетъ помощію ланцета, или шпепера *venam saphenam internam* надъ внутреннею ладыжкой, или вѣтвь ея на внутренней сторонѣ тыльной поверхности стопы, см. Т. I. Ф. 3. а и фиг. 4, именно въ углубленіи между клиновидною и ладьеобразною костями. При вскрытіи вены должно наблюдать все то, что сказано во второмъ моментѣ предъидущей операціи. По выпущеніи надлежащаго количества крови, въ чашку или ванну съ теплою водою, снимается циркулярная повязка съ голени и, сблизивъ губы раны, кладется на нихъ компрессъ, который

укрѣпляется бинтомъ надъ суставомъ стопы въ видѣ осмиобразной повязки , или *stapedis*.

3. Кровопусканіе изъ наружной яремной вены. Т. I. Ф. 6. о.

Проколъ наружной яремной вены дѣлается помощію ланцета , или шнепера , близъ наружнаго края грудиносковаго мускула на средней части шеи , см. Т. I. Ф. 6. о , или между угломъ нижней челюсти и сосцевиднымъ отросткомъ височной кости.

Операторъ придавливаетъ большимъ перстомъ лѣвой руки вену ниже вскрываемаго мѣста , дабы укрѣпить ее въ неподвижномъ положеніи и сдѣлать болѣе явственною; для этой послѣдней цѣли помощникъ прижимаетъ наружную яремную вену на другой сторонѣ шеи больного; потомъ операторъ , взявъ правою рукою кровопускательный ланцетъ , какъ выше сказано , вкалываетъ остріе его снаружи внутрь и снизу вверхъ въ полость вены. Вскрывъ такимъ образомъ вену и удаливъ большой перстъ лѣвой руки, должно подложить свернутую карточку подъ отверстіе вены, для защищенія шеи и туловища больного отъ вытекающей крови.

Для остановленія крови , по выпущеніи надлежащаго ея количества , должно прижать вену выше сдѣланнаго въ ней отверстія , потомъ плотно сблизить губы раны и , положивъ на нихъ небольшой компрессъ , или немного мѣлкой корпии , укрѣпить ленточками липкаго пластыря и циркулярнымъ бинтомъ вокругъ шеи.

4. Вскрытіе артерій. Arteriotomia. Т. I. Ф. 4. А.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямой бистурей или скалпелль , чашка для принятія крови, двѣ кривыя иглы , или Бромфильдовъ крючекъ съ лигатурами , куски гречкой губки , тазъ съ водою , ленточки лип-

каго пластыря, мѣлкая корпія, компрессъ простой, или градусной, и бинтъ одноглавой, или двуглавой.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на низкомъ стулѣ, или таковой же кровати; одинъ помощникъ, ставъ сзади и плоско положивъ обѣ руки свои надъ ушами больного, неподвижно укрѣпляетъ его голову, прижавъ ее къ своей груди и нѣсколько наклонивъ въ ту сторону, на которой должно вскрыть артерію, другой укрѣпляетъ верхнія конечности и туловище больного, третій держитъ сосудъ для принятія крови.

Моменты операций. 1) Разрѣзь общихъ покрововъ и вскрытіе артерій; 2) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и взявъ правою рукою скалпелль, или прямой бистурей, а пальцами лѣвой руки напрягая общіе покровы, разрѣзываетъ ихъ длиною на дюймъ вдоль по направленію височной артеріи надъ скуловымъ отросткомъ, см. Т. I. ф. 4. А.; при вскрытіи передней вѣтви височной артеріи разрѣзь общихъ покрововъ дѣлается длиною на полдюйма надъ наружнымъ угломъ глазной впадины, В. Потомъ вскрывается артерія, помощію остроконечія бистурея, малымъ, вдоль по направленію ея идущимъ, разрѣзомъ, чрезъ который выпускается кровь въ подставленную чашку или другой сосудъ. Иногда можно вскрыть артерію однимъ разрѣзомъ съ общими покровами, особенно у больныхъ худощавыхъ и гдѣ біеніе ея весьма явственно снаружи.

Второй моментъ. Выпустивъ потребное количество крови, операторъ перерѣзываетъ артерію поперечно и оба конца ея, если не сократились, захватывая Бромфильдовымъ крючкомъ, см. Т. IV. ф. 5, или пинцетомъ ф. 4, перевязываетъ лигатурами, или скручиваетъ ихъ помощію пинцета, Т. IV. ф. 7. Въмѣсто Бромфильдова крючка можно употребить двѣ кривыя иглы, которыми подводятся двѣ лигатуры подъ артерію выше и ниже сдѣланнаго въ ней

отверстія и связываются узломъ , потомъ между ими поперечно перерѣзывается артерія.

Остановивъ кровотеченіе , операторъ губы раны плотно сближаетъ между собою и удерживаетъ ихъ въ такомъ положеніи ленточками липкаго пластыря , сверхъ которыхъ кладетъ небольшую корпейную связочку , или компрессъ , и укрѣпляетъ циркулярнымъ бинтомъ . Въ первомъ случаѣ , т. е. послѣ вскрытія ствола височной артеріи , ходы одноглаваго бинта начинаются отъ больной стороны чрезъ рану и простираются къ макушкѣ головы , потомъ позади здороваго уха и подъ нижнюю челюсть ; во второмъ , они дѣлаются вокругъ основанія головы надъ ушами чрезъ лобъ и затылокъ . Перевязываніе раны одноглавымъ бинтомъ должно въ этомъ случаѣ предпочитать употребленію двуглаваго , которой накладывается въ видѣ узловатой повязки (*fascia podosa*) и производитъ сильное и даже вредное давленіе раны.

5. *Перерѣзываніе прибавочныхъ нервовъ.* *Sectio nervorum accessoriorum Willisii T. I. Ф. 6. q.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скальпель или остроконечный бистурей , пинцетъ , Бромфильдовъ крючекъ съ лигатурами , грецкая губка , тазъ съ холодною водою , корпейная связочка , деревянное масло , ленточки липкаго пластыря , мѣлкая корпія , компрессъ и бинтъ .

Этотъ аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей долженъ быть и при слѣдующихъ операціяхъ перерѣзыванія нервовъ .

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ или кровати на-брюхъ , одинъ помощникъ неподвижно держать голову больного , другой верхнія конечности и туловище , третій помогать оператору .

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и

мягких частей до нерва; 2) перерѣзываніе нерва и отнятіе одного или обоихъ концовъ его; 3) остановленіе кровотока и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ пишущее перо, скалпелль, дѣлаетъ имъ два наружные разрѣза, которые должны быть длиною въ 2 дюйма и проведены по задней и боковой части шеи, позади грудно-сосисковыхъ мускуловъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ прибавочные нервы прободаютъ верхнюю часть этихъ мускуловъ и соединяются съ язычными нервами 9-ой пары, см. Т. I Ф. 6. 9. Губы раны помощникъ развлекаетъ тупыми крючками въ стороны.

Второй моментъ. Операторъ, производя операцію эту одинаковымъ образомъ на обоихъ сторонахъ шеи больного, обнаживъ нервъ, перерѣзываетъ его поперечно скалпеллемъ, потомъ захватываетъ помощію пинцета сначала одинъ конецъ его и отрѣзываетъ линіи на три, послѣ такимъ же образомъ и другой, если первый отрѣзанъ весьма коротко и недостаточно.

Третій моментъ. Остановивъ кровотечение прикладываніемъ къ ранамъ грецкой губки съ холодною водою, операторъ плотно сближаетъ губы ранъ и соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря; потомъ, положивъ сверху пластырей корпейныя связочки, омащенные деревяннымъ масломъ и компрессы, укрѣпляетъ ихъ циркулярнымъ бинтомъ, накладывая его въ этомъ случаѣ вокругъ шеи и подъ мышку, въ видѣ *stellæ posticæ*.

6. *Перерѣзываніе сообщающагося личнаго нерва или твердой части 7 пары.* Т. I. Ф. 7.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на здоровомъ боку, или сидѣть на низкомъ стулѣ, обративъ больную сторону къ свѣту; одинъ помощникъ, стоя сзади или здоровой стороны больного, укрѣпляетъ обѣими руками его голову къ своей груди и

вмѣстѣ ухо больной стороны приподнимается вверхъ и впередъ, см. Т. I. ф. 7., другой удерживаетъ верхнія конечности и туловище больного, третій помогаетъ оператору. Моменты этой операціи тѣже самые, какіе упомянуты при описаніи предыдущей.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ помощію скальпеля позади уха отъ основанія сосцевиднаго отростка височной кости и проводитъ, длиною дюйма на полтора, подъ наружнымъ слуховымъ проходомъ внизъ и впередъ по переднему краю грудинососцово-го мускула. Повторивъ таковыя сѣченія, обнажаетъ сухожильныя волокна этаго мускула и подъушную желѣзу, которую весьма осторожно удаляетъ въ сторону, см. Т. I. ф. 7. 9.

Второй моментъ. Помощникъ разводитъ тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ дѣлаетъ скальпелемъ глубокіе, но короткіе разрѣзы мягкихъ частей въ верхнемъ углу раны, по переднему краю сосцевиднаго отростка такъ, чтобы они проникли до foramen stylomastoideum, но не простирались къ внутренней сторонѣ шиловиднаго отростка. Потомъ захватываетъ пинцетомъ нервъ и осторожно перерѣзываетъ скальпелемъ поперечно, при выходе изъ наружнаго отверстія Фаллопіева канала, надъ заднею частію двубрюшнаго мускула нижней челюсти; послѣ отрѣзываетъ одинъ конецъ нерва, какъ выше упомянуто, дабы онъ не могъ сростись съ другимъ концемъ.

Третій моментъ. Остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны производится подобнымъ образомъ, какъ сказано въ описаніи предыдущей операціи.

7. *Перерѣзываніе нижнихъ вѣтвей сообщающагося личнаго нерва.* Т. I. ф. 7.

Разрѣзъ общихъ покрововъ и мягкихъ частей дѣлается въ этомъ случаѣ скальпелемъ, или лучше прямымъ остро-

конечнымъ бистуреемъ, чрезъ жевательный мускуль, длиною въ одинъ дюймъ, до нижняго края нижней челюсти и даже до ея угла. При этомъ должно избѣгать поврежденія Стенонова протока, см. Т. I. ф. 7. h. Кровотеченіе изъ личной артеріи останавливается помощію прижатія ея корпіею и крѣпко наложенною повязкою, которая дѣлается циркулярнымъ бинтомъ чрезъ макушку головы и подъ нижнюю челюсть больного.

8. *Перерѣзываніе среднихъ вѣтвей личнаго нерва.* Т. I. ф. 7.

Операція эта производится подобнымъ образомъ, какъ и предъидущая. Разрѣзь общихъ покрововъ и мягкихъ частей на щекѣ дѣлается помощію скалпелля или остроконечнаго бистурея, подъ глазною впадиною отъ середины носа, чрезъ больную сторону, снутри кнаружи до середины щеки. Онъ долженъ проникать до передней поверхности верхней челюсти, гдѣ перерѣзывается ramus infraorbitalis при наружномъ отверстіи верхнечелюстнаго канала. См. Т. I. ф. 7. h.

9. *Перерѣзываніе нижнечелюстнаго нерва 5 пары.* Т. I. ф. 7.

Операторъ, стоя предъ больнымъ, отвлекаетъ пальцами лѣвой руки своей нижнюю губу его впередъ и книзу, а правою рукою взявъ скалпелль, какъ писчее перо, разрѣзываетъ перепонку рта и десны подъ вторымъ кореннымъ зубомъ больной стороны. Разрѣзь этотъ долженъ простираться перпендикулярно сверху внизъ по передней поверхности нижней челюсти, почти до основанія этой кости. При этомъ перерѣзывается нервъ, при выхожденіи его изъ нижнечелюстнаго канала; нѣкоторые совѣтуютъ перерѣзывать нервъ предъ вхожденіемъ его въ нижнечелюстный каналъ, если первый способъ оказался неэффективнымъ. Въ этомъ случаѣ дѣлается перпендикулярный разрѣзь общихъ покрововъ и мягкихъ частей близъ вѣчна-

го отростка нижней челюсти и проводится между переднимъ краемъ этого отростка и наружнымъ крылообразнымъ мускуломъ сверху внизъ до зубнаго края нижней челюсти.

10. Перерѣзываніе подъязычнаго нерва пятой пары. Т. I. ф. 7. п.

При этой операціи перерѣзываются общіе покровы и заднія части вмѣстѣ съ нервомъ, см. Т. I. ф. 7. п, помощію остроконечнаго бистуря, который отвѣсно прокалывается до самой кости надъ корнемъ глазнаго зуба боковой стороны. Разрѣзъ долженъ начинаться на полдюйма отъ нижняго края глазной впадины и почти на одинъ дюймъ отъ внутренняго глазнаго угла и простираться косвенно внизъ и кнаружи, къ скуловому отростку нижней челюсти, длиною около $\frac{5}{4}$ дюйма.

11. Перерѣзываніе лобной вѣтви нерва пятой пары. Т. I. ф. 7.

Разрѣзъ общихъ покрововъ и мягкихъ частей до лобной кости дѣлается помощію остроконечнаго бистуря, начиная на полдюйма выше наружнаго угла глазной впадины и продолжая поперечно кнаружи, длиною также на полдюйма. При этомъ перерѣзывается надъязычный нервъ, см. Т. I. ф. 7. а.

Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ, раны послѣ операціи должно лѣчить чрезъ нагноеніе — *per suppurationem v. secundam intentionem*; для этой цѣли сначала кладутся между губами ихъ корпейныя связочки, омащенные масломъ, и удерживаются ленточками липкаго пластыря, потомъ покрываются компрессомъ, который должно укрѣпить циркулярнымъ бинтомъ.

12. Перевязываніе общей сонной артеріи. Ligatura arteriæ carotidis communis. Т. II. Ф. 1. а.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей для производства всѣхъ операцій аневризмъ. Скалпелль, пинцетъ, жолобоватый зондъ, прямой бистурей съ пуговкою, два тупыхъ крючка, или широкія на концѣ искривленныя лопаточки, Т. IV. Ф. 12, турникетикъ Ф. 9, тупая аневризматическая игла Ф. 13, или съ выдвижною пружиною Ф. 10. 11, круглыя шелковыя лигатуры различной толщины, ножницы, Бромфильдовъ крючекъ, ленточки липкаго пластыря, корпейная связочка, деревянное масло, куски грецкой губки, тазъ съ холодною водою, компрессъ и бинтъ, или многоглавая повязка.

Турникетикъ, Ф. 9, накладывается слѣдующимъ образомъ: нижняя часть его, представляющая овальную пластинку съ двумя дырочками, кладется на артерію, но прежде продѣваются въ отверстія этой пластинки концы лигатуры, подведенной подъ артерію; потомъ одинъ конецъ лигатуры проводится чрезъ ушко колечка, находящагося на винтѣ оси, или палочки, и оба концы лигатуры связываются узломъ и петлею. Длина оси или палочки турникетика бываетъ различна, смотря по положенію артеріи болѣе или менѣе глубокому, вообще дюйма полтора. Наконецъ, укрѣпивъ пальцами лѣвой руки колечко съ ушкомъ и петлею лигатуры, должно правою рукою завертывать рукоятку оси такъ крѣпко, чтобы біеніе въ аневризматическомъ мѣстѣ совершенно прекратилось.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на низкомъ столѣ, или таковой же кровати, на спинѣ съ нѣсколько приподнятою грудью, обративъ голову назадъ, а лице вверхъ и къ здоровой сторонѣ; больная сторона должна быть весьма хорошо освѣщена, что должно наблюдать при всѣхъ операціяхъ. Одинъ помощникъ неподвижно укрѣпляетъ голову больного обѣими

руками своими, плоско приложенными къ его вискамъ, другой удерживаетъ верхнія конечности и туловище больного, третій нижнія конечности, а четвертый помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2) вскрытіе шейныхъ перепонокъ и собственнаго влагалища артерій; 3) подведеніе подъ артерію лигатуры и перевязываніе ея, а потомъ раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ больной стороны больного и держа правою рукою, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы на срединѣ шеи, или немного ниже, по внутреннему краю грудинососкового мускула, длиною отъ 2 до 3 дюймовъ. См. Т. II. Ф. 1. а. Разрѣзъ этотъ должно начинать сверху не отъ самаго края упомянутого мускула, но отступивъ отъ него къ дыхательному горлу линіи на четыре или пять и проводить внизъ, по направленію сонной артеріи, къ краю грудинососкового мускула. При этомъ операторъ напрягаетъ или придавливаетъ пальцами лѣвой руки общіе покровы съ одной, а помощникъ плоско приложенною рукою съ другой стороны раны. Произшедшее кровотеченіе помощникъ останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска гречкой губки съ холодною водою.

Второй моментъ. Операторъ, разрѣзавъ общіе покровы и взявъ лѣвою рукою пинцетъ, захватываетъ имъ въ срединѣ раны широкій шейный мускулъ и поверхнюю перепонку шеи, приподнимаетъ ихъ въ складку и дѣлаетъ небольшое отверстіе, помощію горизонтально приложеннаго скалпелля; потомъ, въ сдѣланное отверстіе проводитъ жолобоватый зондъ и по немъ разрѣзываетъ бистурею съ пуговкою упомянутый мускулъ и шейную перепонку до верхняго и нижняго угловъ наружной раны. При этомъ иногда перерѣзываются подкожная шейная вена или ея вѣтвь, поперечно идущая въ ранѣ.

По вскрытіи широкаго шейнаго мускула и поверхностней шейной перепонки, открывается въ наружной губѣ раны

внутренний край грудинососкового мускула, которого не должно совершенно обнажать, особенно при операции на правой стороне; поелику правая яремная вена, большею частию, бывает толще, нежели левая и от прижатия шеи больного руками, также при его дыхании, она может выходить из-под края мускула в рану и удобно быть повреждена. См. Т. II. ф. 7. р. Теперь голову больного должно поворотить к больной стороне и кнаружи, для расслабления грудинососкового мускула, которой с яремною веною помощник отвлекает крючком кнаружи, а *musculum thyreoideum* с дыхательным горлом и щитообразною желѣзою, такъ же крючкомъ или лопаточкою, внутрь. Далѣе, операторъ, раздѣляя черешкомъ скальпеля глубже лежащую клетчатую плеву, открываетъ въ верхнемъ углу раны или на срединѣ ея, смотря потому какъ сдѣлать наружный разрѣзъ, выше или ниже: *musculum omohyoideum*, косвенно идущій вверхъ и внутрь, Т. II. ф. 7. f., во внутреннемъ краѣ, упомянутый мускулъ и *sterno-hyoideum* с., а подъ нимъ, на срединѣ раны, *musculum sterno-thyreoideum* d. Если мускулъ *omohyoideus* будетъ находиться въ верхнемъ углу раны, то должно его приподнять крючкомъ или лопаточкою; если въ нижнемъ, то сколько можно оттянуть его внизъ; но когда будетъ находиться на срединѣ раны и мѣшать производству операции, то нужно поперечно перерѣзать скальпелемъ.

Вскрывъ глубокую перепонку шеи (*fascia colli profunda*) подобнымъ образомъ, какъ верхнюю, операторъ разрѣзываетъ клетчатую плеву, покрывающую мускулъ *sterno-thyreoideum*, до самаго этаго мускула и дальнѣйшія сѣченія производитъ между имъ и клетчаткою плевою, дабы избѣжать весьма опаснаго поврежденія внутренней яремной вены. Т. I. ф. 8. e. При дѣланіи таковыхъ сѣченій разрѣзываетъ скальпелемъ на срединѣ сказаннаго мускула низходящія вѣтви 9-ой пары, см. Т. II. ф. 7. t., и вѣтви 2 и 3 пары нервовъ шейныхъ. Теперь, ближе къ внутренней губѣ раны и дыхательному горлу, весьма осторожно

вскрываетъ общее влагалище сосудовъ (*vagina vasorum communis*), какъ выше сказано, скапеллемъ и разрѣзываетъ по жолобоватому зонду прямымъ бистуреемъ съ пуговкою. Въ этомъ влагалищѣ, см. Т. I. ф. 8. т., или оболочкѣ, состоящей изъ клѣтчатой плевы, находятся: сонная артерія, внутренняя яремная вена и бродящій нервъ d; съ наружной стороны артеріи и нѣсколько надъ нею лежитъ внутренняя яремная вена, см. Т. II. ф. 7. р., которая на нижней части, ближе къ ключицѣ, совершенно покрываетъ артерію.

Послѣ, операторъ подобнымъ образомъ вскрываетъ собственное влагалище артеріи (*vagina propria arteriæ*), которое помощію зонда, или конца аневризматической иглы, отдѣляетъ вокругъ артеріи линіи на двѣ, или на такое пространство, чтобъ только можно было подвести подъ артерію иглу съ лигатурою. Отдѣленіе артеріи на большое пространство отъ собственного ея влагалища очень вредно потому, что послѣ операціи, артерія, будучи лишена питанія, можетъ помертвѣть, перейти въ изъязвленіе и быть причиною весьма опаснаго вторичнаго кровотеченія.

Третій моментъ. Операторъ взявъ правою рукою, какъ пишущее перо, аневризматическую иглу съ крѣпкою шелковою и навощенною лигатурою, отъ 6 до 8 нитокъ, продѣтою чрезъ ушко простой или съ пружиною иглы, см. Т IV. ф. 11, подводитъ ее съ наружной стороны подъ артерію, отдѣленную отъ собственного влагалища, избѣгая при этомъ, чтобы не захватить вмѣстѣ съ сонною артерією и бродящаго нерва. Если конецъ аневризматической иглы не свободно проходитъ подъ артерією, то операторъ вводитъ въ рану указательный перстъ лѣвой руки и, приставивъ его къ внутреннему краю артеріи, противъ конца иглы, старается раздѣлить перстомъ, или его ногтемъ, клѣтчатую плеву, препятствующую подведенію иглы подъ артерію. Иногда клѣтчатая плева бываетъ такъ крѣпка, что нужно весьма осторожно разрѣзать ее надъ концемъ иглы остріемъ скапелля или бистурей. Потомъ, рукоятку

аневризматической иглы болѣе наклоняетъ къ наружной губѣ раны и кзади, а конецъ иглы съ лигатурою выдвигаетъ изъ-подъ внутренняго края артеріи, гдѣ захватываетъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки, или пинцетомъ, одинъ конецъ лигатуры, а иглу опять возвращаетъ кнаружи.

Вообще аневризматическую иглу должно подводить подъ артерію съ той стороны, съ которой лежитъ вена, въ противномъ случаѣ эта послѣдняя, по причинѣ слабаго своего строенія, удобно можетъ быть ранена тонкимъ или острымъ концемъ иглы, подводимой съ большимъ насилиемъ. Наконецъ, операторъ, удостовѣрившись въ надлежащемъ подведеніи лигатуры, перевязываетъ артерію сначала однимъ узломъ такъ крѣпко, чтобы внутренняя оболочка ея лопнула, или по-крайней-мѣрѣ совершенно уничтожилось бѣненіе въ аневризматическомъ мѣстѣ, потомъ образуетъ лигатурою другой узелъ. Перевязавъ такимъ образомъ артерію, одинъ конецъ лигатуры онъ отрѣзываетъ ножницами близъ самаго узла, дабы менѣе осталось въ ранѣ раздраженія, а другой извлекаетъ кнаружи. Если для перевязыванія артеріи употребляется турникетикъ, то онъ накладывается, какъ сказано при описаніи этого инструмента.

Остановивъ кровотеченіе частымъ прикладываніемъ къ ранѣ гречкой губки съ холодною водою и очистивъ рану отъ крови, операторъ сближаетъ губы ея между собою, наклонивъ голову больного впередъ, и соединяетъ ленточками липкаго пластыря, накладывая ихъ такъ, чтобы надъ самой раной онѣ пересѣкались почти крестообразно подъ острымъ угломъ; но прежде еще онъ укрѣпляетъ около раны оставшійся конецъ лигатуры небольшимъ кусочкомъ липкаго пластыря. Сверхъ пластырей кладетъ: небольшую корпейную связочку, омащенную масломъ, тонкій компрессъ, которые укрѣпляетъ одноглавымъ бинтомъ, обводя его вокругъ шеи больного (*fascia continens colli*). Больной послѣ операціи долженъ находиться, до заживленія

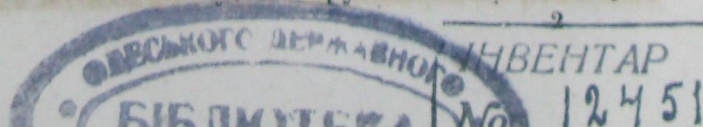
раны, въ такомъ положеніи, въ какомъ онъ былъ при операціи, нѣсколько наклонивъ голову впередъ, дабы ослабить переднюю часть шеи.

13. *Перевязываніе безъимянной артеріи. Ligatura arteriæ innominatæ. Т. II. ф. I. у.*

Положеніе больного при этой операціи должно быть подобное, какъ при перевязываніи общей сонной артеріи; равнымъ образомъ обязанности помощниковъ и моменты самой операціи здѣсь одинаковые съ вышеописанными.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покровъ операторъ дѣлаетъ помощію скальпелля, какъ сказано въ предыдущей операціи, но нѣсколько ниже, а именно: отъ средней части внутренняго края грудинососкового мускула до самаго нижняго конца его, или середины вилочекъ грудной кости, длиною около четырехъ поперечныхъ перстовъ. Этотъ разрѣзъ долженъ простираться сверху внизъ между дыхательнымъ горломъ и упомянутымъ мускуломъ, котораго нижнюю часть нѣкоторые совѣтуютъ перерѣзать, или отдѣлить отъ вилочекъ грудины.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, операторъ вскрываетъ широкой шейный мускулъ и поверхность перепонку шеи помощію скальпелля и разрѣзываетъ ихъ бистурею по жолобоватому зонду. Находящіяся подъ этимъ мускуломъ подкожныя шейныя вены, см. Т. I. ф. 7. 5. 6, 17, можно перерѣзать, если онѣ препятствуютъ производству операціи. Потомъ, такъ же по жолобоватому зонду, перерѣзываетъ бистурею косвенно-внизъ мускулы: *sterno-hyoideum et sterno-thyreoideum*, см. Т. I. ф. 7. с. d; при этомъ должно остерегаться весьма опаснаго поврежденія внутренней яремной вены, которая лежитъ подъ наружною губою раны, или внутреннимъ краемъ грудинососкового мускула, см. Т. I. ф. 7. р. а; а подъ сказанными мускулами проходитъ косвенно-вверхъ щитообразной желѣзы нижняя вена, см. Т. I. ф. 6. у, которую должно сдвинуть



внизъ. Впрочемъ мускулы: *sterno-hyoideus et sterno-thyroideus* можно, не перерѣзывая, раздѣлить помощію рукоятки скапелля по направленію ихъ волоконъ и потомъ развлечь аневризматическими крючками или лопаточками въ стороны; но и въ этомъ случаѣ рана будетъ менѣе и уже, слѣдовательно и отдѣленіе артеріи отъ окололежащихъ частей затруднительно и продолжительнѣе. Разрѣзавъ или раздѣливъ упомянутые мускулы, можно чувствовать пальцемъ въ нижнемъ углу раны хрящеватая колечки дыхательнаго горла, см. Т. II. ф. 6. т.; въ этомъ мѣстѣ непосредственно на дыхательномъ горлѣ спереди и нѣсколько съ правой стороны, и прямо сзади вилочекъ грудины, лежитъ безымянная артерія, Т. II. ф. 6. р.

Теперь, поставивъ указательный перстъ лѣвой руки между дыхательнымъ горломъ и безымянною артерією, и загнувъ его впередъ нѣсколько въ-крючекъ, операторъ отдѣляетъ имъ клѣтчатую плеву, находящуюся между артерією, внутреннею поверхностію рукоятки грудной кости, правою и лѣвою подключичными венами, см. Т. II. ф. 6. 1. и.

Дабы избѣжать поврежденія венъ, то, разводя губы раны въ стороны, нужно отдѣлить безымянную артерію (которую здѣсь весьма хорошо можно видѣть біющеюся) отъ правой подключичной вены и окололежащихъ частей рукояткою скапелля, или концемъ аневризматической иглы, дѣйствуя имъ съ наружной стороны артеріи противъ загнутаго конца лѣваго указательнаго перста. Этотъ моментъ операціи бываетъ весьма продолжителенъ и труденъ, но его должно производить терпѣливо и очень осторожно, дабы не повредить артерію при отдѣленіи ея отъ клѣтчатой плевы помощію конца аневризматической иглы.

Третій моментъ. Отдѣливъ и обнаживъ такимъ образомъ артерію отъ окололежащихъ частей, сколько можно на малое пространство, операторъ подводитъ подъ нее довольно толстую лигатуру, помощію аневризматической иглы съ пружиною, см. Т. IV. ф. 10. 11. Въ этомъ случаѣ

и вообще при перевязываніи артерій глубоко лежащихъ иглы съ пружиною предпочитаютъ простымъ. Далѣе должно поступать совершенно такъ, какъ сказано при описаніи третьяго момента предъидущей операціи.

14. Перевязываніе наружной сонной артеріи и щитообразной верхней. Ligatura arteriæ carotidis externæ et thyreoideæ superioris, см. Т. II. ф. 5. с. d.

При перевязываніи этихъ двухъ артерій и при трехъ слѣдующихъ операціяхъ положеніе больного, обязанности помощниковъ и моменты операціи тѣже самые, какіе выше описаны.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ помощію скапелля на боковой и верхней части шеи больного, по внутреннему краю грудинососкового мускула, съ боку гортани. Онъ долженъ начинаться подъ нижнею челюстью, не далеко отъ ея угла, противъ середины подчелюстной желѣзы, соотвѣтственно большому рожку подъязычной кости, и продолжаться дюйма на $2\frac{1}{2}$ отвѣсно внизъ, прямо къ нижнему краю щитообразнаго хряща и къ самому внутреннему краю грудинососкового мускула, см. Т. II. ф. 5. с. d. Слѣдовательно разрѣзъ этотъ будетъ находиться въ треугольникѣ, которой составляютъ мускулы: сверху digastricus, спереди omohyoideus а сзади musculus sterno-cleido-mastoideus.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ тупыми крючками или загнутыми лопаточками губы раны въ стороны, остановивъ кровотеченіе частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою.

Операторъ, взявъ лѣвою рукою пинцетъ, захватываетъ имъ представляющійся въ ранѣ широкій шейный мускулъ, которой, приподнявъ нѣсколько въ складку, вскрываетъ скапеллемъ; потомъ подводитъ жолобоватый зондъ и по немъ разрѣзываетъ бистуресомъ съ пуговкою вверхъ и внизъ упомянутый мускулъ. Подобнымъ образомъ вскрываетъ и

разрѣзываетъ верхнюю шейную перепонку (*fascia colli superficialis*). При этомъ перерѣзываетъ шейные нервы, происходящіе отъ твердой части 7 пары нервовъ мозговыхъ и отъ 3 пары нервовъ шейныхъ.

Въ верхнемъ углу раны находятся: подчелюстная желѣза, ниже ея, вѣтви подкожной шейной вены верхней, а глубже, щитообразной верхней вены, см. Т. II. Ф. 5; въ нижнемъ углу мускулъ *omohyoideus f*, покрывающій боковую часть щитообразнаго хряща; въ наружной губѣ имѣютъ положеніе; мускулъ *sternocleidomastoideus*, который должно отводить кнаружи, яремная вена, бродящій нервъ и сонная артерія. Мускулъ *omohyoideus* иногда можно перерѣзать, если онъ затрудняетъ производство операціи.

Далѣе, операторъ, осторожно разрѣзывая мягкія части лезвиемъ ножа, или раздѣляя ихъ по направленію наружной раны рукояткою скальпелля и указательнымъ перстомъ лѣвой руки, открываетъ мускулъ *sternothyreoideum*.

Подъ этимъ мускуломъ лежитъ щитообразная желѣза, а въ верхней ея части явственно ощущается біеніе щитообразной верхней артеріи; въ верхнемъ углу раны и болѣе кнаружи находится сонная наружная артерія. Отдѣленіе артеріи отъ окололежащихъ частей должно производить помощію черешка ножа или конца аневризматической иглы, какъ выше упомянуто.

Третій моментъ. При перевязываніи наружной сонной артеріи, конецъ аневризматической иглы съ лигатурою операторъ подводитъ отъ яремной вены или наружной губы раны подъ артерію, остерегаясь, чтобы вмѣстѣ съ нею не захватить бродящаго нерва; а при перевязываніи щитообразной верхней артеріи онъ подводитъ конецъ иглы подъ артерію съ верхней или нижней ея стороны. Въ первомъ или во второмъ случаѣ перевязавъ артерію, операторъ останавливаетъ кровотеченіе помощію грецкой губки съ холодною водою, и перевязываетъ рану какъ сказано въ описаніи предъидущей операціи.

15. *Перевязываніе язычной артеріи. Ligatura arteriæ lingvalis.*
Т. II. Ф. 4. а. б.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ дѣлается на верхней и боковой части шеи, длиною въ 2 дюйма. Онъ долженъ начинаться сверху и снаружи отъ внутренняго края грудинососкового мускула и, простираясь нѣсколько внизъ и внутрь, оканчиваться надъ тѣломъ подъязычной кости, или наоборотъ. См. Т. II. Ф. 4. в. а—б.

Второй моментъ. Широкій шейный мускулъ и поверхностную перепонку операторъ вскрываетъ и разрѣзываетъ по направленію наружной раны, какъ сказано въ предыдущей операціи. Потомъ заднюю часть двубрюшнаго мускула нижней челюсти оттягиваетъ помощію крючка с, внизъ и кнаружи, и раздѣляетъ мягкія части рукояткою скапелля и лѣвымъ указательнымъ перстомъ до язычной артеріи d, которая лежитъ на мускулѣ genioglossi. Для совершеннаго обнаженія артеріи и отдѣленія ея отъ окололежащихъ частей иногда нужно бываетъ разрѣзывать нѣсколько волоконъ мускула hyoglossi. Въ переднемъ углу раны чрезъ артерію простирается подъязычной нервъ i, а въ заднемъ проходитъ передняя шейная вена, k.

Третій моментъ. Конецъ простой или съ пружиною аневризматической иглы съ лигатурою операторъ подводитъ подъ язычную артерію такимъ же образомъ, какъ подъ щитообразную верхнюю; потомъ, остановивъ кровотечение, перевязываетъ рану, какъ послѣ другихъ вышеописанныхъ операцій.

16. *Перевязываніе наружной нижнечелюстной артеріи. Ligatura arteriæ maxillaris externæ.* Т. II. Ф. 2. а, б.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою скапелль, какъ писчее перо, дѣлаетъ разрѣзъ общихъ покрововъ по наружному краю жевательнаго мускула, длиною

дуюма на два, см. Т. II. ф. 2 и 6, до основанія или края нижней челюсти. При этомъ перерѣзываетъ личныя вѣтви твердой части 7 пары мозговыхъ нервовъ, см. т. I. ф. 7. V. W.

Второй моментъ. Волокны широкаго шейнаго мускула, простирающіяся на лице, операторъ разрѣзываетъ по направленію наружной раны, помощію бистурея съ пуговкою по жолобоватому зонду, какъ выше сказано, остерегаясь, чтобы не повредить Стеноновъ протокъ въ верхнемъ углу раны. См. Т. I. ф. 7. h. Потомъ, раздѣляя мягкія части рукояткою скальпеля до самой артеріи, обнажаетъ ее въ нижнемъ углу раны отъ окололежащихъ частей помощію зонда или конца аневризматической иглы. Подъ заднюю губу раны близъ передняго края жевательнаго мускула лежитъ личная вена, см. Т. II. ф. 2. f., а въ нижнемъ углу раны проходятъ чрезъ артерію двѣ нервныя вѣтви с. d. твердой части 7 пары мозговыхъ нервовъ.

Третій моментъ. Отдѣливъ артерію отъ окололежащихъ частей, операторъ подводитъ подъ нее лигатуру помощію простой аневризматической иглы и перевязываетъ артерію; потомъ, остановивъ кровотеченіе частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, сближаетъ губы раны и соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря; наконецъ, положивъ корпейную связочку, омашенную масломъ и компрессъ сверхъ пластырей надъ раной, укрѣпляетъ одноглавымъ бинтомъ, образуя имъ ходы чрезъ макушку головы, по боковымъ частямъ лица и подъ подбородокъ.

17. Перевязываніе наружной височной артеріи. Ligatura arteriae temporalis externae. Т. II. ф. 2. g. h.

Больной при этой операціи, равнымъ образомъ какъ и при вышеописанной, иногда можетъ сидѣть на стулѣ или скамейкѣ, обративъ больную сторону къ свѣту; помощникъ, стоя съ здоровой стороны больного, укрѣпляетъ къ

своей груди его голову обѣими руками, плоско положивъ одну на затылокъ, а другую на лобъ или подбородокъ больного.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ больной стороны, разрѣзываетъ общіе покровы помощію скальпеля впереди уха больного, между суставомъ нижней челюсти и наружнымъ слуховымъ проходомъ, длиною дюйма на полтора надъ скуловымъ отросткомъ. См. Т. II. ф. 2. g. h.

Второй моментъ. Сухожильное растяженіе, или влагалище височнаго мускула, операторъ вскрываетъ по направленію наружной раны скальпелемъ или, лучше и безопаснѣе, прямымъ бистуреємъ съ пуговкою по жолобоватому зонду; потомъ обнажаетъ, помощію черешка скальпеля, артерію надъ височнымъ мускуломъ и отдѣляетъ ее отъ окололежащихъ частей, какъ выше упомянуто. Позади артеріи и верхней части околоушной желѣзы, см. Т. II. ф. 2. i, проходитъ височная вена.

Третій моментъ. Перевязываніе артеріи и раны производится подобнымъ образомъ, какъ сказано въ описаніи предъидущей операціи.

18. *Перевязываніе затылочной артеріи.* Ligatura arteriæ occipitalis. Т. II. ф. 3.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Если больной весьма слабъ, то онъ можетъ лежать на постели или столѣ (на боку или брюхѣ), лицомъ внизъ и нѣсколько наклонивъ голову къ груди; но обыкновенно больной сидитъ на стулѣ или скамейкѣ; одинъ помощникъ, стоя спереди больного, укрѣпляетъ его голову къ своей груди обѣими руками, плоско приложенными къ вискамъ; другой удерживаетъ верхнія конечности; третій помогаетъ оператору, очищая рану и останавливая кровотеченіе во время производства операціи, частымъ прикладываніемъ къ ранѣ гречкой губки съ холодною водою; волосы на затылкѣ больного должны быть предварительно сбриты.

Операторъ, стоя сзади больного, разрѣзываетъ на его затылкѣ общіе покровы помощію скальпелля сверху внизъ и нѣсколько впередъ къ сосцевидному отростку височной кости. Разрѣзъ этотъ долженъ простирается длиною отъ 1 до 2 дюймовъ и оканчиваться линіей на 6 выше упомяну- таго отростка. Т. II. ф. 3 а, в. Разрѣзавъ общіе покровы, подобнымъ же образомъ помощію скальпелля, или прямого бистурей съ пуговкою, по жолобоватому зонду перерѣзываются здѣсь, по направленію наружной раны, *musculus splenius* и сухожильное растяженіе грудинососкового мускула, особенно въ нижнемъ углу раны. Артерія обнажается отъ окололежащихъ частей и перевязывается, какъ выше сказано. По обѣимъ сторонамъ ея проходятъ двѣ затылочные вены с. d., которыя сообщаются между собою надъ артеріею посредствомъ вѣточекъ.

19. Перевязываніе подключичной артеріи надъ ключицею. Ligatura arteriæ subclaviæ supra claviculam. Т. II. ф. 1. в.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ, почти горизонтально, на спинѣ съ нѣсколько приподнятымъ туловищемъ, повернувъ голову вверхъ и на здоровую сторону, дабы задній край грудино-соскового мускула былъ болѣе напряженъ и явственъ. Одинъ помощникъ оттягиваетъ больную верхнюю конечность кнаружи и вмѣстѣ внизъ, параллельно съ туловищемъ, и такимъ образомъ сколько можно удаляетъ ключицу отъ мѣста перехода подключичной артеріи чрезъ первое ребро; другой наклоняетъ голову больного на здоровую сторону и приподнимаетъ лице его или подбородокъ вверхъ, чтобы больная сторона шеи сдѣлалась болѣе напряженною и части ея явственными; третій неподвижно удерживаетъ здоровую верхнюю конечность и туловище больного, а четвертый помогаетъ оператору, во время производства операціи, который долженъ стоять съ больной стороны больного.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы надъ самою серединою ключицы, напрягая ихъ лѣвою рукою съ одной стороны раны, а помощникъ съ другой. Разрѣзъ этотъ долженъ находиться на полдюйма выше задняго края ключицы и простираться длиною отъ 2 до 3 дюймовъ параллельно съ нею такъ, чтобы углы раны равномерно отстояли отъ концовъ этой кости. Нѣкоторые разрѣзываютъ прямымъ бистурею общіе покровы, образуя изъ нихъ складку, пресѣкающую самую середину ключицы; другіе, вмѣсто горизонтальнаго разрѣза, дѣлаютъ перпендикулярный по заднему краю грудино-соскового мускула; нѣкоторые, наконецъ, къ первому разрѣзу присоединяютъ второй, особенно при значительной опухоли мягкихъ частей шеи и весьма глубокомъ положеніи подключичной артеріи, дабы доступъ къ ней былъ свободнѣе.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, операторъ захватываетъ пинцетомъ и поднимаетъ въ складку широкій шейный мускулъ и верхнюю шейную перепонку (*fascia superficialis*); потомъ, вскрывъ ихъ помощію скалпелля, подводитъ жолобоватый зондъ и разрѣзываетъ прямымъ бистурею съ пуговкою по направленію наружной раны. При этомъ такъ же перерѣзываетъ на срединѣ раны переднія нервныя вѣточки, происходящія отъ передней вѣтви 4-й пары шейныхъ нервовъ и идущія поверхъ наружной яремной вены, или надъ стволомъ вены поперечной шейной и лопаточной; незначительное кровотеченіе изъ малыхъ вѣточекъ шейныхъ венъ и артерій помощникъ останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куса гречкой губки съ холодною водою; если оно бываетъ весьма упорно и препятствуетъ производству операціи, то кровоточащія сосуды должно перевязать тонкими лигатурами, накладывая ихъ помощію Бромфильдова крючка.

Развлекая аневризматическими крючками или лопаточками губы раны въ стороны, представляется во внутреннемъ ея углу наружный край грудинососкового мускула,

подъ которымъ лежитъ внутренняя яремная вена; къ нижней губѣ раны, подъ ключицею, находятся: вена подключичная, см. Т. III. Ф. 1. m., иногда начало *venæ basilicæ n.*, или общій стволъ *venæ transversæ colli c, et transversæ scapulæ v.* Если разрѣзъ общихъ покрововъ дѣлается болѣе внутри и ключичная часть грудинососкового мускула находится необыкновенно широкою, затрудняющею производство операціи, то должно ее перерѣзать, но не всю; въ противномъ случаѣ, при наклоненіи головы больного впередъ и при давленіи его шеи руками, внутренняя яремная вена весьма легко и много можетъ быть обнажена въ ранѣ и удобно ранена при малой неосторожности оператора. Разрѣзавъ нѣсколько ключичную часть упомянутого мускула, представляется здѣсь и въ срединѣ раны большое количество жирной клѣтчатой плевы или глубокая шейная перепонка (*fascia colli profunda*), надъ которою находятся лимфатическія шейныя желѣзы и мускулъ *omohyoideus*. Перепонку эту операторъ весьма осторожно вскрываетъ горизонтально скапеллемъ, приподнявъ ее въ складку, и разрѣзываетъ по направленію наружной раны помощію бистурея съ пуговкою по жолобоватому зунду, какъ выше сказано, избѣгая поврежденія *arteriæ transversæ et colli, et venæ basilicæ*; потомъ, рукояткою скапелля и лѣвымъ указательнымъ перстомъ раздѣляетъ въ срединѣ раны клѣтчатую плевую до бугорка перваго ребра, къ которому прикрѣпляется передній лѣсничный мускулъ. На передней поверхности этаго мускула идетъ нервъ грудобрюшной преграды косвенно внизъ и внутрь такъ, что на нижнемъ концѣ мускула онъ лежитъ на внутреннемъ его краю, а по наружномъ иногда проходитъ общій стволъ артерій: *transversæ colli et scapulæ g.* Передній лѣсничный мускулъ большею частію оставляется цѣлымъ, а весьма рѣдко перерѣзывается бистурею съ пуговкою на подведенномъ подъ него жолобоватомъ зондѣ соотвѣтственно направленію наружной раны. Иногда подключичная артерія выходитъ изъ грудной полости между среднимъ и заднимъ лѣсничными муску-

лами, и въ такомъ случаѣ передній и средній эти мускулы должны быть, хотя не совершенно, перерѣзаны.

Подключичную артерію весьма явственно можно ощущать съ наружнаго края лѣснаго мускула, надъ бугоркомъ перваго ребра, гдѣ она входитъ въ крыльцовую впадину и собственно называется крыльцовой, или раменною артеріею. Отдѣленіе ея отъ окололежащихъ частей и особенно отъ подключичной вены, которая идетъ ниже артеріи и впереди передняго лѣснаго мускула, операторъ производитъ весьма осторожно, помощію лѣваго указательнаго перста и конца аневризматической иглы. Если подключичную артерію нужно перевязать съ внутренняго или гортаннаго края лѣснаго мускула, то разрѣзъ общихъ покрововъ должно сдѣлать болѣе внутрь подъ переднимъ концемъ ключицы и, перерѣзавъ ключичную часть грудносососковаго мускула бистурею по жолобоватому зонду, отдѣлить артерію отъ окололежащихъ частей, какъ выше упомянуто, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить: *arteriam cervicalem profundam, intercostalem primam, thyreoideam inferiorem et mammariam internam, venam subclaviam, jugularem internam, nervum phrenicum, vagum* и сверхъ того на лѣвой сторонѣ *ductum thoracicum*.

Третій моментъ. Для подведенія лигатуры подъ артерію, которая здѣсь лежитъ весьма глубоко, операторъ употребляетъ аневризматическую иглу съ пружиною, см. Т. IV. Ф. 11. Конецъ иглы съ лигатурою онъ подводитъ подъ артерію съ внутренней ея стороны, въ противномъ случаѣ можно повредить подключичную вену, избѣгая при этомъ, чтобы вмѣстѣ съ артеріею не захватить и не перевязать нерва грудобрюшной преграды. Для ослабленія губъ раны и другихъ мягкихъ частей шеи, больной долженъ нѣсколько наклонить голову впередъ и на больную сторону. Перевязавъ артерію и отрѣзавъ одинъ конецъ лигатуры близъ ея угла, операторъ останавливаетъ кровотеченіе и очищаетъ рану помощію гречкой губки съ холодною водою. Потомъ перевязавъ рану обыкновеннымъ образомъ, какъ

выше сказано, налагаетъ сверху ея и на больное плечо од-
ноглавый бишть такъ, что ходы его, окружая больное пле-
чо спереди и сзади, крестообразно пресѣкаются надъ самую
раною и простираются подъ мышку здоровой стороны, об-
разуя такимъ образомъ колосовидную повязку плеча (*spica
brachii*). Послѣ операціи больной, наклонивъ голову на
здоровую сторону, долженъ лежать въ постели на спинѣ съ
полусогбенною въ локтѣ и приближенною къ туловищу
больною верхнею конечностію, которой переднее плечо
поддерживается треугольною повязкою (*mitella*).

*20. Перевязываніе подключичной артеріи ниже ключицы. Liga-
tura arteriae subclaviae infra claviculam. Т. II. Ф. 1. с.*

Положеніе больного при этой операціи должно быть та-
кое же, какъ при производствѣ предъидущей, съ тѣмъ раз-
личіемъ, что одинъ помощникъ больную конечность не-
подвижно удерживаетъ, отвлекая ее назадъ и приближая
къ туловищу больного, дабы ослабить большой и меньшей
грудные мускулы.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ
начинаетъ скапеллемъ ниже ключицы, въ разстояніи отъ
нижняго края и отъ передняго конца ея на одинъ дюймъ,
или поперечный перстъ, и продолжаетъ прямо кнаружи
параллельно съ ключицею къ лопаточному отростку (*scor-
soideum*), или до промежности, находящейся между груд-
нымъ большимъ и делтовиднымъ мускулами. При этомъ
должно остерегаться, чтобы не повредить *vena* *cephali-*
cum въ наружномъ углу раны. Длина разрѣза простирается
отъ 2 до 3 дюймовъ, см. Т. III. Ф. 1. А. В.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, кѣтъчатую
плеву, жиръ и небольшія подкожныя вѣточки нервовъ и
кровоносныхъ сосудовъ, представляются въ ранѣ волокны
широкаго шейнаго мускула, которыя вмѣстѣ съ ключич-
ною частію груднаго большаго мускула должно перерѣзать.
Для этаго операторъ употребляетъ или скапелль, дѣй-

ствуя имъ съ величайшею осторожностію, или, лучше и безопаснѣе, перерѣзываетъ упомянутые мускулы прямымъ бистуреємъ съ пуговкою по подведенномъ подъ нихъ жолобоватомъ зондѣ. Грудной большой мускулъ онъ разрѣзываетъ соотвѣтственно направленію и длинѣ наружной раны, почти до передняго края делтообразнаго мускула, гдѣ проходитъ вена *сerphalica*, см. Т. III. ф. 1. п. Дабы не повредить эту вену, то нѣкоторые совѣтуютъ для прикрытія ея оставить непрерыванными нѣсколько волоконъ или пучковъ груднаго большаго мускула. Развлекая губы раны въ стороны, помощію аневризматическихъ крючковъ или лопаточекъ, можно видѣть, болѣе въ наружномъ ея углу, грудные нервы, артеріи и вены поперечно идущіе въ ранѣ между мускулами груднымъ большимъ и малымъ.

Дальнѣйшіе разрѣзы мягкихъ частей, для обнаженія артеріи, операторъ производитъ весьма осторожно, прямымъ бистуреємъ по жолобоватому зонду, придерживаясь болѣе нижней губы и наружнаго края раны, поелику въ верхней губѣ подъ ключицею лежитъ начало вена *сerphalicae*, а во внутреннемъ углу вена крыльцовая, которая въ этомъ мѣстѣ бываетъ довольно толста и, проходя впереди крыльцовой артеріи, даетъ начало вена *basilicae*. Такимъ образомъ операторъ открываетъ внутренній край груднаго меньшаго мускула, нервы, артеріи и вены крыльцовыхъ желѣзъ, которыя осторожно отдѣляетъ въ сторону лѣвымъ указательнымъ перстомъ, рукояткою скальпеля, или концемъ аневризматической иглы. Иногда упомянутые сосуды нужно такъ же перерѣзать бистуреємъ по зонду и кровотеченіе остановить, наложеніемъ на нихъ лигатуръ помощію Бромфильдова крючка, или скручиваніемъ (*torsio*). При этомъ должно стараться, чтобы не повредить крыльцовую вену или ея вѣтви и крыльцовыя артеріи близъ самаго ихъ начала отъ большихъ стволовъ. Крыльцовые сосуды и плечевое сплетеніе нервовъ обнаженные въ ранѣ представляются въ слѣдующемъ порядкѣ: см. Т. III. ф. 1, вена крыльцовая лежитъ съ внутренней стороны арте-

рии m, плечевое сплетеніе нервовъ u, или большое начало нерва средняго съ наружнаго боку артеріи г, которая проходитъ нѣсколько глубже между веною и плечевымъ сплетеніемъ нервовъ надъ верхнимъ краемъ груднаго меньшаго мускула.

Третій моментъ. Операторъ взявъ правою рукою аневризматическую иглу съ лигатурою простую, или съ пружиною, подводитъ конецъ ея подъ артерію съ внутренней стороны, остерегаяся при этомъ, чтобы вмѣстѣ съ артеріею не захватить съ наружной ея стороны нервовъ плечеваго сплетенія, а съ внутренней подключичную вену. Перерѣзываніе артеріи и сближенія губъ раны производить какъ сказано въ предъидущихъ операціяхъ; потомъ одноглавымъ циркулярнымъ бинтомъ накладываетъ надъ раною переднюю крестообразную повязку, извѣстную въ Десмургіи подъ именемъ *stellæ anticæ*. Больной послѣ операціи долженъ до заживленія раны находиться въ постели въ такомъ положеніи, въ какомъ онъ былъ во время операціи, приблизивъ больную конечность свою къ туловищу и согнувъ ее въ локтѣ.

21. *Перевязываніе крыльцовой артеріи. Ligatura arteriæ axillaris.* Т. II. Ф. I. d.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ, нѣсколько наклонивъ туловище свое назадъ, или горизонтально лежать на столѣ или постели на здоровомъ боку такъ, чтобы больная конечность была приподнята кверху и отведена отъ туловища подъ прямымъ угломъ. Эту конечность одинъ помощникъ неподвижно укрѣпляетъ въ сказанномъ положеніи, см. Т. III. Ф. 2., другой держать плоскими руками голову больного, третій нижнія конечности, и четвертый помогаетъ оператору, который долженъ стоять или сидѣть съ больной стороны больного, между его туловищемъ и приподнятою верхнею конечностію.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ, помощію скапелля въ срединѣ подмышковой впадины, надъ самою крыльцевою артеріею, которой біеніе здѣсь весьма удобно можно ощущать при изслѣдываніи пальцами. Величина разрѣза должна простираться отъ 2 до 3 дюймовъ свнутри кнаружи, по направленію артеріи, см. Т. III. Ф. 2. А. В.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ губы раны въ стороны, а самъ операторъ, захвативъ пинцетомъ и приподнявъ въ складу верхнюю плечевую перепонку (*fascia brachii*), вскрываетъ ее горизонтально скапеллемъ; потомъ подводитъ жолобоватый зондъ и разрѣзываетъ по немъ прямымъ бистурею съ пуговкою упомянутую перепонку, соотвѣтственно направленію наружной раны. Вмѣстѣ съ плечевою перепонкою перерѣзываетъ малыя вѣточки нервовъ подкожныхъ и сосудовъ подкрыльцовыхъ желѣзъ, остерегаясь, чтобы не повредить въ наружномъ углу раны *venam basilicam n.*, а во внутреннемъ вену подкрыльцовую *g.* Кровотеченіе помощникъ останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою. Далѣе операторъ вскрываетъ общее влагалище крыльцовыхъ сосудовъ (*vagina communis vasorum*), подобно какъ плечевую перепонку; въ этомъ влагалищѣ крыльцовая артерія лежитъ позади и по внутренней сторонѣ нерва средняго (*medianus*), между этимъ нервомъ и сопровождающею ее веною. Наконецъ подобнымъ образомъ, весьма осторожно, вскрываетъ собственно влагалище артеріи (*vaginam propriam*) и обнажаетъ артерію, какъ выше сказано.

Третій моментъ. Отдѣливъ крыльцовую артерію отъ собственнаго ея влагалища и окололежащихъ частей, помощію кончика зонда или рукоятки скапелля, операторъ подводитъ конецъ апевризматической иглы съ лигатурою подъ артерію, которую потомъ перевязываетъ, какъ выше упомянуто. Остановивъ кровотеченіе, сближаетъ губы раны между собою, соединяетъ ленточками липкаго пласты-

ря; потомъ кладеть на рану сверхъ пластырей; корпейную связочку, омащенную масломъ и компрессъ, которые укрѣпляетъ одноглавымъ циркулярнымъ бинтомъ, наложеннымъ на больное плечо въ видѣ колосовидной повязки (*spica brachii*). Наконецъ больной опускаетъ внизъ и приближаетъ къ туловищу больную свою верхнюю конечность, которой переднее плечо, полусогбенное въ локтѣ, поддерживаетъ треугольною повязкою (*mitella*). Послѣ операциі онъ долженъ лежать до заживленія раны въ кровати горизонтально на спинѣ, или на здоровомъ боку.

22. Перевязываніе плечевой артеріи. *Ligatura arteriæ brachialis* Т. II. Ф. 1. с.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ здѣсь совершенно одинаковыя съ тѣми, которыя описаны въ предъидущей операциі.

Первый моментъ. Операторъ, охвативъ лѣвою рукою съ наружной и задней стороны больное плечо на верхней его части противъ того мѣста, гдѣ должна быть рана, натягиваетъ общіе покровы; потомъ, взявъ правою рукою, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы по внутреннему краю двуглаваго мускула плеча сверху внизъ, длиною дюйма 2 или $2\frac{1}{2}$ см. Т. III. Ф. 3. С. D. Разрѣзъ этотъ должно производить съ величайшею осторожностію, чтобы не повредить тотчасъ подъ кожею лежащихъ венъ: *venam basilicam et brachialem*.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, помощникъ развлекать губы раны въ стороны тупыми крючками или загнутыми лопаточками, а операторъ вскрываетъ сухожильную плечевую перепонку—*fasciam aponeuroticam*, какъ сказано при вскрытіи поверхностной перепонки плеча (*fascia superficialis brachii*), въ описаніи предъидущей операциі; при этомъ подкожный нервъ находится въ наружной или передней губѣ раны. Подобнымъ образомъ онъ вскрываетъ общее влагалище сосудовъ—*vaginam communi-*

nem vasorum, въ которомъ заключаются: средний плечевой нервъ, имѣющій положеніе такъ же въ наружной или передней губѣ раны, подъ нимъ находится плечевая артерія и сопровождающія ее двѣ вены, см. Т. III. ф. 3. з. 2.; потомъ весьма осторожно вскрываетъ собственное влагалище артеріи — *vaginam propriam arteriæ* на малое пространство, какъ выше упомянуто, и отдѣляетъ артерію отъ ея влагалища помощію кончика зонда или аневризматической иглы.

Третій моментъ. Отдѣливъ артерію отъ окололежащихъ частей и собственного ея влагалища, операторъ подводитъ подъ нее довольно толстую лигатуру, помощію простой аневризматической иглы, и перевязываетъ артерію двумя узлами. Потомъ, остановивъ кровотеченіе, плотно сближаетъ губы раны, которую перевязываетъ, какъ сказано въ предъидущей операциі съ тѣмъ различіемъ, что здѣсь вмѣсто колосовидной повязки, накладываетъ на верхнее больное плечо круговую — *fasciam circularem dolabris ascendentibus*. Если плечевая артерія весьма высоко раздѣляется на вѣтви, тогда должно удостовѣриться, которая изъ нихъ находится въ болѣзненномъ состояніи и ее перевязать, остерегаясь при этомъ, какъ и въ первомъ случаѣ, чтобы вмѣстѣ съ артеріею не захватить средняго нерва (*nervus medianus*), или не повредить какой либо изъ сопровождающихъ ее плечевыхъ венъ. Больной послѣ этой операциі долженъ находиться въ такомъ же положеніи, какъ послѣ предъидущей.

23. Перевязываніе плечевой артеріи въ локтевомъ сгибѣ. *Ligatura arteriæ brachialis in flexura cubiti.* Т. II. ф. 1. f.

При этой операциі и двухъ слѣдующихъ положеніе больного и обязанности помощниковъ сходны съ описанными въ предъидущей — при перевязываніи крыльцовой артеріи; съ тѣмъ однакожъ различіемъ, что здѣсь больная конечность не столь далеко должна быть отведена отъ ту-

ловища, по поворочена ладонью впередъ — *in supinatione*.

Первый моментъ. При раненіи артеріи въ локтевомъ сгибѣ во время кровокиданія, операторъ предварительно налагаетъ на средину верхняго плеча турникетъ и стягиваетъ его крѣпко, дабы прижать плечевую артерію; потомъ лѣвою рукою натягиваетъ съ задней поверхности больного локтя общіе покровы и разрѣзываетъ ихъ помощію скальпеля, надъ самою аневризматическою опухолью. Разрѣзъ этотъ онъ начинаетъ отъ полдюйма выше внутренняго плечевого мышцелка и проводитъ внизъ и кнаружи чрезъ всю опухоль по внутреннему краю сухой части двуглаваго плечеваго мускула, избѣгая при этомъ поврежденія *venae basilicae et basilicae medianae*, см. Т. III. ф. 3. А. В.

Второй моментъ. Губы раны помощникъ развлекать тупыми крючками въ стороны, а операторъ, приподнявъ, пинцетомъ въ складку сухожильное растяженіе двуглаваго плечеваго мускула и сдѣлавъ въ немъ небольшое отверстіе скальпелемъ, разрѣзываетъ это растяженіе на жолобоватомъ зондѣ, помощію прямого бистурея съ пуговкою, вверхъ и внизъ по направленію наружной раны; потомъ удаляетъ кровь, излившуюся подъ сухожильное растяженіе изъ раненой артеріи и спѣкшуюся въ клѣтчатой плевѣ (*coagulum*). Очистивъ рану, представляется въ ней общее влагалище сосудовъ, состоящее изъ слабой клѣтчатой плеввы, которое операторъ также разрѣзываетъ бистуреемъ на жолобоватомъ зондѣ, какъ выше упомянуто, или раздѣляетъ рукояткою скальпеля и обнажаетъ артерію, лежащую между плечевыми венами съ передней и наружной стороны средняго нерва (*nervus medianus*). Наконецъ плечевую артерію весьма осторожно отдѣляетъ отъ собственнаго ея влагалища подобнымъ образомъ, какъ при другихъ операціяхъ.

Третій моментъ. Помощію простой аневризматической иглы операторъ подводитъ подъ артерію двѣ лигатуры, и

одною изъ нихъ перевязываетъ артерію выше, а другою ниже ея раны. Потомъ губы наружной раны сближаетъ какъ выше сказано и укрѣпляетъ ленточками липкаго пластыря, сверхъ которыхъ налагаетъ циркулярный бинтъ на локтевой згибъ въ видѣ осьмиобразной повязки какъ послѣ кровопусканія; больная конечность послѣ операций до заживленія раны должна находиться въ полусогбенномъ и спокойномъ положеніи, помощію треугольной повязки (*mitella*).

24. Перевязываніе лучевой артеріи на верхней части передняго плеча. *Ligatura arteriæ ulnaris in parte antibrachii superiori*. См. Т. II. Ф. 1. г.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ скалпеллемъ на передней и верхней части передняго плеча нѣсколько кнаружи, т. е. надъ внутреннимъ краемъ лучевой кости, избѣгая при этомъ поврежденія верхней наружной вены плеча (*vena cephalica*), см. Т. III. Ф. 4. А. В. Длина наружнаго этаго разрѣза должна простираться до 2 1/2 дюймовъ.

Второй моментъ. Одинъ помощникъ развлекаетъ пальцами или тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ вскрываетъ, какъ выше сказано, поверхностную перепонку или сухожильное растяженіе передняго плеча (*fascia superficialis seu aponeurosis antibrachii vel tendinis musculi bicipitis brachii*), и разрѣзываетъ прямымъ бистуреомъ съ пуговкою надъ жолобоватымъ зондомъ, соотвѣтственно направленію наружной раны. Потомъ указательнымъ перстомъ или черешкомъ скалпеля осторожно раздѣляетъ вдоль раны мускулы сгибающіе ручную кисть и поворачивающіе переднее плечо (*m. flexor carpi radialis et supinator longus*) и др. см. Т. III. Ф. 4. б. к.; и между ими въ глубинѣ раны отыскиваетъ верхнюю часть лучевой артеріи, которая съ соименною веною заключается въ общемъ влагалищѣ, состоящемъ изъ слабой клѣтчатой плевы. Вла-

галище это вскрывъ и разрѣзавъ бистурею надъ жолобоватымъ зондомъ, какъ упомянуто при выше описанныхъ операціяхъ, онъ отдѣляетъ артерію отъ вены и собственнаго ея влагалища (*vagina propria*), кончикомъ зонда или аневризматической иглы.

Третій моментъ. Обнаживъ лучевую артерію, операторъ подводитъ подъ нее лигатуру, помощію простой аневризматической иглы, и, перевязавъ артерію, останавливаетъ кровотеченіе и обыкновеннымъ образомъ налагаетъ на рану повязку; послѣ операціи больная конечность должна находиться въ такомъ положеніи, какъ сказано въ предыдущей операціи.

25. Перевязываніе лучевой артеріи на нижней части передняго плеча. *Ligatura arteriæ radialis in parte antibrachii inferiori.* См. Т. II. ф. 1. i.

Первый моментъ. Операторъ, охвативъ лѣвою рукою съ задней поверхности нижнюю часть передняго большого плеча, напрягаетъ общіе покровы, какъ сказано при перевязываніи плечевой артеріи, а правою взявъ, какъ пишущее перо скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы на передней и нижней части передняго плеча, болѣе къ наружному его краю, длиною дюйма полтора. См. Т. III. ф. 5. С. D. При этомъ ручная кисть больной и полусогбенной въ локтѣ конечности должна быть разогнутою и неподвижно находиться въ прямомъ положеніи, дабы сгибающіе ее мускулы были нѣсколько напряженными и во время операціи не перемѣняли своего положенія.

Это правило должно наблюдать при производствѣ предыдущей и двухъ слѣдующихъ операцій.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, операторъ вскрываетъ сухожильное растяженіе или поверхностную перепонку передняго плеча, какъ сказано при перевязываніи плечевой артеріи въ локтевомъ сгибѣ; потомъ между сухожилиями мускуловъ: *flexoris carpi radialis et supinatoris*

longi весьма осторожно разрѣзываетъ жиръ, или раздѣляетъ его черешкомъ скапелля. Нѣкоторые совѣтуютъ даже нѣсколько вырѣзать жиру, если находится весьма большое его количество и затрудняетъ производство операціи. Наконецъ между упомянутыми мускулами, см. Т. III. ф. 5. 1, 2, отыскавъ лучевую артерію 4, которая лежитъ съ наружной стороны *nervi mediani s. radialis*, вскрываетъ собственное ея влагалище и отдѣляетъ его на малое пространство вокругъ артеріи, помощію кончика зонда или простой аневризматической иглы.

Третій моментъ. Обнаживъ артерію, операторъ обыкновеннымъ образомъ перевязываетъ ее и рану, потомъ, положивъ довольно широкій лубокъ на всю заднюю поверхность передняго плеча и пясти, укрѣпляетъ къ нему, циркулярнымъ бинтомъ, больное переднее плечо и ручную кисть съ согбенными перстами. Лубокъ употребляется въ этомъ случаѣ для того, чтобы, уничтоживъ дѣйствіе мускуловъ и движеніе ручной кисти въ ея суставъ, способствовать скорѣйшему заживленію раны.

26. *Перевязываніе локтевой артеріи на верхней части передняго плеча. Ligatura arteriae ulnaris in parte antibrachii superioris.* См. Т. II. ф. 1. h.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ помощію скапелля, дюйма на полтора ниже внутренняго плечевого мышелка, на передней и верхней части передняго плеча, близъ внутренняго края локтевой кости, между длинныхъ вѣтвей поверхностной внутренней плечевой вены (*vena basilica*) избѣгая ея поврежденія. См. Т. III. ф. 5. А. В. Длина разрѣза должна простирается отъ 2 до 3 дюймовъ, смотря по толщинѣ общихъ покрововъ большаго плеча.

Второй моментъ. Этотъ моментъ операціи должно производить совершенно такъ, какъ сказано при перевязываніи лучевой артеріи на верхней части передняго плеча, во

2 моментъ, и отыскивать артерію между мускулами: *palmarum longum et flexorem sublimem*, которые находятся въ наружной губѣ раны, а *flexor carpi ulnaris* во внутренней см. Т. III. ф. 5. 1. 2. 3. 4. Здѣсь артерія 5, лежитъ довольно глубоко вмѣстѣ съ сопутствующими ее венами и локтевымъ нервомъ, который проходитъ съ внутренней стороны артеріи.

Третій моментъ. Отдѣливъ артерію отъ венъ и нерва и обнаживъ ее отъ влагалища (*vagina propria*), операторъ подводитъ подъ нее, помощію простой аневризматической иглы, лигатуру и перевязываетъ артерію; потомъ, плотно соединивъ губы раны ленточками липкаго пластыря, накладываетъ надъ раной, вокругъ верхней части передняго плеча, циркулярный бинтъ и даетъ больной конечности спокойное положеніе.

27. *Перевязываніе локтевой артеріи на нижней части передняго плеча.* *Ligatura arteriae ulnaris in parte antibrachii inferiori.* См. Т. II. ф. 1. k.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ помощію скалпелля на передней и нижней части передняго плеча, близъ внутренняго его края, длиною дюйма полтора, и нѣсколько выше *ossis pisiformis*. См. Т. III. ф. 4. C. D; остерегаясь при этомъ, чтобъ не повредить поверхностной внутренней плечевой вены (*vena basilica*), которая большею частію находится съ наружной стороны раны.

Второй моментъ. Захвативъ пинцетомъ въ складку сухожильную перепонку передняго плеча, операторъ вскрываетъ ее скалпеллемъ и разрѣзываетъ, на подведенномъ жолобоватомъ зондѣ, вверхъ и внизъ по направленію наружной раны. Потомъ, согнувъ персты больной руки, помощникъ тупыми крючками или лопаточками развлекать губы раны въ стороны, а операторъ весьма осторожно разрѣзываетъ въ срединѣ раны жиръ по наружной сторонѣ

мускула *flexoris carpi ulnaris*, или раздѣляетъ его черешкомъ скальпеля, и такимъ образомъ обнажаетъ локтевую артерію, которая находится съ внутренней стороны соименнаго нерва. См. Т. III. Ф. 4. 3, 8. Послѣ вскрываетъ собственное влагалище артеріи и отдѣляетъ его кончикомъ зонда, или аневризматической иглы, какъ упомянуто при другихъ операціяхъ.

Третій моментъ. При этомъ моментѣ операціи должно поступать совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи таковаго же момента, при перевязываніи нижняго конца лучевой артеріи.

28. *Перевязываніе нисходящей начальственной артеріи въ брюшной полости.* *Ligatura aortæ descendentis in cavo abdominis.* См. Т. II. Ф. 1. 1.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на низкомъ столѣ, или обыкновенной кровати, на спинѣ съ нѣскольکو приподнятымъ туловищемъ и немного согбенными нижними конечностями, дабы ослабить напряженіе брюшныхъ мускуловъ. Одинъ помощникъ неподвижно удерживаетъ туловище и верхнія конечности больного, другой нижнія, а третій помогаетъ оператору во время операціи, который долженъ находиться съ лѣвой стороны больного.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ, бѣлой линіи и передней стѣны брюшины; 2) вскрытіе задней стѣны брюшины и обнаженіе аорты; 3) перевязываніе артеріи и наружной раны.

Первой моментъ. Операторъ взявъ правою рукою, какъ писчее перо, скальпель разрѣзываетъ имъ общіе брюшные покровы по срединѣ бѣлой линіи, напрягая ихъ при этомъ лѣвою рукою съ одной, а помощникъ съ другой стороны пупка. Разрѣзъ этотъ долженъ имѣть длину отъ 4 до 5 дюймовъ и находиться съ лѣвой стороны пупка такъ, чтобы середина его имѣла для пупка полулунную кры-

визну, см. Т. II. ф. 1. 1. Потомъ операторъ повторенными съѣченіями скалпелля осторожно разрѣзываетъ бѣлую линію, по направленію наружной раны, и вскрываетъ брюшную полость не большимъ отверстіемъ; послѣ, дабы не повредить при этомъ кишки, онъ вводитъ въ сдѣланное отверстіе жолобоватый зондъ, или указательный перстъ, и по немъ бистуреемъ съ пуговкою разрѣзываетъ внутреннюю стѣну бѣлой линіи и брюшину до угловъ наружной раны.

Второй моментъ. Одинъ помощникъ обѣими руками, плоско приложенными къ сторонамъ раны, сближаетъ ея края, дабы предотвратить выпаденіе кишки кнаружи и вхожденіе воздуха въ брюшную полость; а операторъ проводитъ указательный перстъ свой чрезъ рану и между кишекъ къ хребтовой кости и, ощупавъ выше аневризматической опухоли біющуюся аорту, старается вскрыть надъ нею брюшину, раздирая или продавливая ее ногтемъ пальца съ лѣвой и съ правой стороны артеріи. Потомъ, проводя перстъ глубже между позвоночнымъ столбомъ и аортою, отдѣляетъ такимъ образомъ послѣднюю отъ окололежащихъ частей.

Третій моментъ. Операторъ взявъ правою рукою, какъ писчее перо, длинную аневризматическую иглу съ пружиною и лигатурою, см. Т. IV. ф. 11, подводитъ конецъ ея подъ аорту, со стороны нижней полой вены, по указательномъ персту лѣвой руки, который долженъ находиться между артеріею и позвоночнымъ столбомъ; потомъ, продвинувъ конецъ пружины аневризматической иглы подъ артерію въ противную ея сторону, беретъ пальцами лѣвой руки одинъ конецъ лигатуры, а иглу извлекаетъ изъ раны кнаружи. При перевязываніи аорты лигатурою, дабы не перевязать вмѣстѣ съ нею и кишки, помощникъ проводитъ въ рану указательный перстъ между концами лигатуры и удаляетъ имъ кишки въ стороны, а операторъ образуетъ сначала одинъ, а послѣ другой узелъ лигатурою и такимъ образомъ перевязываетъ артерію довольно крѣпко. Оба

концы лигатуры прикрѣпляются вѣтъ раны, къ одной ея сторонѣ, короткою ленточкою липкаго пластыря, какъ выше упомянуто. Удаливъ сальникъ кверху, операторъ края раны плотно сближаетъ между собою и, для споспѣшествованія скорѣйшему сращенію ихъ, соединяетъ узловатымъ швомъ и ленточками липкаго пластыря; потомъ кладетъ надъ раню корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, компрессъ и циркулярную повязку, помощію одноглаваго бинта вокругъ брюха больного, или лучше, широкій поясъ съ тесемками. Послѣ операціи больной до заживленія раны долженъ находиться на постели въ такомъ положеніи, въ какомъ онъ былъ при операціи.

29. Перевязываніе артерій: подвздошной, подчревной и бедренной въ тазу. Ligatura arteriarum: iliacæ, hypogastricæ et femoralis in pelve. См. Т. II. Ф. 1. м. п.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ находиться въ такомъ положеніи, какое назначено въ предъидущей операціи, и сверхъ того нѣсколько наклониться на здоровую сторону, дабы кишки по своей тяжести удалились отъ раны; равнымъ образомъ обязанности помощниковъ во вѣѣхъ трехъ случаяхъ совершенно сходны съ тѣми, которыя описаны въ упомянутой операціи.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и брюшныхъ мускуловъ; 2) отдѣленіе брюшины и обнаженіе артерій; 3) перевязываніе артерій и раны.

Первой моментъ. Въ первомъ случаѣ операторъ разрѣзываетъ общіе покровы скалпеллемъ, начавъ на одинъ дюймъ выше и на такое же разстояніе внутрь отъ передней верхней ости подвздошной кости, проводитъ (на лѣвой сторонѣ больного) параллельно съ нижнею подчревною артеріею снизу вверхъ и оканчивается на одинъ поперечный перстъ ниже послѣдняго ложнаго ребра. Во второмъ, дѣлаетъ разрѣзъ въ разстояніи на два поперечныхъ перста

отъ передней и верхней ости подвздошной кости (на правой сторонѣ), и проводя сверху внизъ и внутрь около одного поперечнаго перста выше Фаллопиевой связки, оканчивается на полтора дюйма отъ бѣлой брюшной линіи, или близъ наружнаго паховаго кольца. Въ третьемъ случаѣ, операторъ разрѣзываетъ общіе покровы подобнымъ образомъ какъ во второмъ, только ниже, тотчасъ надъ Фаллопиевою связкою и совершенно параллельно съ нею.

Длина разрѣза во всѣхъ трехъ случаяхъ должна простираться отъ 3 до 4 и болѣе дюймовъ, смотря по толщинѣ общихъ покрововъ и брюшныхъ мускуловъ. При этомъ иногда перерѣзываются небольшія вѣточки подкожныхъ венъ или артерій, изъ которыхъ произшедшее кровотеченіе нужно остановить прикладываніемъ къ ранѣ гречкой губки съ холодною льдяною водою, или перевязываніемъ концовъ кровоточащихъ сосудовъ тонкими лигатурами помощію Бромфильдова крючка.

Разрѣзавъ общіе покровы, помощникъ развлекаетъ пальцами или тупыми лопаточками губы раны въ стороны, а операторъ осторожно, повторенными сѣченіями скальпеля, или помощію бистурея съ пуговкою на жолобоватомъ зондѣ, разрѣзываетъ по направленію наружной раны сначала поверхностную перепонку и сухожильное растяженіе косаго брюшнаго мускула наружнаго, потомъ мясистую часть внутренняго косаго и поперечный мускулъ; послѣ приподнимаетъ пинцетомъ въ складку поперечную перепонку (*fascia transversalis*) и, горизонтально вскрывъ скальпелемъ, весьма осторожно разрѣзываетъ ее бистурею на жолобоватомъ зондѣ до угловъ наружной раны.

Второй моментъ. Отдѣленіе брюшины, во всѣхъ трехъ случаяхъ, операторъ производитъ указательнымъ и среднимъ перстами правой руки, а ладонью лѣвой покрываетъ рану, дабы кишки вмѣстѣ съ брюшиною не выходили кнаружи.

Въ первомъ случаѣ, т. е. при перевязываніи подвздошной артеріи, онъ отдѣляетъ брюшину отъ передней по-

верхности подвздошного и поясничного мускуловъ снаружи внутрь, къ послѣднему поясничному позвонку; во второмъ — снизу вверхъ и вмѣстѣ снаружи внутрь, а въ послѣднемъ случаѣ отдѣляетъ брюшину снизу вверхъ, причемъ приподнимаетъ съ нею и сѣмянной канатикъ. Дошедши такимъ образомъ до артеріи, отдѣляетъ ее ногтемъ указательнаго перста, или концемъ длинной аневризматической иглы, отъ вены и окололежащихъ частей, съ которыми она соединяется помощію клѣтчатой плевы.

Третій моментъ. Взявъ въ правую руку, какъ писчее перо, аневризматическую иглу съ лигатурою, простую или съ пружиною, операторъ подводитъ конецъ ея подъ артерію со стороны вены, противопоставляя ему указательный перстъ свой съ другой стороны артеріи. Слѣдовательно, при перевязываніи подвздошной и подчревной артерій правыхъ, аневризматическую иглу должно подводить подъ артерію снаружи внутрь, а при перевязываніи таковыхъ же артерій лѣвой стороны и обѣихъ бедренныхъ въ тазу — снаружи; въ противномъ случаѣ конецъ иглы, подводимый подъ артерію, удобно можетъ повредить прилежащую къ ней вену, особенно когда рана будетъ весьма глубока, а конецъ аневризматической иглы острый.

При перевязываніи артеріи помощникъ долженъ удалять отъ нее брюшину указательными и среднимъ перстами. Рана перевязывается, какъ сказано въ описаніи предъидущей операціи, не употребляя кроваваго шва, а въ послѣднемъ случаѣ, т. е. при перевязываніи бедренной артеріи въ тазу, вмѣсто циркулярнаго бинта вокругъ брюха или широкаго полотенца, налагается теобразная повязка, простая или двойная, обыкновеннымъ образомъ. Положеніе больного послѣ операціи до заживленія раны должно быть такое, въ какомъ онъ находился во время операціи.

30. *Перевязываніе бедренной артеріи. Ligatura arteriæ femoralis.* См. Т. II. Ф. 1. о. р.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ горизонтально лежать на столѣ, или высокой постели на-спинѣ, согнувъ немного больную конечность въ колѣнѣ и поворотивъ ее такъ, чтобы она упиралась наружнымъ своимъ мышелкомъ, дабы внутренній край длиннаго бедреннаго мускула (*m. sartorius*) былъ явственнѣе. Одинъ помощникъ неподвижно удерживаетъ въ такомъ положеніи больную конечность, другой здоровую, третій туловище и верхнія конечности больного, а четвертый помогаетъ оператору, который долженъ стоять, или сидѣть на высокомъ стулѣ, съ больной стороны больного.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2) вскрытіе перепонокъ и отдѣленіе артеріи отъ окололежащихъ частей; 3) перевязываніе артеріи и наложеніе повязки на рану.

Первый моментъ. Операторъ, напрягая общіе покровы большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки, а правою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ покровы по внутреннему краю длиннаго бедреннаго мускула (*m. sartorius*), на третьей и верхней части бедра, см. Т. IV. Ф. I. Е. F, измѣряя длину бедра отъ внутренняго его мышелка до верхней и передней ости подвздошной кости, а иногда на срединѣ бедра, см. Т. IV. Ф. I. G. H. Въ первомъ случаѣ верхній уголъ наружной раны долженъ находиться ниже Пупарціевой связки на 4 или 5 поперечныхъ перстовъ. Нѣкоторые, для точнѣйшаго опредѣленія мѣста разрѣза, умственно проводятъ двѣ линіи: отъ верхней и передней ости подвздошной кости къ внутреннему бедренному мышелку, а другую отъ соединенія лобковыхъ костей къ наружному мышелку и, мѣсто пресѣченія этихъ линій почитаютъ удобнѣйшимъ для разрѣза общихъ покрововъ. Для таковой же цѣли можно образовать вверхъ обра-

щенный неправильный треугольник такъ, чтобы Пуар-
цѣва связка составляла его основаніе; внутренній край
верхней части длиннаго бедреннаго мускула, образоваль
наружную сторону, а длинная часть треглаваго бедреннаго
мускула (*caput longum musculi tricipitis femoris*), внутрен-
нюю сторону треугольника, котораго верхушка будетъ со-
ставлять надлежащее мѣсто для наружнаго разрѣза. Впро-
чемъ послѣднее измѣреніе и опредѣленіе нельзя вѣрно сдѣ-
лать на бедрѣ опухшемъ и у больныхъ весьма тучныхъ. Въ
этомъ случаѣ гораздо удобнѣе руководствоваться первымъ
способомъ при опредѣленіи мѣста для разрѣза общихъ по-
крововъ, который долженъ простираться длиною отъ 3-хъ
до 4-хъ поперечныхъ перстовъ, съ наружной стороны под-
кожной внутренней бедренной вены (*vena saphena interna*),
см. Т. IV. Ф. I. 35.

Второй моментъ. Помощникъ остановивъ кровотеченіе,
какъ выше упомянуто, развлекаетъ тупыми крючками или
лопаточками губы раны въ стороны, а операторъ, взявъ
лѣвою рукою пинцетъ, захватываетъ имъ въ срединѣ раны
сухожильную бедренную перепонку и, приподнявъ въ склад-
ку, вскрываетъ ее помощію скапелля, котораго лезвее
горизонтально обращаетъ къ поверхности раны; потомъ
подводитъ подъ эту перепонку жолобоватый зондъ и разрѣ-
зываетъ ее прямымъ бистуреомъ съ пуговкою, вверхъ и
внизъ по направленію наружной раны. Такимъ образомъ
онъ обнажаетъ внутренній край длиннаго бедреннаго му-
скула, представляющагося въ наружной губѣ раны, кото-
рой, отдѣливъ рукояткою скапелля вмѣстѣ съ его оболоч-
кою, отвлекаетъ кнаружи, и поручаетъ помощнику удер-
живать въ такомъ положеніи помощію крючка или лопа-
точки. Подъ поверхнею бедренною перепонкою и упомяну-
тымъ мускуломъ находится другая перепонка глубже, ко-
торая обыкновенно называется общимъ влагалищемъ бе-
дренныхъ сосудовъ (*vagina vasorum communis*). По вскры-
тіи этаго влагалища, съ величайшею осторожностію, какъ
выше сказано, представляются въ ранѣ обнаженными: бе-

дренная артерія, см. Т. IV. Ф. I. 25, вена 12 и нервъ 44, который находится съ наружной стороны вены и виѣ влагалища, съ которымъ бываетъ весьма плотно соединенъ помощію клѣтчатой плевы. Наконецъ, операторъ подобнымъ образомъ вскрываетъ собственное влагалище артеріи (*vagina propria arteriæ*), только гораздо меньшимъ отверстиемъ, нежели первую, дабы не обнажить артерію на большое пространство и не подвергнуть ее помертвѣнію; для этой цѣли, захвативъ пинцетомъ одинъ край вскрытаго влагалища, отдѣляетъ артерію, сначала съ одной, а потомъ вокругъ съ другой стороны, помощію конца серебряной иглы или узкой рукоятки скальпеля.

Третій моментъ. Операторъ подводитъ лигатуру подъ артерію, подобнымъ образомъ, какъ упомянуто въ предъидущей операціи, съ внутренней стороны, помощію простой аневризматической иглы и связываетъ двумя узлами такъ крѣпко, чтобы біеніе въ аневризматическомъ мѣшкѣ совершенно перестало, остерегаясь при этомъ, чтобы вмѣстѣ съ артерією не захватить и не перевязать вену или нервъ; потомъ, отрѣзавъ одинъ конецъ лигатуры близъ ея узла, другой ленточкою липкаго пластыря укрѣпляетъ снаружи къ губѣ раны. Остановивъ кровотеченіе, плотно сближаетъ губы раны и соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря, послѣ кладетъ на рану корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, и многоглавую повязку на все бедро, которое до заживленія раны должно находиться почти въ такомъ положеніи, въ какомъ оно было во время операціи.

31. Перевязываніе подкожной артеріи. *Ligatura arteriæ popliteæ.* См. Т. IV. Ф. 3. А. В.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на высокой постели или столѣ горизонтально на-брюхъ; одинъ помощникъ неподвижно удерживаетъ больную конечность, другой здоровую нижнюю, тре-

тій туловище и верхнія конечности больного, а четвертый помогаетъ оператору, который находится, какъ и въ предыдущей операціи, съ наружной стороны больной конечности.

Моменты при производствѣ этой операціи должны быть наблюдаемы тѣже самые, какіе вычислены при перевязываніи бедренной артеріи ниже Пупарціевой связки.

Первой моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ производитъ помощію скалпелля на самой срединѣ подколенной впадины между бедренныхъ мышечковъ, или нѣсколько ниже, см. Т. III. ф. 6. А. В., сверху внизъ или наоборотъ, если операція дѣлается на правой конечности. Длина этого разрѣза простирается отъ 3-хъ до 4-хъ поперечныхъ перстовъ, смотря по толщинѣ больного члена и количеству жира. При этомъ моментѣ операціи иногда перерѣзываются небольшія артеріальныя вѣточки, изъ которыхъ происшедшее кровотеченіе должно остановить частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, или положеніемъ лигатуръ помощію Бромфильдова крючка.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ губы раны въ стороны, какъ выше сказано, а операторъ рукояткою скалпелля раздѣляетъ въ ранѣ, вдоль по ея направленію, жиръ и клетчатую плеву до общаго влагалища подколенныхъ сосудовъ, которое, равнымъ образомъ какъ и собственное влагалище артеріи, весьма осторожно вскрываетъ, какъ упомянуто въ описаніи предыдущей операціи. Теперь представляется съ внутренней стороны подколенная артерія, см. Т. IV. ф. 3. 2, съ наружной вена 4. и нервъ 5. Т. III. ф. 6. 12, 26, 31.

Второй моментъ. Отдѣливъ артерію отъ окололежащихъ частей и собственного ея влагалища, операторъ помощію апевризматической иглы простой, или снабженной пружиною, подводитъ лигатуру и перевязываетъ, какъ выше сказано, артерію, а потомъ рану. Послѣ операціи больной можетъ лежать въ постели на здоровомъ или больномъ боку,

согнувъ нѣсколько колѣно большой нижней конечности, дабы ослабить напряженіе ея частей, особенно окружающихъ рану.

32. Перевязываніе передней большой берцовой артеріи. Ligatura arteriae tibialis anticae. См. Т. II. ф. 1. t. u.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ, или высокой постели, на спинѣ и больная конечность находится въ прямомъ положеніи; обязанности помощниковъ и мѣсто для оператора тѣже самыя, какія назначены въ предъидущей операціи; равнымъ образомъ и моменты этой операціи и слѣдующей одинаковы съ тѣми, которые описаны при перевязываніи бедренной артеріи.

Первый моментъ. Операторъ разрѣзываетъ общіе покровы помощію скальпеля по наружному краю большой берцовой кости, длиною отъ 2-хъ до 3-хъ дюймовъ. Разрѣзъ этотъ, смотря по тому, какую часть упомянутой артеріи должно перевязывать, дѣлается на различныхъ мѣстахъ передней части голени по продолженію артеріи: на верхней части, см. Т. IV. ф. 2. А. В., на средней С. D, на нижней или тыльной поверхности стопы Е. F. Во всѣхъ трехъ случаяхъ первый разрѣзъ долженъ простираться до сухожильнаго голеннаго растяженія или перепонки (aponeurosis seu fascia cruralis).

Второй моментъ. Одинъ помощникъ развлекаетъ губы раны въ стороны, другой останавливаетъ кровотеченіе частымъ прикладываніемъ къ ранѣ гречкой губки съ холодною водою; а операторъ, приподнявъ пинцетомъ въ складку сухожильное голенное растяженіе, вскрываетъ его помощію скальпеля и разрѣзываетъ прямымъ бистурею съ пуговкою на жолобоватомъ зондѣ до угловъ наружной раны, вверхъ и внизъ. Потомъ черешкомъ скальпеля и перстами лѣвой руки раздѣляетъ мускулы въ стороны и осторожно отыскиваетъ артерію между мускулами: m. tibiale

anticum et extensorem digitorum et hallucis longum, которую сопровождают двѣ вены, а съ наружной ея стороны находится nervus tibialis anticus, см. Т. IV. ф. 2.; наконецъ отдѣляетъ артерію отъ окололежащихъ частей и собственнаго ея влагалища, какъ выше сказано.

Третій моментъ. Операторъ подводитъ лигатуру подъ артерію помощію простой аневризматической иглы и перевязываетъ артерію обыкновеннымъ образомъ; потомъ губы раны, плотно сблизивъ между собою, укрѣпляетъ ихъ ленточками липкаго пластыря, сверхъ которыхъ кладетъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ и многоглавую повязку на всю больную голень, или на нижнюю только ея часть и стопу, когда операція сдѣлана на нижней части голени, близъ ея сустава, или на тыльной поверхности стопы. Послѣ операціи, больной, до заживленія раны, долженъ лежать на постели въ такомъ положеніи, какое онъ имѣлъ во время операціи.

33. Перевязываніе задней большеберцовой артеріи. Ligatura arteriæ tibialis posticæ. См. Т. II. ф. 1. g. r. s.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ или высокой постели на больномъ боку, здоровую нижнюю конечность протянуть прямо и кзади, а больную, согнувъ въ колѣнѣ и паху, направить впередъ, или наоборотъ, здоровую ногу впередъ, а больную подвинуть назадъ. Одинъ помощникъ удерживаетъ въ упомянутомъ положеніи больную нижнюю конечность, другой здоровую, третій туловище и верхнія конечности больного, а четвертый помогаетъ оператору, который при первомъ положеніи больного долженъ стоять спереди, а при второмъ сзади больной конечности.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ скампеллемъ на внутренней сторонѣ голени сверху внизъ, или на оборотъ, позади внутреннего края большой берцовой кости, длиною отъ 3 до 4 дюймовъ, остере-

гаясь при этомъ, чтобы не повредить подкожной голенной вены (venam saphenam). Разрѣзъ этотъ, какъ и въ предыдущей операціи; дѣлается на различныхъ мѣстахъ голени. См. Т. III. Ф. 7. А. В., С. D.

Второй моментъ. Разрѣзавъ общіе покровы, помощникъ развлекаетъ губы раны въ стороны аневризматическими крючками или лопаточками, а операторъ вскрываетъ и разрѣзываетъ сухожильное растяженіе или перепонку голени (fascia cruralis); потомъ рукояткою скальпелля отдѣляетъ отъ кости musculus soleum кзади, разрѣзываетъ сухожильное растяженіе, раздѣляющее икрные мускулы на поверхностные и глубокие и послѣ отыскиваетъ артерію между мускулами: flexorem digitorum et tibialem posticum, гдѣ сопровождаютъ ее двѣ вены и съ задней стороны находится берцовой нервъ.

На нижней части голени операторъ дѣлаетъ разрѣзъ между Ахиллесовою жилою и внутренней лодыжкой — С. D., потомъ разрѣзываетъ сухожильное растяженіе или перепонку до сухой жилы мускуловъ: tibialis postici et flexoris digitorum communis; въ этомъ мѣстѣ артерія лежитъ гораздо поверхностнѣе, нежели въ первомъ случаѣ. Здѣлавъ такимъ образомъ разрѣзъ, операторъ отдѣляетъ артерію отъ окололежащихъ частей и собственнаго ея влагалища совершенно такъ, какъ выше сказано.

Третій моментъ. При производствѣ этого момента должно наблюдать все то, что сказано въ описаніи такового же момента предыдущей операціи.

34. *Сшивеніе неба.* Operatio palati fissi. Velosynthesis, uranoraphia, staphyloraphia, kyanoraphia. Т. V. Ф. 4. 5. 6. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Простой, довольно длинный крючекъ, малый и узкій острокопечный скальпель, длинный пинцетъ, на концахъ котораго находятся крючки; игловые щипцы (acutenaculum) съ загнутымъ концемъ, въ которомъ находится бороздка

для иглы, Т. V. ф. 20, прямая и кривая не большія иглы съ ушками, 21, 22, три или четыре плоскія шелковыя лигатуры или свинцовыя проволоки, на обоихъ концахъ снабженныя иглами, корнцангъ, ножницы, сифонъ, вода со льдомъ, укусъ, куски грецкой губки.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на высокомъ стулѣ противъ свѣта, нѣсколько наклонить голову назадъ и совершенно открыть ротъ. Одинъ помощникъ, стоя сзади больного, укрѣпляетъ его голову къ своей груди обѣими руками, плоско приложенными къ ея вискамъ; другой, находясь съ боку больного, удерживаетъ въ неподвижномъ положеніи верхнія его конечности; третій помогаетъ оператору, который долженъ стоять противъ больного.

Моменты операціи. 1) Окровавленіе или отрѣзываніе краевъ небной щели; 2) наложеніе кроваваго шва на окровавленные края неба.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ лѣвою рукою крючекъ, а правою скалпелль, какъ писчее перо, вводитъ первый въ открытый ротъ больного, захватываетъ имъ сначала одинъ край небной щели сверху и сзади и привлекаетъ его впередъ и внизъ такъ сильно, что кончикъ крючка проникаетъ чрезъ всю толщину края. Потомъ прокалываетъ скалпеллемъ небо близъ крючка, въ разстояніи отъ края на одну линію, или нѣсколько далѣе, и пиловидными движеніями скалпелля впередъ отрѣзываетъ этотъ край до угла щели, откуда, поворотивъ скалпелль, назадъ оканчиваетъ имъ отдѣленіе нижней части края до кончика язычка (*uvula*), который удобнѣе можетъ быть при этомъ захваченъ и удерживаемъ длиннымъ пинцетомъ. Подобнымъ образомъ отрѣзываетъ другой край небной щели и, оба разрѣза соединивъ въ углу щели, извлекаетъ изъ рта отдѣленные края раздвоеннаго неба. Въмѣсто крючка, можно употребить длинный пинцетъ, которымъ захватывается сначала одинъ край щели и прокладывается скалпелль близъ ея угла, потомъ пиловидными движеніями скалпел-

ля внизъ и кзади отрѣзывается этотъ край по всему его продолженію ; такимъ же образомъ должно поступать при окровавленіи или отрѣзываніи другаго края щели. Послѣ больной выполаскиваетъ ротъ холодною водою со льдомъ, или съ небольшимъ количествомъ уксуса, пока кровотеченіе совершенно остановится.

Второй моментъ. Взявъ правою рукою игловыя щипцы (*acutenasulum*) и укрѣпивъ въ бороздкѣ ихъ иглу такъ, чтобы остріе ея было обращено къ рукояткѣ щипцовъ, операторъ вводитъ ихъ въ ротъ больного и чрезъ небную щель въ полость зѣва; потомъ, извлекая щипцы обратно, прокалываетъ иглу близъ самаго угла щели сверху внизъ чрезъ небо, въ разстояніи отъ края щели линіи на двѣ; послѣ, захвативъ острый конецъ иглы корнцангомъ, извлекаетъ ее изъ рта кнаружи. Подобнымъ образомъ прокалываетъ чрезъ противоположный край щели иглу, находящуюся на другомъ концѣ лигатуры и образовавъ, обѣими концами лигатуры, сначала одинъ узелъ, проводитъ его указательными перстами до краевъ небной щели, потомъ другой, и оба концы лигатуры отрѣзываетъ близъ узла (*sutura podosa*), Т. V. ф. 6.

Смотря по длинѣ небной щели число лигатуръ бываетъ различное, а именно отъ 2-хъ до 5-ти, изъ которыхъ переднія проводятся и связываются прежде, а заднія послѣ, какъ выше сказано. Узлы ихъ должно стягивать такъ крѣпко, чтобы окровавленные края небной щели были плотно между собою сближены, см. Т. V. ф. 6. Если вмѣсто шелковыхъ лигатуръ употребляются свинцовыя ф. 21, то концы ихъ, не образуя узловъ, нужно скручивать до тѣхъ поръ, пока края щели придутъ во взаимное между собою соприкосновеніе, ф. 7, потомъ близъ краевъ отрѣзать концы помощію ножницъ. При сближеніи краевъ небной щели помощію связыванія или скручиванія концовъ лигатуръ, если небная занавѣска будетъ весьма сильно напряжена, то для уменьшенія таковаго напряженія операторъ дѣлаетъ малымъ скапеллемъ по сторонамъ шва на-

сѣчки, или два боковыхъ разрѣза, начиная отъ задняго края небныхъ костей и оканчивая линіи на 4 надъ заднимъ краемъ мягкаго неба (*palatum molle*), см. Т. 7. 7. Таковые разрѣзы скоро и удобно заживаютъ, выполняясь мясными сосочками (*granulatio*).

Послѣ операціи кровотеченіе останавливается вприскиваніемъ въ ротъ, помощію сифона, холодной воды, или держаніемъ во рту небольшого куска льду. Накопившуюся слизь около раны ежедневно должно очищать весьма осторожно не большимъ и мягкимъ кускомъ грецкой губки. По прошествіи 5 или 6 дней, узлы лигатуръ сначала передніе, а потомъ задніе операторъ разрѣзываетъ ножницами и осторожно извлекаетъ ихъ изъ раны помощію пинцета кнаружи.

35. Сошвеніе раздвоенной верхней губы. Labroraphia, operatio labii leporini sive labii fissi. Т. V. 8—19.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Пинцетъ или крючекъ, губныя щипцы (*labiotenaculum*), прямой остроконечный бистурей или по краю искривленные ножницы, Бромфильдовъ крючекъ съ тонкими лигатурами, кривыя стальные, или прямыя серебряныя, золотыя или карлсбадскія иглы, плоскія лигатуры или нитки куски, грецкой губки, холодная вода, два не большихъ сложенныхъ компресса, длинная и широкая ленточка липкаго пластыря. Кромѣ вычисленныхъ инструментовъ, иногда нужны бываютъ острыя прирѣзные (*forceps scissoria*), или прямыя зубныя щипцы; первыя для срѣзыванія выступающихъ неровностей верхней челюсти, а послѣднія для вырыванія передняго зуба, если онъ весьма выстоитъ кнаружи и мѣшаетъ соединенію и сращенію губъ раны.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, закрывъ ротъ, долженъ прямо сидѣть на стулѣ или даже нѣсколько наклонивъ голову впередъ; одинъ помощникъ, стоя сзади больного, укрѣпляетъ его голову къ своей

груди обѣими руками, плоско приложенными къ щекамъ, которыхъ общіе покровы напрягаетъ впередъ; прочіе помощники имѣютъ тѣже обязанности, какія назначены для нихъ въ предыдущей операціи.

При дѣланіи этой операціи дитяти, одинъ помощникъ, сидя на стулѣ, долженъ держать дитя такъ, чтобы ножки его находились между ногъ помощника, и руки были бы укрѣплены его руками; другой помощникъ, наложивъ руки свои съ обѣихъ сторонъ подъ нижнюю челюсть дитяти, прижимаетъ головку его къ груди перваго помощника, напрягаетъ нѣсколько впередъ покровы щекъ и вмѣстѣ придавливаетъ вѣнечныя губныя артеріи.

Моменты операціи. 1) Отрѣзываніе или окровавленіе краевъ раздвоенной губы; 2) сшивеніе губы; 3) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ, захватываетъ сначала лѣвой край раздвоенной губы, большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки своей, и привлекаетъ его впередъ и внизъ; потомъ правою рукою взявъ бистурей, какъ писчее перо, прокалываетъ имъ лѣвую половину верхней губы больного, близъ самаго ея угла и, пилевидными движеніями бистурея внизъ, отрѣзываетъ весь край этотъ, шириною линіи на двѣ. Подобнымъ образомъ поступаетъ при срѣзываніи или окровавленіи праваго края губы. Если онъ употребляетъ ножницы, особенно при дѣланіи операціи у дитяти, то тупоконечную пластинку ихъ подводитъ подъ внутреннюю или заднюю поверхность губы такъ, чтобы конецъ этой пластинки простирался выше угла щели, и потомъ снизу вверхъ отрѣзываетъ край губы по всей его длинѣ подобно какъ бистуреемъ. При употребленіи губныхъ щипцовъ (*labiotenaculum*), операторъ нижнюю пластинку ихъ имѣющую жолобокъ съ пробковою или деревянною дощечкою, подводитъ, какъ ножницы, подъ край раздвоенной губы, которой потомъ прижимаетъ обѣими пластинками и помощію бистурея отрѣзываетъ. См. Т. V. ф. 9.

Если щель губы простирается весьма высоко, или из угла ее выстоитъ впередъ зубъ, или неровный край верхней челюсти; то въ первомъ случаѣ операторъ предварительно разрѣзываетъ бистуреемъ узлочку верхней губы и даже эту послѣднюю отдѣляетъ отъ челюсти на большее или меньшее пространство, смотря потому какъ широка щель, дабы, при сошвеніи краевъ ея, можно было удобнѣе напрягать впередъ щеки больного; во второмъ — извлекаетъ зубъ помощію шипцовъ, а въ третьемъ случаѣ, выстоящій и неровный край верхней челюсти отрѣзываетъ и сравниваетъ прирѣзными щипцами (*forceps scissoria*). См. Т. XXV. ф. 12.

Кровотеченіе останавливается прикладываніемъ къ ранѣ куска гребной губки съ холодною водою, или прижатіемъ верхней губы около ея угловъ; при весьма сильномъ и упорномъ кровотеченіи изъ вѣнечныхъ артерій должно сдѣлать скручиваніе ихъ (*torsio*) помощію пинцета. См. Т. IV. ф. 7.

Второй моментъ. Соединеніе краевъ верхней губы операторъ производитъ или помощію однихъ лигатуръ, какъ сказано въ описаніи предъидущей операціи, или посредствомъ различныхъ иглъ и лигатуръ, или помощію питокъ. Въ первомъ случаѣ операторъ, захвативъ лѣвой край губы больного большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки своей, а правую взявъ кривую иглу съ плоскою лигатурою и смазавъ ее деревяннымъ масломъ, прокалываетъ снаружи внутрь, или спереди къзади, лѣвую половину губы, въ разстояніи отъ края линіи на двѣ или на три, до внутренней перепонки губы или рта, которая должна остаться не поврежденною; потомъ остріе иглы вкалываетъ въ правую половину губы близъ внутренней ея перепонки такъ, чтобы игла съ лигатурою вышла снаружки въ такомъ же разстояніи отъ края, въ какомъ она была вколота въ лѣвую половину губы. При этомъ должно стараться, чтобы обѣ половины губы и ея края были проколоты иглою на равной высотѣ и всегда начинать сшиваніе снизу вверхъ,

дабы нижній край верхней губы былъ совершенно ровный. Вторую лигатуру операторъ подобнымъ образомъ проводитъ выше первой, линіи на двѣ; потомъ третью и, если нужно, четвертую; послѣ связываетъ концы лигатуръ, сначала нижніе, а потомъ верхніе, двумя узлами такъ крѣпко, чтобы края губы совершенно сошлись между собою, но не были весьма сильно сжаты, въ противномъ случаѣ можетъ произойти большая опухоль раны и разрывъ проколовъ; концы лигатуръ отрѣзываетъ близъ узловъ (*sutura nodosa*).

Употребляя прямыя иглы, операторъ прокалываетъ ихъ чрезъ края губы, подобнымъ образомъ, какъ кривыя, потомъ обводитъ одну лигатуру или нитку вокругъ концовъ каждой иглы, въ видѣ лежащей цифры осьми, см. Т. V. ф. 8. 10. 11 12, такъ чтобы равномерно покрыть всю щель раны (*sutura circumflexa, intorta vel circumvoluta*) Послѣ, если онъ употребилъ карлсбадскія иглы ф. 12. 16, то концы ихъ отрѣзываетъ помощію крѣпкихъ ножницъ; если же серебряныя или золотыя, то стальные копьеобразныя или трехгранныя ихъ остроконечія снимаетъ и подъ концы иглъ подкладываетъ небольшія полоски липкаго пластыря, ф. 10.

При двойной заячьей губѣ, см. Т. V. ф. 15. 17, операція производится двоякимъ образомъ: или средняя часть губы отрѣзывается, если она узка, весьма окрѣпла и безобразна, ф. 17, а потомъ окровавленные края губы сшиваются, какъ выше сказано; или края средней части, если она довольно широка, срѣзываются, подобно какъ и края губы, съ которыми послѣ сшиваются упомянутымъ образомъ, ф. 18.

Третій моментъ. Очистивъ рану, операторъ помѣщаетъ два сложенныхъ и небольшихъ компресса на щеки больного подъ скуловые его кости; потомъ, средину широкой ленточки липкаго пластыря, положивъ на затылокъ больного, проводитъ концы ея впередъ подъ ушами, чрезъ компрессы и щеки къ ранѣ; гдѣ, разрѣзавъ каждый конецъ

этой ленточки на двѣ или на три узкія полоски, переводить каждую изъ нихъ между иглами на противоположную сторону такъ, чтобы онѣ надъ самою раною нѣсколько пересѣкались между собою. При этомъ больной наклоняетъ голову свою впередъ и старается приблизить подбородокъ къ груди, дабы такимъ образомъ уменьшить напряженіе щекъ и верхней губы, для каковой цѣли употребляются и упомянутые два компресса.

Послѣ операціи больной долженъ лежать на боку съ приподнятою вверхъ и повороченною въ сторону головою, остерегаясь, чтобы не часто и не много открывалъ ротъ. При разрѣзываніи шва, или извлеченіи иглъ изъ краевъ раны, операторъ поступаетъ такъ, какъ сказано въ описаніи предъидущей операціи.

36. Черепосверленіе. Trepanatio cranii T. VI ф. 3. 4. 5. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Трепанаціонный ножъ или простой скалпелль, трейейнъ или трепанъ, щеточка, чиненное перо или тонкій зондъ, подъемецъ, черепные или трепанаціонныя щипцы Шарпа, корнцангъ, пинцетъ, обрѣзной или сочевичной ножъ (*culter lenticularis*), инцизіонный ланцетъ или бистурей, жолобоватый зондъ, куски гребной губки, холодная и теплая вода, деревянное масло, длинная и мѣлая корпія, ленточки липкаго пластыря, компрессъ, Т-образная повязка или одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на низкой кровати или столѣ такъ, чтобы голова его была хорошо освѣщена и находилась на твердой подушкѣ или доскѣ, покрытой клеенкою или кожею, поврежденная сторона головы должна быть обращена кверху и волосы на ней сбриты или острижены; одинъ помощникъ долженъ неподвижно укрѣплять голову больного, другой верхнія конечности и туловище, а третій помогать оператору во время операціи.

Моменты операціи. 1) Обнаженіе поврежденнаго мѣста черепа отъ общихъ покрововъ и надчерепной плевы; 2) сверленіе черепа; 3) извлеченіе высверленнаго куска кости и обрѣзываніе неровныхъ краевъ черепа; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою какъ пишчее перо, трепанаціонный ножъ, снабженный стальною пластинкою на концѣ рукоятки, разрѣзываетъ имъ общіе покровы головы до кости надъ поврежденнымъ мѣстомъ, напрягая ихъ большимъ и прочими перстами лѣвой руки. Разрѣзъ этотъ, смотря по виду поврежденія черепа и другимъ обстоятельствамъ, можетъ быть различной формы, см. Т. VI, ф. 1; потомъ, операторъ, захватывая перстами лѣвой руки, или пинцетомъ, губы раны, отдѣляетъ ихъ помощію лезвья скапелля въ стороны до того тѣста, гдѣ оканчивается поврежденіе черепа; послѣ, сдѣлавъ крестообразное сѣченіе надкостной плевы и соединивъ концы линій прямыми разрѣзами, отдѣляетъ ее отъ черепа пластинкою скапелля отъ периферіи къ центру. Губы раны помощникъ развлекаетъ пальцами или крючками вверхъ и въ стороны и удерживаетъ ихъ въ такомъ положеніи.

Впрочемъ таковое отдѣленіе общихъ покрововъ на большее, а надчерепной плевы на меньшее пространство, мнѣ кажется неудобнымъ: лучше оба приѣма дѣлать за однимъ разомъ, отдѣляя вмѣстѣ съ покровами, сколько нужно, и надкостную плеву, дабы избавить такимъ образомъ больного отъ лишнихъ мученій и не лишить кость питанія, которое ей лучше и удобнѣе доставляется надкостною плевою не обнаженною отъ общихъ покрововъ.

Второй моментъ. Употребляя тревейнъ, операторъ, взявъ его правою рукою, какъ изображено на Т. VI. ф. 5, и выдвинувъ изъ середины или дна короны тревейна его подпору (corculum), утверждаетъ или вкалываетъ конецъ ея въ самую середину той части черепа, которую нужно высверлить. При этомъ остроконеціе подпоры должно быть

немного длиннѣе зубцовъ трейной короны. Потомъ, попеременно полуоборотами трейна около оси его подпоры, операторъ производитъ пиленіе кости, нѣсколько наклоняя рукоятку трейна въ различныя стороны, пока образуетъ зубцами короны довольно глубокую бороздку на черепѣ; послѣ, вынуть изъ короны трейна его подпору или приподнявъ ее кверху, продолжаетъ сверленіе черепа съ большею силою и скоростію.

Производя сверленіе черепа помощію трепана, операторъ подобнымъ образомъ сначала утверждаетъ его корону на обнаженномъ мѣстѣ черепа, см. Т. VI. ф. 3, и образуетъ ею, какъ выше сказано, довольно глубокой жолобокъ или бороздку на кости; потомъ, когда зубцы трепана могутъ безъ подпоры (*corculum*) производить дальнѣйшее сверленіе, тогда кладетъ лѣвую ладонь или, по прежнему обыкновенію, подбородокъ, на кружокъ рукоятки трепана, а правою рукою взявъ средину этой послѣдней, какъ изображено на Т. VI. ф. 4, дѣлаетъ ею круговыя движенія трепана, которымъ осторожно высверливаетъ кость.

Пиленіе черепа трейномъ или трепаномъ операторъ производитъ сначала медленно, потомъ скорѣе, а подъ конецъ опереціи опять медленно, нѣсколько наклоняя рукоятку инструмента въ ту сторону, гдѣ кость толще и крѣпче, дабы просверливаніе черепа было вездѣ равномерное. Чемъ глубже проникаетъ корона инструмента, тѣмъ чаще извлекаетъ ее кнаружи и помощію щеточки очищаетъ опилки, которые, при пиленіи губчатого вещества кости (*diploe*), вмѣсто бѣлаго, имѣютъ красный цвѣтъ. При этомъ глубину жолоба операторъ весьма часто изслѣдуетъ перомъ или зондомъ по всей ее окружности, дабы перепиливъ внутреннюю пластинку черепа, не повредить твердой мозговой оболочки. Перепиливъ черепъ въ одномъ мѣстѣ, корону трейна или трепана наклоняетъ въ другую сторону и съ большею осторожностію оканчиваетъ

сверленіе медленнымъ движеніемъ короны и легкимъ прижатіемъ ея на неперепиленныя мѣста черепа.

Третій моментъ. Выпиленный или высверленный такимъ образомъ кусокъ черепа операторъ поднимаетъ помощію подъемца, вводя конецъ его въ различныя мѣста жолоба кости и наклоняя рукоятку внизъ и въ сторону, дѣйствуетъ имъ рычагообразно, потомъ извлекаетъ этотъ кусокъ черепа кнаружи перстами, или щипцами. Наконецъ изслѣдываетъ дыру черепа и, если внутренний край ея неровень, то подводитъ подъ него, надъ твердою мозговою оболочкою, пуговку сочевичнаго или обрѣзнаго ножа; взявъ рукоятку его правою рукою, какъ изображено на Т. VI. Ф. 6, и направляя лезвее ножа къ неровностямъ кости, отрѣзываетъ ихъ вокругъ внутренняго края черепной дыры.

Если подъ твердою мозговою оболочкою находится изліяніе крови или накопленіе матеріи, то операторъ весьма осторожно вскрываетъ эту оболочку инцизионнымъ ланцетомъ, взявъ его, какъ сказано при кровопусканіи, или прямымъ остроконечнымъ бистуреемъ и потомъ крестообразно разрѣзываетъ на жолобоватомъ зондѣ.

О выпиливаніи большаго куска черепа или вдавленныхъ и неровныхъ краевъ его пролома см. способъ выпиливанія костей помощію Гейнова остеотома, стр. 26. 36.

Четвертый моментъ. Очистивъ рану отъ опилокъ и остановивъ кровотеченіе помощію губки съ холодною водою, операторъ перевязываетъ ее слѣдующимъ образомъ: въ дыру или рану черепа положивъ небольшую связочку длинной корпіи, омашенной деревяннымъ масломъ, и сблизивъ губы раны общихъ покрововъ, укрѣпляетъ ихъ ленточками липкаго пластыря и наконецъ всю рану покрываетъ тонкимъ слоемъ мѣлкой корпіи или компрессомъ и сверху Т-образною головною повязкою или циркулярнымъ бинтомъ. Больной послѣ операціи долженъ лежать на кровати, нѣсколько наклонивъ голову на больную сторону, для удобнѣйшаго истеченія мокротъ изъ раны.

37. Вскрытіе или прободеніе пазухи верхней челюсти. Perforatio antri Highmoriani. T. VI. ф. 11.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скарификаторъ, зубныя щипцы или ключъ, тупые крючки, скалпелль, пинцетъ, трегранныя игла простая или плоская съ ушкомъ и рукояткою, см. Т. VI. ф. 15, узкой банделетъ или длинная нитки, крючекъ, деревянное масло, грецкая губка, холодная вода, ленточки липкаго пластыря и бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ сходны съ тѣми, которыя описаны при сошвеніи небной щели.

Моменты операціи. 1) Обнаженіе верхней челюсти; 2) просверливаніе ея; 3) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ захватываетъ перстами лѣвой руки верхнюю его губу близь угла рта больной стороны и отвлекаетъ ее вверхъ и кнаружи; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль или прямой бистурей, разрѣзываетъ имъ внутреннюю перепонку верхней губы надъ вторымъ, или третьимъ кореннымъ зубомъ и отдѣляетъ щеку снизу вверхъ, почти до нижняго края глазной впадины; такимъ образомъ обнажаетъ впадину или ямку верхней челюсти (*fossa maxillaris s. canina*) отъ мягкихъ частей.

При вскрытіи полости верхней челюсти чрезъ ячейку втораго, третьяго, или четвертаго кореннаго зуба, операторъ предварительно извлекаетъ помощію щипцовъ или ключа, одинъ изъ упомянутыхъ зубовъ, который болѣе другихъ испорченъ.

Второй моментъ. Помощникъ отвлекаетъ пальцами или тупымъ крючкомъ верхнюю губу и уголь рта больной стороны вверхъ и кнаружи; операторъ, правою рукою взявъ иглу, какъ трейфийнъ или трепанъ, см. Т. VI. ф. 3. 5, ставитъ остроконеціе или въ ямку верхней челюсти, или въ ячейку выдернутаго зуба, и въ первомъ случаѣ прокалыв-

васть или просверливаетъ кость снизу косвенно вверхъ , а во второмъ , производя такъ же полукружныя движенія иглою около ея оси , направляетъ остроконечіе иглы вверхъ и кзади въ полость верхней челюсти.

Если нужно провести чрезъ полость верхней челюсти нитку , то операторъ , вложивъ конецъ ея въ ушко трехгранной или плоской иглы , поступаетъ такъ , какъ сказано въ первомъ случаѣ ; потомъ , положивъ кусокъ пробки въ ротъ больного , близъ третьяго кореннаго зуба съ внутренней его стороны , направляетъ остроконечіе иглы внизъ и внутрь къ небному краю верхней челюсти , который просверливаетъ иглою надъ пробкою ; послѣ , помощію крючка , захватываетъ одинъ конецъ нитки около ушка иглы , см. Т. VI Ф. 11 , и извлекаетъ его изъ рта кнаружи , а иглу вынимаетъ изъ раны или полости верхней челюсти въ такомъ же направленіи , въ какомъ она была введена.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе , которое иногда бываетъ столь сильное и упорное , что требуетъ прикладыванія раскаленнаго желѣза къ поверхности кровоточащаго мѣста , операторъ перевязываетъ рану : въ первомъ случаѣ кладетъ корпейную связочку , омащенную деревяннымъ масломъ , въ сдѣланное отверстіе верхней челюсти ; во второмъ такую же связочку , но съ ниткою которою , привязываетъ ее къ зубу ближайшему къ ранѣ , дабы не могла выпасть изъ отверстія зубной ачейки ; въ послѣднемъ случаѣ , когда проведена заволока , то концы ея укрѣпляетъ снаружи къ щекамъ помощію ленточекъ липкаго пластыря. Больную половину лица операторъ слегка покрываетъ циркулярнымъ бинтомъ или сложеннымъ платкомъ такъ , чтобы онъ чрезъ больную щеку простирался на верхушку головы и позади здороваго уха къ подбородку , гдѣ концы его связываются узломъ и петлею. Послѣ операціи больной долженъ находиться въ такомъ положеніи , какое назначено въ предъидущей операціи.

38. Извлеченіе бѣльма. Extractio cataractæ. Т. VII.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Крючекъ, см. Т. VII. ф. 22, для поднятія верхняго вѣка, два бѣльмовыхъ ножа и прямая обоюдоострая игла, ложечка съ шпадникомъ и ножницы, глазной крючекъ и пинцетъ, ленточки липкаго или англійскаго пластыря, два не большихъ и тонкихъ компресса и циркулярный бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощника. При всѣхъ операціяхъ глазнаго яблока, больной долженъ сидѣть въ комнатѣ бокомъ къ окну, на стулѣ съ низкою спинкою или табуретѣ такой высоты, чтобы глаза больного находились на одномъ горизонтѣ съ подбородкомъ оператора; свѣтъ достаточно долженъ освѣщать больной глазъ и притомъ такъ, чтобы падалъ на него съ здоровой стороны и сверху косвенно чрезъ корень носа; глаза больной долженъ стараться удерживать открытыми и въ неподвижномъ положеніи такъ, будто бы они были пристально устремлены на одинъ предметъ, находящійся немного выше ихъ, или на ровной съ ними высотѣ. Помощникъ, стоя сзади больного, укрѣпляетъ его голову къ своей груди лѣвою рукою, положивъ ее подъ подбородокъ больного, а указательнымъ и средними перстами правой руки захватываетъ верхнее больное вѣко и, приподнявъ, прижимаетъ его съ рѣсницами къ верхнему краю глазной впадины такъ, чтобы концы перстовъ не касались глазнаго яблока. При операціи на лѣвомъ глазѣ положеніе рукъ помощника должно быть противное сказанному, т. е. правая рука его должна находиться подъ подбородкомъ больного, а лѣвая укрѣпляетъ верхнее больное вѣко. Если больной глазъ имѣетъ весьма глубокое положеніе, то для поднятія и укрѣпленія верхняго его вѣка употребляется крючекъ, которымъ вѣко прижимается къ верхнему краю глазной впадины, см. Т. IX. ф. 8. Нѣкоторые совѣтуютъ сдѣлать изъ верхняго вѣка складку и прижать ее къ краю глазной впадины и ко лбу.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ роговой оболочки; 2) разрѣзъ хрусталиковой сумочки; 3) извлеченіе бѣльма; 4) перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ, стоя или сидя предъ больнымъ, оттягиваетъ указательнымъ и среднимъ перстами нижнее вѣко больного глаза внизъ съ рѣсницами и прижимаетъ его къ нижнему краю глазной впадины, см. Т. VII. ф. 2. Упомянутые персты, которые можно еще обвернуть полотенцемъ или платкомъ, кромѣ укрѣпленія вѣка, препятствуютъ свободному движенію глаза, особенно внизъ. Потомъ, при операціи на правомъ глазѣ операторъ беретъ лѣвою, а на лѣвомъ правую рукою, какъ писчее перо, бѣльмовой ножъ, см. Т. VII. ф. 1. и, укрѣпивъ руку свою мизинцемъ и среднимъ пальцами на щекѣ, или скуловой кости больного, см. ф. 2, вкалываетъ остріе ножа въ прозрачную роговую оболочку, на разстояніи отъ наружнаго ея края около $\frac{1}{4}$ линіи и столько же выше горизонтальнаго ея діаметра.

При этомъ остроконечіе ножа подъ прямымъ угломъ съ поверхностію роговой оболочки онъ направляетъ въ переднюю камеру глаза внутрь и кзади, а рукоятку его кпереди. Когда ножъ проникнетъ чрезъ роговую оболочку въ переднюю камеру глаза, что узнается изъ блеска въ ней его кончика и меньшаго противудѣйствія; тогда рукоятку ножа наклоняетъ кзади или къ виску больного и нѣсколько внизъ, а остріе его постепенно проводитъ къ внутреннему краю роговой оболочки, или внутреннему углу глаза такъ, чтобы поверхности ножа были совершенно параллельны съ райкомъ. Потомъ прокалываетъ роговую оболочку снутри кнаружи на такое же разстояніе отъ ея края и діаметра, на какое сдѣланъ первый проколъ и, направляя рукоятку ножа болѣе къ виску и внизъ, дабы не ранить райка, внутреннего угла глаза и носа, оканчиваетъ разрѣзъ роговой оболочки, образуя такимъ образомъ полулунный лоскутъ, см. Т. VII. ф. 9. При окончаніи этаго разрѣза помощникъ удаляетъ персты свои отъ верхняго вѣка больного, кото-

рое, опускаясь, закрываетъ глазъ и препятствуетъ преждевременному выходу изъ него хрусталика, нерѣдко влекущаго съ собою и часть стекловидной влаги.

Равнымъ образомъ операторъ поступаетъ при разрѣзываніи верхней половины роговой оболочки, обративъ лезвие ножа кверху и совѣтуя больному устремить глаза нѣсколько внизъ, дабы верхній край этой оболочки былъ болѣе открытъ, см. Т. II. ф. 16.

Если въ первомъ или во второмъ случаѣ разрѣзъ роговой оболочки окажется очень малъ противъ величины бѣльма, то операторъ дѣлаетъ его длиннѣе, помощію кривыхъ ножницъ, которыхъ одно остроконечіе вводитъ въ переднюю камеру глаза и разрѣзываетъ роговую оболочку на большее или меньшее пространство въ наружномъ углу ея раны, см. Т. VII. ф. 15.

Второй моментъ. По прошествіи нѣсколькихъ минутъ помощникъ опять поднимаетъ верхнее больное вѣко такъ, что концы перстовъ его не касаются и не прижимаютъ глазнаго яблока; а операторъ, оттянувъ нижнее вѣко и вмѣстѣ прижавъ глазъ, беретъ, какъ писчее перо, бѣльмовую иглу и прикладываетъ ее къ нижнему краю разрѣза роговой оболочки почти горизонтально, такъ что плоскости иглы обращены одна кпереди, другая кзади, а шейка ея находится впереди середины разрѣза. Поднимая лоскутъ разрѣза шейкою иглы, вводитъ ее съ копьемъ въ переднюю камеру глаза, и послѣ наклоня рукоятку иглы нѣсколько къ носу больного, проникаетъ копьемъ иглы въ заднюю камеру глаза. Теперь операторъ, оборотивъ иглу около четверти ея оси такъ, чтобы остріе и остроконечіе копья были обращены къ передней половинѣ бѣльмовой сумочки, къ которой слегка прижимая иглу, производитъ ею легкія движенія въ различномъ направленіи: сверху внизъ, снаружи кнаружи и на оборотъ, см. Т. VII. ф. 6. с. Разрѣзавъ такимъ образомъ бѣльмовую сумочку, извлекаетъ иглу изъ глаза кнаружи въ такомъ направленіи, въ какомъ она была введена.

Третій моментъ. Если разрѣзъ роговой оболочки и отверстіе зѣницы соотвѣтствуютъ величинѣ потемнѣшаго хрусталика, неимѣющаго при томъ приращенія ни къ радужной оболочкѣ, ни къ стекловидному тѣлу; то бѣльмо, тотчасъ по извлеченіи иглы выходитъ, кнаружи отъ движенія глаза или сокращенія его мускуловъ. Выхожденію бѣльма операторъ иногда помогаетъ легкимъ давленіемъ нижней части глаза перстами, или осторожнымъ прижатіемъ верхней половины роговой оболочки ложечкою, см. Т. VII. ф. 13. При противныхъ обстоятельствахъ, онъ въ первомъ случаѣ расширяетъ разрѣзъ роговой оболочки помощію кривыхъ ножницъ, какъ выше сказано, во второмъ способствуетъ расширенію зѣницы отдохновеніемъ больнаго, закрытіемъ его глазъ, опущеніемъ шторъ въ комнатѣ, или даже разрѣзываетъ внизъ помощію ножницъ внутренней край суженной зѣницы. Если бѣльмо находится приросшимъ къ радужной оболочкѣ, то операторъ отдѣляетъ его иглою, которую вторично вводитъ въ больной глазъ, какъ выше упомянуто; а если къ стекловидному тѣлу, то извлекаетъ крючкомъ или пинцетомъ, см. Т. VII ф. 14. Когда, по удаленіи всѣхъ препятствій, бѣльмо выходитъ изъ задней камеры глаза весьма медленно, или остановилось въ зѣницѣ такъ, что одна поверхность его обращена внизъ, другая вверхъ, а одинъ край выстоитъ въ переднюю камеру глаза; тогда операторъ помогаетъ его выходу ложечкою, захватывая вогнутостію ея бѣльмо снизу и съ боку и извлекая его кнаружи, см. Т. VII. ф. 12. *a. b. c.* Равнымъ образомъ оставшіеся кусочки бѣльма извлекаетъ кнаружи ложечкою, вводя ее въ заднюю камеру глаза, какъ иглу, и дѣйствуя ею рычагообразно.

Четвертый моментъ. Удостоверившись въ совершенномъ извлеченіи бѣльма и его сумочки тѣмъ, что больнои, сидя спиною къ свѣту или окну, можетъ различать предметы и вещи не весьма блестящія, операторъ совѣтуетъ больному смотрѣть вверхъ, а самъ отвлекаетъ нижнее вѣ-

ко его внизъ и въ то же время заставляеть больнаго слегка закрыть глаза и смотрѣть внизъ ; такимъ образомъ лоскутъ роговой оболочки равнѣ прижимаетъ сначала верхнимъ, а потомъ нижнимъ вѣками. Послѣ , закрытыя вѣки операторъ укрѣпляетъ въ этомъ положеніи помощію ленточекъ липкаго или англійскаго пластыря , которыя приклеиваетъ ко лбу и чрезъ вѣки къ щекамъ больнаго , надъ пластырями кладетъ на глаза и лобъ небольшіе компрессы , которые укрѣпляетъ ходами одноглаваго бинта , обводя его вокругъ головы больнаго. Послѣ операціи больной не менѣе недѣли долженъ находиться въ темной и нѣсколько прохладной комнатѣ въ постели, на спинѣ и съ возвышенною головою.

39. Отклоненіе и низдавленіе бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку. Reclinatio et depressio cataractæ per scleroticam vel scleroticonixis. Т. VII. ф. 5. 6. 7. 8.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямая бѣльмовая игла Беера или кривая Скарпы , ленточки липкаго или англійскаго пластыря , небольшіе и тонкіе компрессы и одноглавый бинтъ.

Моменты операціи. 1) Проколъ черепаховой оболочки; 2) отклоненіе и низдавленіе хрусталика; 3) перевязываніе больнаго глаза.

Первый моментъ. Операторъ , взявъ бѣльмовую иглу и наблюдая все то , что сказано въ началѣ перваго момента предъидущей операціи , вкалываетъ ее въ непрозрачную роговую оболочку линіи на полторы отъ наружнаго края прозрачной и въ такомъ же разстояніи ниже горизонтальнаго и самаго большаго діаметра глазнаго яблока , см. Т. VII. ф. 5. 6. 7. 8.

При этомъ операторъ остроконечіе иглы направляетъ къ центру глаза , одну плоскую поверхность прямой или выпуклую кривой иглы обращаетъ кверху , а другую та-

ковую же поверхность первой, или вогнутую второй, книзу, дабы при проколѣ роговой оболочки не повредить рѣсничныхъ сосудовъ глаза, которые всегда идутъ горизонтально кпереди.

Второй моментъ. Проколовъ роговую оболочку, операторъ поворачиваетъ иглу около четверти ея оси такъ, чтобы выпуклость кривой, или одна поверхность прямой иглы, были обращены впередъ къ ягодичной оболочкѣ, а вогнутость первой, или другая поверхность второй, кзади и прилегалибы къ передней части хрусталика; потомъ проводитъ иглу въ задней камерѣ глаза между бѣльмомъ и ягодичною оболочкою до внутренняго и верхняго края хрусталика, наклоняя рукоятку иглы къ виску и нѣсколько внизъ. Сдѣлавъ такой оборотъ иглы, операторъ давитъ ею хрусталикъ сначала прямо назадъ, а послѣ косвенно-внизъ и кнаружи, наклоняя при этомъ рукоятку иглы кпереди, и потомъ рычагообразно вверхъ и внутрь къ корню носа. Такимъ образомъ хрусталикъ не только, удаляясь отъ зѣницы, погружается на дно глаза въ стекловидную влагу, между прямымъ и наружнымъ глазными мускулами, но и измѣняетъ свое положеніе такъ, что верхній край его обращается кзади, а нижній кпереди, передняя поверхность косвенно вверхъ и внутрь, а задняя, такъже косвенно, внизъ и кнаружи. Если при этомъ окажется сращеніе между сумочкою хрусталика и ягодичною плевою, то операторъ прежде раздѣляетъ его иглою, а потомъ производитъ отклоненіе и низдавленіе бѣльма, какъ выше сказано.

Когда бѣльмо опять поднимается вверхъ, то операторъ вторично погружаетъ его, еслиже и это окажется недостаточнымъ, то раздѣляетъ и раздробляетъ его на куски; равнымъ образомъ должно поступать и при низдавленіи жидкаго бѣльма.

Низдавивъ бѣльмо, операторъ удерживаетъ его нѣкоторое время иглою, которую потомъ, поворотивъ около четверти ея оси, возвращаетъ къ отверстію зѣницы, и, если

бѣльмо не поднимается вверхъ , то извлекаетъ иглу изъ глаза въ такомъ направленіи , въ какомъ она была введена.

Третій моментъ. Послѣ операціи , не дѣлая надъ зрѣніемъ больного глаза никакихъ опытовъ , перѣдко производящихъ восхожденіе хрусталика , операторъ закрываетъ вѣка больного и , укрѣпивъ ихъ ленточками липкаго или англійскаго пластыря , далѣе поступаетъ совершенно такъ , какъ сказано въ предъидущей операціи.

40. Разсѣченіе или раздробленіе бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку. Discissio vel dissectio cataractæ per scleroticam.

Операція эта во всемъ сходна съ предъидущею , исключая второй ея моментъ , который производится слѣдующимъ образомъ :

Операторъ прокалываетъ непрозрачную роговую оболочку и проводитъ остроконечіе иглы къ верхнему и внутреннему краю бѣльма въ такомъ направленіи , какъ выше сказано ; потомъ , не дѣлая поворота иглою , нижнимъ ея остріемъ производитъ различныя сѣченія и раздѣляетъ хрусталикъ съ его сумочкою на части ; при этомъ рукоятку иглы приподнимаетъ кверху , извлекаетъ иглу нѣсколько изъ глаза и опять вводитъ ее въ заднюю камеру глаза. Таковыми пріемами , повторенными нѣсколько разъ , большіе куски бѣльма пиздавливаются на дно глазнаго яблока , а меньшіе проводятся въ переднюю камеру глаза для скорѣйшаго всасыванія. Извлекая иглу изъ глаза должно поступать , какъ выше упомянуто , остерегаясь , чтобы не повредить радужной его оболочки.

41. Отклоненіе и низдавленіе бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку. Reclinatio et depressio cataractæ per corneam.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ, оттягиваетъ нижнее вѣко его внизъ, какъ выше сказано, потомъ, взявъ иглу, какъ писчее перо, и утвердивъ руку болѣе на передней поверхности скуловой кости больного, прокалываетъ иглою прозрачную роговую оболочку подъ прямымъ угломъ съ ея поверхностію и нѣсколько ниже ея центра. При этомъ вогнутость иглы должна быть обращена кверху, а выпуклость книзу. Послѣ, рукоятку иглы наклоняетъ внизъ и такимъ образомъ, приподнявъ остріе иглы въ передней глазной камерѣ, проводитъ его чрезъ зѣницу въ заднюю камеру къ верхнему краю бѣльма, на который кладетъ выпуклую поверхность иглы.

Второй моментъ. Проводя конецъ иглы нѣсколько далѣе въ задней камерѣ глаза, операторъ сначала отклоняетъ отъ зѣницы хрусталикъ поверхностію иглы, потомъ, приподнявъ рукоятку послѣдней, косвенно вверхъ и внутрь, опрокидываетъ его и давитъ внизъ и кнаружи на дно глаза, какъ сказано при низдавленіи бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку; въ этомъ положеніи нѣсколько секундъ удерживаетъ бѣльмо иглою, послѣ возвращаетъ ее къ зѣницѣ и, если бѣльмо не восходитъ къ прежнему мѣсту, то извлекаетъ иглу изъ глаза въ томъ же направленіи, въ какомъ она была введена.

Третій моментъ. Здѣсь должно наблюдать все то, что сказано въ описаніи третьяго момента при низдавленіи бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку.

42. Разсѣченіе или раздробленіе бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку. *Discissio vel dissectio cataractæ per corneam.*

Операція эта отличается отъ предъидущей производствомъ одного только втораго момента, а именно: операторъ, проведши иглу до верхняго края бѣльма, поворачиваетъ ее такъ, что одно остріе иглы обращено вверхъ, а другое внизъ къ бѣльму, которое вмѣстѣ съ его сумочкою раздѣляетъ или разрѣзываетъ сѣченіями иглы, идущими вдоль до нижняго края. При этомъ рукоятку иглы приподнимаетъ нѣсколько кверху, а самую иглу, какъ бы извлекаетъ изъ задней камеры глаза. Повторивъ нѣсколько разъ таковыя сѣченія бѣльма, извлекаетъ иглу въ переднюю камеру глаза, потомъ опять проводитъ ее къ хрусталику и дѣлаетъ такъ же продольные разрѣзы, косвенно пересѣкающіе первые. Разрѣзавъ такимъ образомъ сумочку бѣльма и раздробивъ самое бѣльмо, большіе и твердые кусочки его, рычагообразнымъ движеніемъ иглы, низдавляетъ на дно глазнаго яблока, а меньшіе и мягкіе вводитъ въ переднюю камеру глаза для всасыванія; потомъ иглу извлекаетъ изъ глаза, какъ выше сказано.

43. Разрѣзъ или расщеленіе радужной оболочки чрезъ непрозрачную роговую оболочку. *Coretomia s. incisio iridis per cleroticam.*

Т. VII. ф. 5. 6. 8.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Небольшой и узенькой ножичекъ, снабженный остроконечіемъ и тупымъ хребтомъ, перевязочныя вещи тѣже, какія упомянуты при другихъ вышеописанныхъ глазныхъ операціяхъ.

Моменты операціи. 1) Прокалываніе непрозрачной оболочки; 2) разрѣзываніе радужной оболочки; 3) перевязываніе больнаго глаза.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ, какъ писчее перо,

ножичекъ , котораго остріе лезвья должно быть обращено кзади , одна поверхность внизъ , а другая вверхъ , вкалываетъ его въ непрозрачную роговую оболочку больного глаза линіи на полторы отъ края прозрачной , см. Т. VII. ф. 5. 6. 8 , потомъ вводитъ остроконечіе ножичка въ заднюю камеру глаза.

Второй моментъ. Наклоняя кзади и къ виску больного рукоятку ножичка , операторъ прокалываетъ имъ сзади кпереди радужную оболочку на разстояніе одной линіи отъ рѣсничной связки и наружной ея стороны ; потомъ проводитъ ножъ болѣе въ переднюю камеру и къ внутреннему углу глаза и разрѣзываетъ такимъ образомъ поперечно раекъ , оканчивая разрѣзъ этотъ въ разстояніи около одной линіи отъ внутренняго края рѣсничной связки , см. Т. VII. ф. 19. Наконецъ , если сдѣлалъ достаточное отверстіе , и нѣтъ надобности повторить подобныя приемы , то , направляя лезвье ножичка кзади , извлекаетъ инструментъ этотъ изъ глаза кнаружи.

Третій моментъ производится какъ при другихъ глазныхъ операціяхъ.

44. Разрѣзъ радужной оболочки чрезъ прозрачную роговую оболочку. Coretomia s. incisio irdis per corneam. Т. VII. ф. 17.

Операція эта весьма во многомъ сходна съ операціею отклоненія и низдавленія бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку , а именно : операторъ , взявъ тонкую прямую бѣльмовую иглу , какъ писчее перо , прокалываетъ ею роговую оболочку , какъ сказано при упомянутой операціи , и проводитъ остроконечіе иглы въ переднюю камеру глаза къ радужной оболочкѣ , которую потомъ разрѣзываетъ крестообразно , см. Т. VII. ф. 17. При этомъ должно остерегаться , чтобы остроконечіе иглы не проводить далеко въ заднюю камеру глаза , въ противномъ случаѣ можно повредить сумочку хрусталика и самой хрусталикъ.

Треугольные концы разрѣзанной такимъ образомъ ра-

дужной оболочки, сокращаясь къ своимъ основаніямъ, образуютъ верхушками искусственный зрачекъ. Послѣ иглу должно извлечь изъ глаза и покрыть его, какъ выше сказано.

45. *Вырѣзываніе радужной оболочки. Corectomia vel iridectomy. T. VII. ф. 18.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Бѣльмовой или обоюдоострый ножъ, см. T. VII. ф. 1, крючекъ или глазной пинцетъ, малая кривая ножницы, губка, вода, лепточки липкаго пластыря, компрессы и бинтъ.

Моменты операци. 1) Разрѣзъ прозрачной роговой оболочки; 2) захватываніе и отрѣзываніе радужной оболочки; 3) перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ, помощію бѣльмоваго ножа, производитъ разрѣзъ прозрачной роговой оболочки, какъ сказано при операци извлеченія бѣльма. Разрѣзъ этотъ, если нѣтъ особеннаго препятствія, всегда должно дѣлать такъ, чтобы выпуклость его была обращена кнаружи и имѣла длины или окружности не болѣе 3 линій; чрезъ него вытекаетъ изъ задней камеры глаза водяная влага и происходитъ, въ большой или меньшей степени, выпаденіе райка, которое облегчаетъ слѣдующій моментъ. Впрочемъ оно не можетъ произойти, когда находится заднее или переднее повсемѣстное сращеніе радужной оболочки.

Второй моментъ. Помощникъ одною рукою оттягиваетъ нижнее вѣко внизъ, а другою опять поднимаетъ верхнее вѣко больного глаза вверхъ; операторъ, захвативъ и извлекая кнаружи крючкомъ, или пинцетомъ, кусокъ радужной оболочки, отрѣзываетъ его помощію ножницъ. Въ первомъ случаѣ, т. е. при употребленіи крючка, помощникъ слегка подавливаетъ глазное яблоко снизу, для большаго открытія раны, чрезъ которую потомъ операторъ вводитъ въ переднюю камеру глаза крючекъ такъ, что

остроконечіе его и выпуклость обращены въ стороны, одна плоскость впередъ, а другая назадъ; дошедши крючкомъ до зѣвничнаго края противоположной ранѣ стороны, поворачиваетъ нѣсколько около его оси такъ, чтобы кончикъ или остріе было обращено къ райку, и, зацѣпивъ такимъ образомъ раекъ, остерегаясь при этомъ повредить хрусталикъ, операторъ обратно поворачиваетъ крючекъ около его оси, и давъ ему первоначальное направленіе, извлекаетъ изъ глаза кнаружи, вмѣстѣ съ захваченнымъ райкомъ; потомъ, взявъ кривыя ножницы такъ, чтобы выпуклость ихъ была обращена къ глазу, отрѣзываетъ ими кусокъ райка, см. Т. VII ф. 18.

Во второмъ случаѣ операторъ вводитъ чрезъ рану роговой оболочки въ переднюю камеру глаза пинцетъ такъ, чтобы пластинки его были плотно между собою, сближены большимъ и указательнымъ перстами, потомъ, ослабивъ сжиманіе пластинокъ, захватываетъ ихъ концами раекъ въ томъ мѣстѣ, которое назначено въ первомъ случаѣ, при употребленіи крючка, и съ тою же осторожностію, чтобы не захватить весьма глубоко радужной оболочки. Далѣе поступаетъ такъ, какъ упомянуто при употребленіи крючка, стараясь въ обоихъ случаяхъ отрѣзать кусокъ райка весьма достаточный для искусственнаго зрячка, въ противномъ случаѣ малое отверстіе удобно можетъ зарости и операція не будетъ имѣть желаемого успѣха.

Третій моментъ. Здѣсь должно наблюдать все то, что сказано въ описаніи четвертаго момента операціи извлеченія бѣльма чрезъ прозрачную роговую оболочку.

46. *Отрѣзываніе куска радужной оболочки и извлеченіе бѣльма.* Iridectomy et extractio cataractæ. Т. VII. ф. 20.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же самой, какой описанъ при операціи извлеченія бѣльма.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ роговой и радужной оболочекъ больного глаза; 2) извлеченіе потемнѣвшаго хру-

сталика ; 3) отрѣзываніе куска радужной оболочки ; 4) перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ, какъ при операціи извлеченія бѣльма, вкалываетъ въ прозрачную роговую оболочку бѣльмовой ножъ на полъ-линіи отъ наружнаго ея края и проводитъ остроконеціе его чрезъ радужную оболочку въ заднюю камеру глаза ; потомъ, наклоняя рукоятку кзади и къ виску больного и направляя къ внутреннему углу глаза остріе ножа, прокалываетъ имъ раекъ сзади кпереди, вмѣстѣ съ прозрачною роговою оболочкою, въ такомъ же разстояніи отъ внутренняго края, какъ и отъ наружнаго, см. Т. VII. ф. 20 ; послѣ оканчиваетъ разрѣзъ, какъ при упомянутой операціи.

Второй моментъ. Потемнѣвшій хрусталикъ большею частію самъ, по окончаніи перваго момента, тотчасъ выходитъ изъ раны кнаружи, въ противномъ случаѣ, при извлеченіи его изъ глаза, операторъ поступаетъ такъ, какъ сказано въ описаніи третьяго момента операціи извлеченія бѣльма.

Третій моментъ. Помощникъ поднимаетъ верхнее вѣко больного глаза вверхъ, а нижнее оттягиваетъ внизъ ; операторъ, захвативъ помощію крючка или пинцета нижній край лоскута радужной оболочки, отрѣзываетъ его кривыми ножницами, какъ въ предъидущей операціи, см. Т. VIII. ф. 17.

Четвертый моментъ. Перевязываніе больного глаза послѣ операціи производится такъ, какъ выше сказано при другихъ глазныхъ операціяхъ.

47. Отдѣленіе райка отъ ресничной связки чрезъ проколъ непрозрачной роговой оболочки. Coredialysis per scleroticam. Т. VIII. ф. 20. 21.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кривая бѣльмовая игла и перевязочныя вещи тѣже, какъ при другихъ глазныхъ операціяхъ.

Моменты операции. 1) Проколъ непрозрачной роговой оболочки; 2) отдѣленіе райка отъ рѣсничной связки; 3) перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. При производствѣ этого момента операторъ поступаетъ такъ, какъ сказано въ описаніи первого момента операции низдавленія бѣльма чрезъ непрозрачную роговую оболочку.

Второй моментъ. Операторъ, наклоняя рукоятку иглы, какъ выше упомянуто, кзади и къ виску больного, проводитъ въ заднюю камеру глаза остроконечіе иглы, обращая вогнутость ея кпереди до наружнаго края райка, гдѣ нужно образовать искусственную зѣницу. Потомъ вкалываетъ иглу въ край райка и давитъ ее впередъ и внизъ до тѣхъ поръ, пока отдѣлится упомянутый край райка отъ рѣсничной связки и образуетъ достаточное отверстіе для зѣницы, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить прозрачную роговую оболочку, см. Т. VIII. ф. 20. 21. Послѣ, низдавивъ хрусталикъ на дно глаза, какъ сказано при этой операции, обыкновеннымъ образомъ извлекаетъ иглу изъ глаза кнаружи.

Третій моментъ. При производствѣ этого момента операторъ поступаетъ такъ, какъ послѣ другихъ глазныхъ операций.

48. *Отдѣленіе райка отъ рѣсничной связки чрезъ прозрачную роговую оболочку. Coreodialysis, vel iridodialysis per corneam.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Крючекъ, Т. VII. ф. 22, обоюдоострый или бѣльмовой ножъ, простой или двойной крючекъ, кривыя ножницы, грецкая губка, холодная вода, ленточки липкаго или англійскаго пластыря, компрессъ и одноглавый бинтъ.

Моменты операции. 1) Разрѣзъ прозрачной роговой оболочки; 2) отдѣленіе райка отъ рѣсничной связки; 3) перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. При производствѣ этого момента опе-

раторъ поступаетъ совершенно такъ , какъ сказано въ описаніи перваго момента операціи излеченія бѣльма , наблюдая при томъ во первыхъ , чтобы разрѣзъ роговой оболочки имѣлъ отъ $1\frac{1}{2}$ до $2\frac{1}{2}$ линій длины и былъ въ разстояніи 2 или 3 линій отъ того мѣста, прогивъ котораго нужно образовать искусственную зѣницу; во вторыхъ , чтобы для разрѣза всегда избирать прозрачную часть роговой оболочки , исключая весьма не многіе случаи , гдѣ онъ дѣлается въ потемнѣвшей ея части.

Второй моментъ. Операторъ, взявъ крючекъ, какъ писчее перо , простой или двойной , вводитъ конецъ его чрезъ рану прозрачной роговой оболочки въ переднюю камеру глаза до рѣсничнаго края. При этомъ остроконечіе крючка должно быть обращено внизъ , выпуклость или хребетъ вверхъ , одна плоскость впередъ , а другая кзади параллельно съ поверхностію радужной оболочки. Потомъ , проведши крючекъ до того мѣста , гдѣ долженъ быть искусственный зрачекъ , операторъ поворачиваетъ его на одну четверть круга около оси такъ , чтобы остроконечіе крючка, обращенное такимъ образомъ къ райку, могло проколоть край радужной оболочки. Послѣ , привлекая крючекъ впередъ и внизъ , отдѣляетъ имъ отъ рѣсничной связки край радужной оболочки и старается ущемить его между губами раны прозрачной роговой оболочки , дабы онъ приросъ здѣсь чрезъ выпотѣніе пластической лимфы , см. Т. IX. ф. 3. При этомъ остроконечіе крючка должно болѣе наклонять книзу, дабы не повредить имъ хрусталика. Если извлекаемая часть райка не остается и не ущемляется въ ранѣ прозрачной роговой оболочки , то ее нужно отрѣзать помощію кривыхъ ножницъ , см. Т. IX. ф. 2; въ противномъ случаѣ возвратившійся раекъ въ переднюю камеру глаза , можетъ затворить вновь сдѣланное отверстіе или зѣницу.

Третій моментъ. Больной глазъ должно перевязать такъ , какъ послѣ операціи извлеченія бѣльма.

49. Операция косоглазія. Operatio strabismi. Т. VII. Ф. 21.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Два крючка, для укрѣпленія въ неподвижномъ положеніи вѣкъ больного глаза; два острыхъ небольшихъ крючка, для захватыванія соединительной плевы и отведенія глазного яблока въ сторону; пинцетъ, маленькій скалпелль, тупой крючекъ, для захватыванія сухой жилы мускула; кривыя ножницы, кусокъ грецкой губки, компрессъ и одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, какъ при другихъ глазныхъ операціяхъ, долженъ сидѣть въ свѣтлой комнатѣ на стулѣ, или скамейкѣ, прямо противъ окна; одинъ помощникъ, стоя сзади больного, охватываетъ его подбородокъ лѣвою рукою и прижимаетъ ею голову больного къ своей груди, а правою рукою поднимаетъ помощію крючка, Ф. 21 а, верхнее вѣко больного глаза и прижимаетъ имъ къ верхнему краю глазной впадины; другой помощникъ, находясь съ лѣвой стороны больного, беретъ лѣвою рукою крючекъ а, и, захвативъ имъ близъ внутренняго угла нижнее вѣко, оттягиваетъ его внизъ, параллельно съ первымъ или верхнимъ крючкомъ, а правою рукою, посредствомъ остраго крючка b, отвлекаетъ и поворачиваетъ кнаружи глазное яблоко больной стороны (при операціи на лѣвомъ глазѣ, повороchenіемъ внутрь).

Помощію эаго крючка операторъ, предварительно захвативъ снизу вверхъ соединительную плеву близъ наружной и верхней стороны слезнаго мясика (caruncula lacrymalis), или линіи на три отъ прозрачной роговой оболочки къ внутреннему углу глаза и, наклонивъ рукоятку крючка горизонтально кнаружи, отдаетъ ее помощнику для удержанія въ сказанномъ положеніи.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ соединительной плевы больного глаза и обнаженіе сухой жилы мускула; 2) под-

веденіе тупаго крючка подъ сухую жилу мускула и перерѣзываніе ея.

Первый моментъ. Операторъ, стоя или сидя предъ больнымъ, захватываетъ помощію другаго остраго крючка, какъ выше сказано, соединительную плеву во внутреннемъ углу больнаго глаза, около перваго таковаго же крючка и близь самаго слезнаго мясика, почти параллельно съ большимъ и горизонтальнымъ діаметромъ глаза. Потомъ, наклоняя рукоятку крючка чрезъ корень носа къ здоровой сторонѣ больнаго, онъ оттягиваетъ въ эту сторону внутренней конецъ складки соединительной плевы и удерживаетъ въ такомъ положеніи крючекъ лѣвою рукою. Послѣ, правою рукою взявъ, какъ писчее перо, узкій скапелль и утвердивъ ее мизинцемъ на щекѣ больной стороны, разрѣзываетъ между упомянутыми крючками складку соединительной плевы сверху внизъ и спереди къзади. При этомъ внутренніе разрѣзы дѣлаетъ нѣсколько короче наружнаго и близь самой непрозрачной оболочки глаза, дабы не миновать мѣста прикрѣпленія мускула и не повредить слезнаго мясика. Произшедшее изъ раны кровотеченіе останавливаетъ помощникъ, или самъ операторъ, помощію маленькаго кусочка грецкой губки, который, смочивъ холодною водою и захвативъ узкимъ пинцетомъ, онъ осторожно вводитъ въ рану, не прижимая имъ другихъ частей глаза.

Второй моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ писчее перо, тупой крючекъ, вводитъ его почти горизонтально въ нижній уголъ раны, прямо спереди къзади такъ, чтобы кончикъ крючка былъ обращенъ вверхъ и нѣсколько къ главному яблоку, а рукоятка немного приподнята кверху. Потомъ, захвативъ крючкомъ снизу сухую жилу внутреннего прямого глазнаго мускула, наклоняетъ рукоятку крючка нѣсколько внизъ и, чрезъ корень носа больнаго, направляетъ ее внутрь и къ здоровой сторонѣ, параллельно острому крючку, которымъ помощникъ оттягиваетъ глазъ кънаружи, см. Т. IV. ф. 21. Послѣ, операторъ лѣвою рукою, вынувъ изъ раны острый крючекъ, беретъ рукоятку тупаго

крючка, и удерживаетъ въ сказанномъ направленіи; а правою рукою взявъ кривыя ножницы, перерѣзываетъ ими сухую жилу упомянутаго мускула, между крючкомъ и глазнымъ яблокомъ, какъ можно ближе къ послѣднему; въ противномъ случаѣ, оставшаяся часть сухой жилы мускула, при поворотѣ глаза кнаружи, будетъ выстоять впередъ и дѣлать безобразіе. Наконецъ, удостовѣрившись свободнымъ движеніемъ больного глаза во всѣ стороны, что мускулъ совершенно перерѣзанъ, операторъ извлекаетъ изъ раны оба крючка *b, c*, кнаружи и больной, опуская вѣки, закрываетъ глазъ.

Для предотвращенія воспалительныхъ припадковъ, операторъ покрываетъ больной глазъ компрессомъ, смоченнымъ холодною водою и, помощію одноглаваго бинта, укрѣпляетъ верхній край этаго компресса надъ больнымъ глазомъ ко лбу. Послѣ операціи до заживленія раны, больной долженъ слегка поворачивать глазъ, на которомъ сдѣлана операція, въ сторону противоположную ранѣ, дабы преждевременнымъ скорымъ и быстрымъ движеніемъ глаза не возбудить въ ранѣ соединительной его плевы сильнаго воспаления.

Подобнымъ образомъ должно поступать при производствѣ операцій другихъ видовъ косоглазія, поворачивая больной глазъ въ ту сторону, отъ которой онъ уклонился, и наблюдая все то, что сказано въ описанной операціи.

50. Операція выворота нижняго века чрезъ вырѣзываніе треугольнаго лоскута. Operatio ectropiæ per sectionem palpebræ inferioris triangularem. T. VIII. Ф. 12. 6. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Пинцетъ или крючекъ, прямыя ножницы, малой скампелль, куски гребной губки, холодная вода, кривыя иглы съ лигатурами, или карлебадскія и простыя нитки, компрессы и одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Какъ

при этой, такъ и при слѣдующихъ глазныхъ операціяхъ, больной долженъ сидѣть прямо противъ свѣта или окна, на стулѣ или скамейкѣ; одинъ помощникъ, стоя сзади больного, укрѣпляетъ его голову къ своей груди обѣими руками, плоско приложенными къ вискамъ больного, другой помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Вырѣзываніе треугольнаго лоскута изъ нижняго вѣка; 2) соединеніе губъ раны помощію кроваваго шва; 3) перевязываніе раны и больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ, приподнимаетъ и оттягиваетъ впередъ нижнее его вѣко пинцетомъ или крючкомъ, потомъ помощію ножницъ, или скалпелля, вырѣзываетъ изъ него треугольный лоскутъ, котораго бы основаніе было обращено вверхъ къ краю вѣка, а верхушка внизъ къ нижнему краю глазной впадины, см. Т. VIII. ф. 1. Длина и ширина этаго лоскута должны составлять излишекъ длины и ширины больного вѣка, въ сравненіи его съ здоровымъ, которое предварительно должно измѣрять помощію бумаги.

Второй моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, операторъ соединяетъ губы раны кровавымъ швомъ, помощію кривыхъ иглъ и плоскихъ лигатуръ, или карлсбадскихъ иглъ и простыхъ нитокъ, какъ сказано при сошвеніи верхней губы. Шовъ этотъ должно начинать отъ края вѣка сверху внизъ, см. Т. VIII. ф. 2. и наблюдать все то, что предписано въ упомянутой операціи.

Третій моментъ. Послѣ операціи должно положить надъ больнымъ глазомъ компрессъ и укрѣпить ее циркулярными ходами бишта вокругъ головы, а для предотвращенія воспалительныхъ припадковъ прикладывать къ ранѣ холодныя примочки; потомъ поступать такъ, какъ сказано при операціи сошвенія верхней губы.

51. Операция выворота нижняго вѣка чрезъ горизонтальный разрѣзъ. Operatio ectropii per sectionem palpebræ inferioris horizontalalem. Т. VIII. ф. 3. 4. 5.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Маленькой скапелль, пинцетъ, обоюдоострый по поверхности искривленный ножъ, губка съ холодною водою, крючекъ, карлсбадскія иглы, нитки, компрессъ и одноглавый бинтъ.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ нижняго вѣка и отдѣленіе соединительной плевы отъ хрящика; 2) извлеченіе соединительной плевы чрезъ наружный разрѣзъ и сошвеніе ея съ губами раны помощію кроваваго шва; 3) перевязываніе раны и больнаго глаза.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ, какъ писчее перо, скапелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы нижняго вѣка, параллельно съ рѣсничнымъ краемъ, въ разстояніи отъ него линіи на 2. Разрѣзъ этотъ долженъ имѣть двѣ трети длины глазной щели, или края верхняго вѣка, и проникать до мускула сжимающаго вѣки (musculus orbicularis palpebrarum), см. Т. VIII. ф. 3. Потомъ, захвативъ помощію пинцета верхнюю губу раны и производя глубокія сѣченія вдоль наружнаго разрѣза общихъ покрововъ, операторъ прорѣзываетъ вѣко обоюдоострымъ ножомъ, которымъ послѣ отдѣляетъ соединительную плеву отъ хрящика, см. Т. VIII. ф. 4.

Второй моментъ. Операторъ проводитъ крючекъ снизу вверхъ, чрезъ сдѣланный разрѣзъ, къ внутренней поверхности нижняго вѣка и, захвативъ имъ соединительную плеву этаго вѣка, извлекаетъ ее чрезъ рану внизъ и кнаружи. Потомъ, помощію карлсбадскихъ иглъ и простыхъ нитокъ, соединяетъ или сшиваетъ эту плеву вмѣстѣ съ губами наружной раны, какъ сказано при сошвеніи раздвоенной верхней губы, см. Т. VIII. ф. 5.

Третій моментъ. При производствѣ этаго момента должно

поступать такъ, какъ сказано въ описаніи третьяго момента предъидущей операціи.

52. Операція выворота верхняго вѣка чрезъ вырѣзываніе треугольнаго куска. Operatio ectropii per sectionem palpebræ superioris triangularem. Т. VIII. ф. 8. 9.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей и моменты операціи тѣже, какіе описаны при операціи выворота нижняго вѣка чрезъ вырѣзываніе треугольнаго лоскута. исключая перваго момента, который производится нѣсколько отлично, а именно:

Операторъ, наблюдая все то, что сказано при упомянутой операціи, вырѣзываетъ кусокъ общихъ покрововъ изъ верхняго вѣка въ видѣ треугольника, котораго основаніе составлялъ бы край вѣка, а верхушка была обращена вверхъ и простиралась бы чрезъ бровь, см. Т. VIII. ф. 9; потомъ помощію скапелля осторожно отдѣляетъ отъ кости, не обнажая ее, оба края перерѣзаннаго вѣка до самой брови и, дабы еще болѣе уменьшить напряженіе губъ раны при соединеніи ихъ кровавымъ швомъ, то дѣлаетъ горизонтальный разрѣзъ въ наружномъ углу глаза, *b — e*; послѣ, окончивъ эту операцію подобно какъ предъидущую, онъ налагаетъ на губы раны шовъ снизу вверхъ.

53. Операція выворота верхняго вѣка чрезъ горизонтальный разрѣзъ. Operatio ectropii per sectionem palpebræ superioris horizontalem. Т. VIII. ф. 11. 12.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ самой, какой описанъ при операціи выворота нижняго вѣка чрезъ горизонтальный разрѣзъ.

Моменты операціи. 1) Вырѣзываніе овальнаго и четырехугольнаго лоскутовъ изъ верхняго вѣка; 2) отдѣленіе этаго вѣка отъ верхняго края глазной впадины и надбровной дуги; 3) соединеніе губъ раны.

Первый моментъ. Операторъ, захвативъ пинцетомъ или крючкомъ горизонтально средину верхняго вѣка, вырѣзываетъ изъ него, помощію скалпелля, лоскутъ двумя овальными сѣченіями, которыя должны проникать чрезъ всю толщину вѣка и быть параллельны съ его краемъ и бровною дугою, см. Т. VIII. ф. 11. а, в. Потомъ пальцами лѣвой руки или пинцетомъ отвлекаетъ край верхняго вѣка отъ глаза и, противъ сдѣланнаго въ немъ разрѣза или отверстія, подводитъ одинъ конецъ прямыхъ или кривыхъ ножницъ подъ заднюю поверхность этаго вѣка и двумя сѣченіями вырѣзываетъ изъ него четырехугольный кусокъ с. При этомъ должно наблюдать все то, что сказано при образованіи треугольнаго лоскута изъ нижняго вѣка.

Второй моментъ. Операторъ, пальцами лѣвой руки напрягая верхнюю бровь больнаго, а правою рукою взявъ скалпелль, какъ писчее перо, разрѣзываетъ общіе покровы во всю длину этой брови и выше ея линіи на полторы; потомъ отдѣляетъ верхнее вѣко съ бровью отъ подлежащихъ имъ частей, съ которыми находится крѣпкое сращеніе, дабы сдѣлать вѣко и бровь удобоподвижными, см. Т. VIII. ф. 11. d. e. При этомъ должно остерегаться, чтобы не отдѣлить надкостной плевы и не повредить кость.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны, частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, операторъ, сначала обыкновеннымъ образомъ помощію кривыхъ иглъ и плоскихъ лигатуръ, соединяетъ узловатымъ швомъ губы поперечнаго разрѣза края вѣка, потомъ горизонтальнаго, см. Т. VIII. ф. 12, наблюдая при этомъ все то, что упомянуто при операціи сошвенія верхней губы.

Четвертый моментъ. Положивъ корпейную связочку, омашенную деревяннымъ масломъ, на сдѣланнѣй горизонтальный разрѣзъ надъ бровью, операторъ укрѣпляетъ ее ленточками липкаго пластыря, потомъ покрываетъ компрессомъ, какъ послѣ другихъ глазныхъ операцій.

54. Операция заворота рѣсницъ. Operatio trichiasis et distichiasis.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Роговая пластинка, нѣсколько выпуклая и имѣющая на широкомъ краю поперечный жолобъ; пинцетъ, не большой скалпелль, ножницы, куски грецкой губки, холодная и теплая вода, компрессъ и бинтъ.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ верхняго вѣка; 2) вырѣзываніе рѣсничныхъ луковицъ; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ подводитъ подъ больное вѣко пластинку такъ, чтобы вогнутость широкаго ея конца была обращена къ главному яблоку, а жолобокъ къ внутренней поверхности вѣка и соотвѣтствовалъ бы тому мѣсту, гдѣ долженъ быть наружный разрѣзъ. При этомъ большимъ и указательнымъ перстами правой руки, захвативъ край вѣка, отвлекаетъ его впередъ, а лѣвою рукою, держа узкой конецъ пластинки, подводитъ ее подъ вѣко и отдаетъ помощнику удерживать эту пластинку въ неподвижномъ положеніи, см. Т. VIII. ф. 13. с. Потомъ, операторъ, взявъ правою рукою скалпелль, горизонтально разрѣзываетъ имъ общіе покровы вѣка, въ разстояніи линіи на полторы отъ его края, надъ жолобкомъ пластинки и такой длины, какую занимаютъ завороченныя рѣсницы е. Разрѣзъ этотъ долженъ проникать чрезъ общіе покровы и мускулъ окружающій вѣко (*musculus orbicularis palpebrarum*) до хряща.

Второй моментъ. Помощникъ удерживаетъ роговую пластинку въ прежнемъ положеніи и отвлекаетъ ею верхнее вѣко отъ больнаго глаза, а операторъ, взявъ лѣвою рукою пинцетъ *a*, и захвативъ край вѣка, отрѣзываетъ его съ рѣсничными луковицами помощію скалпелля *b*, или ножницъ; послѣ извлекаетъ онъ или помощникъ пластинку кнаружи. При этомъ должно стараться, чтобы не повре-

дять слезныя точки во внутреннемъ углу глаза (*puncta lacrimalia*) и соединительную плеву вѣка и чтобы вырѣзать все луковичы завороченныхъ рѣсницъ.

Третій моментъ. Остановивъ кровотечение частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, операторъ покрываетъ больной глазъ компрессомъ, какъ выше сказано.

55. *Операція заворота вѣкъ. Operatio entropiæ. Т. VIII. Ф. 14.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямые или по краю искривленные ножницы, широкія щипцы, куски грецкой губки съ холодною водою, не большія кривыя иглы, тонкія плоскія лигатуры, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и одноглавый биить.

Моменты операціи. 1) Разрѣзываніе края больного вѣка; 2) разрѣзъ внутренней поверхности завороченнаго вѣка; 3) вырѣзываніе лоскута изъ общихъ покрововъ вѣка; 4) сошвеніе губъ раны, перевязываніе ея и больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ, захвативъ край больного вѣка пальцами лѣвой руки, отвлекаетъ его отъ глазнаго яблока и выворачиваетъ нѣсколько кнаружи, а правою рукою взявъ кривыя ножницы, подводитъ туоконечную пластинку ихъ подъ вѣко, обращая наружную поверхность ея къ главному яблоку; потомъ, поворотивъ ножницы на одну четверть круга около ихъ оси, такъ чтобы вѣко находилось между остріями ножницъ, перерѣзываетъ ими перпендикулярно край вѣка въ наружномъ и внутреннемъ углахъ глаза. Разрѣзъ этотъ долженъ имѣть отъ 4 до 6 линий длины и простираться чрезъ покровы, мышечныя волокны, хрящикъ и соединительную плеву; при этомъ нужно стараться, чтобы не повредить слезныя точки или канальцы во внутреннемъ углу глаза.

Второй моментъ. Операторъ тѣми же пальцами лѣвой руки выворачиваетъ перерѣзанное вѣко кнаружи, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, горизон-

тально разрѣзываетъ имъ въ бороздкѣ или впадинѣ внутренней поверхности вѣка соединительную плеву и хрящикъ, въ разстояніи отъ края вѣка линіи на двѣ и параллельно съ нимъ. При этомъ должно беречься, чтобы не весьма глубоко разрѣзать упомянутыя части, въ противномъ случаѣ край вѣка можетъ помертвѣть и отвалиться. Разрѣзъ этотъ способствуетъ удобнѣйшему вывороту завороченнаго края вѣка.

Третій моментъ. Взявъ лѣвою рукою широкія щипцы, операторъ горизонтально захватываетъ ими общіе покровы больнаго вѣка и, приподнявъ ихъ въ складку, отрѣзываетъ помощію ножницъ, см. Т. VIII. ф. 14. а. b, лоскутъ, простирающійся отъ одного верхняго конца перпендикулярнаго разрѣза края вѣка до другаго таково же конца. Образую складку должно смотрѣть, чтобы при открытіи глазѣ, рѣсницы и край завороченнаго вѣка приняли естественное свое положеніе и чтобы больной могъ свободно смыкать вѣко. По этому весь излишекъ общихъ покрововъ больнаго вѣка должно отрѣзать въ видѣ эллиптическаго лоскута, имѣющаго на срединѣ большую ширину и соответствующаго формѣ вѣка.

Четвертый моментъ. Остановивъ кровотеченіе помощію губки съ холодною водою, операторъ сшиваетъ губы раны, какъ при операціи раздвоенной верхней губы, прокалывая сначала кривою иглою нижнюю губу раны, а потомъ верхнюю и извлекая иглу пинцетомъ, или большимъ и указательнымъ перстами, см. Т. VIII. ф. 15. Концы лигатуръ, числомъ отъ 3 до 4, узловатаго шва (*sutura nodosa*), натягиваетъ и укрѣпляетъ ниже раны ленточкою липкаго пластыря, см. Т. VIII. ф. 16, если операція сдѣлана на нижнемъ вѣкѣ и на оборотъ, если она произведена на верхнемъ. Послѣ, операторъ, покрывъ больной глазъ компрессомъ, далѣе поступаетъ, какъ сказано при операціи сшивенія верхней губы.

Если заворотъ вѣка находится въ малой степени, безъ органическаго разстройства соединительной плевы и хря-

щика, сверхъ того край больного вѣка имѣть натуральную длину : то въ этомъ случаѣ операція должна состоять изъ двухъ только послѣднихъ моментовъ, а описанные первые два излишни.

56. *Вскрытіе слезнаго мѣшка. Paracentesis vel sectio sacci lacrymalis. T. XI. Ф. 5.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямой узкой и остроконечный бистурей, маленькій сифончикъ, см. Т. IX. Ф. 16, съ прямою трубкою 15, или съ длинною кривою 14, зонды различной толщины серебряные, стальные, изъ китовыхъ усовъ или кишечныхъ струнъ приготовленные, тонкій жолобоватый зондъ, гречкая губка, холодная вода, тонкіе бурдонеты, мѣлкая корпія, деревянное масло, небольшой кусокъ англійскаго или липкаго пластыря.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на низкомъ стулѣ, или скамейкѣ, какъ при описанныхъ глазныхъ операціяхъ ; одинъ помощникъ, стоя сзади больного, одною рукою укрѣпляетъ его голову къ своей груди, а другою напрягаетъ кнаружи спайку вѣкъ (*commissura palpebrarum*) больного глаза, дабы сухожиліе мускула, окружающаго вѣко, сдѣлалось явственнѣе надъ слезнымъ мѣшкомъ ; другой помощникъ помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Вскрытіе слезнаго мѣшечка; 2) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, положивъ лѣвый указательный перстъ свой во внутренній уголъ глаза больного, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, бистурей, ставитъ остроконечіе его подъ сухожиліе мускула смыкающаго вѣко, какъ можно далѣе отъ соединенія слезныхъ канальцевъ и перпендикулярно къ общимъ покровамъ слезнаго мѣшечка, см. Т. IX. Ф. 5. При этомъ хребетъ бистурей долженъ быть обращенъ къ корню носа больного, одна

плоскость или поверхность бистурея слегка касаться верхняго края глазной впадины, а лезвее должно быть направлено вниз къ пространству, находящемуся между крыломъ носа и глазнымъ зубомъ. Потомъ операторъ вкалываетъ остроконечіе бистурея чрезъ переднюю стѣнку слезнаго мѣшка косвенно, нѣсколько внизъ и кзади въ его полость; послѣ, проводя бистурей глубже, наклоняетъ рукоятку его внизъ и распространяетъ отверстіе отъ 3 до 4 линій.

Если передняя стѣнка слезнаго мѣшечка находится изъязвленной или имѣетъ свищъ, то операторъ, не прокалывая ее бистуреемъ, вводитъ въ полость мѣшка чрезъ его отверстіе тонкой серебряный зондъ, по которомъ разрѣзываетъ помощію бистурея общіе покровы и переднюю стѣнку мѣшка внизъ и, если нужно, вверхъ.

Второй моментъ. По вскрытіи слезнаго мѣшечка вытекаетъ изъ него вмѣстѣ съ кровью матерія которую операторъ выдавливаетъ кнаружи помощію перстовъ или прикладыванія къ ранѣ куска грецкой губки; потомъ маленькимъ сифономъ съ прямою или кривою трубкою вприскиваетъ теплую воду въ полость слезнаго мѣшечка. Остановивъ кровотеченіе, онъ вводитъ въ рану омащенный деревяннымъ масломъ тонкій бурдонетъ, котораго наружный конецъ послѣ укрѣпляетъ около раны помощію липкаго или англійскаго пластыря.

57. *Расширеніе и возстановленіе носоваго прохода. Dilatio et restitutio ductus nasalis. T. XI. ф. 10.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго аппарата въ предыдущей операціи, необходимы: золотыя или серебряныя трубочки различной величины, см. Т. IX. ф. 12. 13, съ крючкомъ 11, который въ нихъ вкладывается стальной крючекъ или разширитель, на концѣ раздвоенный и снабженный кольцомъ 17.

Положеніе больного и обязанности помощника тѣже, какъ въ предъидущей операціи.

Моменты операціи. 1) Вскрытіе слезнаго мѣшечка; 2) введеніе въ носовой каналъ трубочки; 3) перевязываніе раны.

Первый моментъ. При производствѣ этого момента должно поступать такъ, какъ сказано въ описаніи перваго момента предъидущей операціи.

Второй моментъ. Операторъ, поставивъ рукоятку бистурея параллельно съ носомъ больного, см. Т. IX. ф. 10, а лѣвою рукою возьметъ крючекъ съ трубочкою такъ, чтобы большой перстъ находился на выгнутой сторонѣ крючка, а прочіе съ противоположной стороны, вводитъ помощію крючка трубочку по бистурею въ носовой проходъ; потомъ извлекаетъ бистурей изъ раны кнаружи, а трубочку, по направленію носоваго прохода, медленно вдавливаютъ въ его полость до тѣхъ поръ, пока кольцевидный конецъ ея дойдетъ до входа носоваго канала, въ которомъ она остается на всю жизнь больного, а крючекъ вынимается. Если такимъ образомъ отверстіе носоваго прохода не можетъ быть восстановлено, то предварительно должно ввести серебрянный зондъ въ носовой каналъ, по зонду вложить трубочку, какъ выше сказано, а зондъ извлечь кнаружи.

Третій моментъ. Рану операторъ перевязываетъ, какъ послѣ предъидущей операціи.

58. Спѣзываніе крыловидной кожицы глазъ. Operatio pterygii.
Т. IX. ф. 18. 19.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Малой глазной пинцетъ или крючекъ, кривыя ножницы или скалпелль, грецкая губка, вода, сифончикъ, компрессъ и одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на обыкновенномъ стулѣ, или ска-

мейкѣ , обративъ лице свое къ свѣту и поворотивъ глазъ на здоровую сторону; помощникъ , стоя съ больной стороны его , одною рукою приподнимаетъ верхнее , а другою нижнее вѣко больного глаза и удерживаетъ ихъ въ неподвижномъ положеніи.

Моменты операціи. 1) Срѣзываніе крыловидной кожицы; 2) остановленіе кровотечения и перевязываніе больного глаза.

Первый моментъ. Операторъ , взявъ лѣвою рукою глазной пинцетъ , захватываетъ имъ основаніе крыловидной кожицы во внутреннемъ углу глаза , а правою рукою , помощію кривыхъ ножницъ , срѣзываетъ упомянутую кожицу , поднимая ее пинцетомъ. При этомъ онъ старается осторожно отдѣлить ножницами или скалпеллемъ , все болѣзненное отъ черепаховой и роговой оболочекъ глаза , не повреждая ихъ.

Второй моментъ. Остановивъ кровотеченіе частымъ прикладываніемъ къ больному глазу куска грецкой губки съ холодною водою или впрыскиваніемъ въ него воды помощію сифона , операторъ перевязываетъ больной глазъ , какъ послѣ вышеописанныхъ глазныхъ операцій , покрывъ его компрессомъ.

59. *Образованіе искусственныхъ верхнихъ вѣкъ.* Blepharoplastice. Т. X. Ф. 5. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Небольшіе скалпелли, пинцетъ и ножницы, глазныя иглы съ тонкими и плоскими лигатурами , или карлсбадскія иглы съ простыми нитками, куски грецкой губки , холодная и теплая вода, деревянное масло, корпейныя связочки, компрессы и одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной , сомкнувъ вѣки , какъ спящій , долженъ сидѣть на стулѣ противъ свѣта или окна ; одинъ помощникъ , стоя сзади больного, укрѣпляетъ его голову къ своей груди обѣ-

ими руками , плоско приложенными къ верхней части висковъ больного ; другой удерживаетъ верхнія конечности больного , а третій помогаетъ оператору .

Моменты операціи. 1) Окроавленіе или срѣзываніе краевъ больного вѣка ; 2) вырѣзываніе лоскута изъ общихъ покрововъ виска для искусственнаго вѣка ; 3) соединеніе лоскута съ ранюю вѣка помощію кроваваго шва ; 4) перевязываніе раны .

Первый моментъ. Операторъ , стоя спереди больного и напрягая верхнее его вѣко пальцами лѣвой руки своей , а правою рукою взявъ , какъ писчее перо , скалпелль , разрѣзываетъ имъ двумя полукруглыми сѣченіями общіе покровы по обѣимъ сторонамъ рубца больного вѣка такъ , чтобы нижній разрѣзъ былъ параллельнымъ хрящичу вѣка и находился въ нѣкоторомъ отъ него разстояніи , а верхній бровной дугѣ , см. Т. Х. ф. d. Разрѣзъ этотъ долженъ проникать чрезъ клѣтчатую плеву и волокны мускула , окружающаго вѣко до соединительной оболочки вѣкъ и совершенно окружать рубецъ , составляющій безобразіе и причину выворота вѣка ; послѣ , операторъ помощію скалпелля осторожно отдѣляетъ этотъ лоскутъ или рубецъ , захватывая его пинцетомъ и стараясь не повредить соединительной плевы . Если операція предпринимается въ слѣдствіе недостатка вѣка , то оставшіеся его края операторъ обрѣзываетъ или окровавливаетъ по всему ихъ продолженію , шириною отъ половины до одной линіи , наблюдая при этомъ все то , что сказано при операціи сошвенія неба и верхней губы .

Второй моментъ. Сообразуясь съ величиною раны , или предварительно измѣривъ ее помощію куска бумаги или липкаго пластыря , операторъ вырѣзываетъ на вискѣ больной стороны или наружномъ углу глазной впадины лоскутъ изъ общихъ покрововъ , нѣсколько большей величины , нежели обширность раны , см. Т. Х. ф. 5. a. При этомъ онъ напрягаетъ общіе покровы пальцами лѣвой руки , а правою взявъ скалпелль , разрѣзываетъ имъ покровы ,

сначала сверху вниз и нѣсколько впередъ до верхней губы раны вѣка *e*; потомъ дѣлаетъ другой разрѣзъ также сверху внизъ и кзади къ верхушкѣ уха *c*. Разрѣзы эти должны простираться чрезъ кожу и клѣтчатую плеву до сухожильнаго влагалища височнаго мускула и надчерепной плевы. Послѣ, операторъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки или пинцетомъ захватываетъ верхній уголъ лоскута *a* общихъ покрововъ и отдѣляетъ ихъ помощію скапелля сверху внизъ, остерегаясь при этомъ чтобы не повредить влагалища височнаго мускула и надчерепной плевы *b*. Если нужно образовать среднюю часть вѣка или край близъ внутренняго угла глаза; то должно вырѣзать лоскутъ изъ общихъ покрововъ надъ верхнимъ краемъ глазной впадины.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куса гречкой губки съ холодною водою, операторъ натягиваетъ или поворачиваетъ впередъ отдѣленный лоскутъ и кладетъ его на рану вѣка такъ, чтобы верхній уголъ его *a* былъ обращенъ къ внутреннему краю вѣка, а передній край *e* внизъ къ хрястику вѣка, а задній *c* вверхъ къ брови или верхнему краю глазной впадины. Потомъ, помощію кривыхъ иглъ и тонкихъ плоскихъ лигатуръ, операторъ сшиваетъ края этого лоскута съ губами раны вѣка узловатымъ швомъ, довольно частымъ, см. Т. X. Ф. 6, наблюдая при этомъ все то, что сказано при сошвеніи верхней губы.

Четвертый моментъ. Губы раны *b*, *d*, оставшейся на вискѣ послѣ вырѣзыванія лоскута *h*, операторъ соединяетъ или по-крайней-мѣрѣ сколько можно стягиваетъ длинными ленточками липкаго пластыря; потомъ сверху пластырей кладетъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ и компрессъ, который покрываетъ вмѣстѣ и больной глазъ; наконецъ одностороннимъ бинтомъ, обводя его вокругъ головы, укрѣпляетъ корпейную связочку и компрессъ. Послѣ рану должно лѣчить чрезъ слипчиво-гнойное воспаление (*per granulationem*), или наращеніе мяс-

ныхъ сосочковъ , которые по временамъ нужно прижигать адскимъ камнемъ для скорѣйшаго образованія кожицы. При снятіи или разрѣзываніи лигатуръ должно наблюдать все то , что сказано въ описаніи операціи сошвенія неба и верхней губы.

60. *Образованіе искусственныхъ нижнихъ вѣкъ.* Т. X. ф. 7. 8.
9. 10.

Операція эта отличается отъ предъидущей вторымъ моментомъ , который производится слѣдующимъ образомъ : операторъ , напрягая пальцами лѣвой руки общіе покровы щеки больной стороны , а правую взявъ скалпелль , разрѣзываетъ имъ кожу и клѣтчатую плеву отъ нижней губы раны прямо внизъ , или , соображаясь съ формою раны вѣка , нѣсколько косвенно по щекѣ больного , см. Т. X. ф. 7. а; потомъ другой разрѣзъ отъ задней части скуловаго отростка внизъ и впередъ с , къ окончанію перваго разрѣза , который долженъ имѣть длину верхней губы раны вѣка d. Остановивъ кровотеченіе , помощію губки съ холодною водою , поворачиваетъ лоскутъ и кладетъ на рану такъ , чтобы передній край его соединился съ верхнею губою раны , нижній уголъ съ внутреннимъ ея угломъ , а задній съ нижнею губою раны ; далѣе операторъ поступаетъ какъ сказано въ предъидущей операціи.

Если остатокъ соединительной плевы можетъ служить основаніемъ для верхняго края лоскута искусственнаго вѣка нижняго ; то сначала операторъ дѣлаетъ разрѣзъ общихъ покрововъ въ видѣ треугольника , основаніемъ обращеннаго вверхъ , см. Т. X. ф. 10 , и осторожно отдѣляетъ ихъ помощію скалпелля. Потомъ , отъ наружнаго угла глаза горизонтально къ скуловому отростку , онъ разрѣзываетъ общіе покровы , а. b. , на такое пространство , чтобы длина перваго разрѣза нѣсколько превосходила основаніе упомянутаго треугольника ; послѣ , отъ окончанія этаго разрѣза b , дѣлаетъ другой , который простирается бы сверху внизъ

и сзади впередъ, параллельно съ наружною стороною треугольника и былъ бы равной ея длины. Наконецъ, отдѣливъ сверху внизъ лоскутъ, подвигаетъ его впередъ къ носу и, положивъ на обнаженный отъ общихъ покрововъ треугольникъ, соединяетъ помощію узловатаго шва или карлсбадскихъ иглъ и простыхъ нитокъ, передній край лоскута съ переднимъ краемъ треугольника, а верхній съ остаткомъ соединительной плевы, которую предварительно отдѣляетъ скалпеллемъ, см. Т. X. ф. 9. а. b.

Подобнымъ образомъ можно сдѣлать искусственное верхнее вѣко, производя упомянутые разрѣзы общихъ покрововъ чрезъ бровь больного глаза кверху и далѣе поступая такъ, какъ выше сказано.

61. Образованіе искусственнаго носа изъ кожи лба. Rhinoplastice, (methodus indica). Т. X. ф. 1. 2. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Небольшіе скалпелли съ выпуклыми лезвиями, пинцетъ, ножницы, искривленные по поверхности, кривыя иглы съ тонкими и плоскими шелковыми лигатурами, или иглы карлсбадскія съ бумажными нитками, кусокъ холста, намазанный липкимъ пластыремъ, или толстая писчая, или картонная бумага, двѣ эластическихъ трубочки, или перышка, обвернутыхъ корпіею, деревянное масло, куски грецкой губки, холодная вода, мѣлкая корпія, корпейная связочка, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и односторонній бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже самыя, какъ и при образованіи искусственнаго верхняго вѣка.

Моменты операціи. 1) Срѣзываніе или окровавленіе краевъ остатка носа; 2) вырѣзываніе лоскута изъ общихъ покрововъ лба для искусственнаго носа; 3) сошвеніе губъ раны лба между собою и лоскута съ окровавленными краями остатка носа; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя спереди больного и напругая кзади сначала одну щеку пальцами лѣвой руки, а правою взявъ, какъ пишчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы съ наружной стороны остатка носа; потомъ подобнымъ образомъ съ внутренней, см. Т. II. ф. 2. Въ обоихъ случаяхъ онъ дѣлаетъ разрѣзы довольно глубокіе и соединяетъ ихъ вверху и внизу поперечнымъ сѣченіемъ рубца; послѣ, сдѣлавъ подобныя сѣченія на другой сторонѣ носа и взявъ лѣвою рукою пинцетъ, захватываетъ имъ сверху край или рубецъ остатка носа и отрѣзываетъ его по всему продолженію скалпеллемъ, котораго лезвее должно быть обращено внизъ. Наконецъ, пальцами лѣвой руки взявъ нижнюю губу больного и оттянувъ ее впередъ и внизъ, операторъ разрѣзываетъ подъ поздрями горизонтально, длиною около одного дюйма, до самой верхней челюсти и отдѣляетъ ее съ уздочкою и внутреннею перепонкою рта отъ зубнаго края челюсти.

Второй моментъ. Положивъ на лобъ больного кусокъ, приготовленный изъ холста, намазаннаго липкимъ пластыремъ, или толстой бумаги, имѣющей сердцеобразную, или будущаго искусственнаго носа форму, см. Т. X. ф. 11, операторъ разрѣзываетъ скалпеллемъ общіе покровы лба до надчерепной плевры, близъ самыхъ краевъ упомянутаго сердцеобразнаго куска, который долженъ имѣть величину нѣсколько большую, нежели искусственный носъ. Разрѣзы покрововъ начинается сверху отъ квадратной части куска а, назначенной для преграды носа, и проводитъ по обѣимъ сторонамъ внизъ, къ остроконечію этаго куска и къ надпереносью до корня носа. Здѣсь, сближая разрѣзы между собою линій на 5 или на 6, одинъ изъ нихъ оканчивается на одной сторонѣ корня носа, а другой проводитъ внизъ и соединяетъ съ верхнимъ угломъ или краемъ срѣзаннаго рубца остатка носа. Потомъ операторъ, снявъ сердцеобразный кусокъ со лба больного, захватываетъ пинцетомъ или пальцами лѣвой руки край разрѣзанныхъ общихъ покрововъ и отдѣляетъ ихъ помощію скалпелля сверху внизъ, отъ сухо-

жильнаго растяженія и надчерепной плевы до корня носа, см. Т. X. ф. 1. *a. b. c.*, гдѣ съ одной стороны немного подрѣзываетъ ихъ отъ хребта носа, со стороны длиннаго разрѣза.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, операторъ, вырѣзанный изъ общихъ покрововъ лба лоскутъ, опускаетъ внизъ такъ, чтобы онъ, не перемѣняя своихъ поверхностей, былъ повероченъ около своей оси на корнѣ носа. Верхній край его *a*, см. Т. X. ф. 1, онъ обращаетъ къ разрѣзу верхней губы, правый *b* къ лѣвому окровавленному краю остатка носа, а лѣвый *c* къ таковому же правому краю носа. Потомъ оба края лоскута сверху внизъ ровно и плотно сшиваетъ съ окровавленными краями остатка носа узловатымъ швомъ довольно частымъ, налагаемымъ помощію кривыхъ иглъ и плоскихъ лигатуръ (*sutura nodosa*), см. Т. X. ф. 4., или помощію карлсбадскихъ иглъ и бумажныхъ нитокъ въ видѣ осмиобразнаго шва (*sutura circumflexa s. octoidea*). При этомъ, какъ въ первомъ такъ и во второмъ случаѣ, иглы сначала проводятъ чрезъ край остатка носа, потомъ чрезъ лоскутъ, наблюдая все то, что было сказано при сошвеніи верхней губы. (Грефе налагаетъ шовъ помощію особенныхъ палочекъ, см. Т. X. ф. 1.) Послѣ операторъ, сложивъ конецъ лоскута *a*, вдвое заднею его поверхностію, и соединивъ края его узловатымъ швомъ, поворачиваетъ назадъ къ верхней челюсти и вкладываетъ въ горизонтальный разрѣзъ верхней губы, гдѣ сшиваетъ его, помощію узловатаго шва, съ преградою носа и краями этаго разрѣза, проводя кривыми иглами плоскія лигатуры чрезъ носовую преграду и верхнюю губу.

Наконецъ операторъ, губы раны общихъ покрововъ лба соединяетъ отъ угловъ *a. b. c.* къ срединѣ, осмиобразнымъ швомъ, помощію карлсбадскихъ иглъ, и сверхъ того стягиваетъ кожу лба ленточками липкаго пластыря. Иногда, дабы уменьшить напряженіе общихъ покрововъ и лучше

соединить края разрывовъ, нѣсколько отдѣляетъ губы раны отъ надчерепной плевы и даже производитъ на вискахъ косвенные разрывы, или параллельные съ губами раны.

Четвертый моментъ. Покрывъ тонкимъ компрессомъ всѣ швы раны, должно прикладывать къ ней холодныя примочки для предупрежденія воспаления, и въ ноздри вложить двѣ трубочки эластическія, смазанныя деревяннымъ масломъ или два перышка, обвернутыя корпѣю. Послѣ операціи больной долженъ лежать въ постели на спинѣ съ возвышенною головою, пока пройдетъ воспаление раны. Смотри потому, гдѣ уже произошло сращеніе губъ раны, на третій или четвертый день, нужно разрѣзывать шовъ и извлекать лигатуры или иглы. Когда рана на лбу зажила и лоскутъ общихъ покрововъ совершенно приросъ, тогда завораченные покровы на корнѣ носа, составляющіе безобразіе, должно вырѣзать двумя полулунными сѣченіями помощію скапелля и губы раны соединить узловатымъ или осми-образнымъ швомъ (*sutura nodosa vel circumflexa*).

62. *Образованіе искусственнаго носа изъ общихъ покрововъ верхняго плеча. Rhinoplastice. (Methodus italica). Т. X. Ф. 3.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ вычисленнаго въ предъидущей операціи, должно имѣть рукавъ и шапку для укрѣпленія къ головѣ больного верхней его конечности, изъ которой образуется искусственный носъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ, верхняя конечность его, изъ которой вырѣзывается лоскутъ для носа, находится выпрямленною и отъ туловища отведенною впередъ подъ прямымъ угломъ; одинъ помощникъ укрѣпляетъ голову больного, другой поддерживаетъ его плечо, обыкновенно лѣвое, въ упомянутомъ положеніи, а третій помогаетъ оператору.

Моменты этой операціи тѣже самыя, какъ и предыдущей, отъ которой отличается вторымъ, нѣскольکو третьимъ и четвертымъ моментами.

Второй моментъ. Операторъ, лѣвою рукою обхвативъ съ задней стороны верхнее плечо больного, какъ сказано при перевязываніи плечевой артеріи, напрягаетъ общіе покровы, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы плеча сверху внизъ, съ внутренняго и наружнаго края двуглаваго мускула. Разрѣзы эти онъ начинаетъ почти отъ одной точки на верхней части плеча, или, соединивъ ихъ здѣсь поперечнымъ сѣченіемъ, проводитъ внизъ длиною до 6 дюймовъ, постепенно удаляя одинъ отъ другаго такъ, чтобы образуемый ими лоскутъ общихъ покрововъ имѣлъ на срединѣ и болѣе книзу ширину до четырехъ дюймовъ, потомъ опять нѣсколько сближаетъ ихъ между собою. Такимъ образомъ лоскутъ будетъ имѣть форму нѣсколько подобную продолговатому треугольнику съ тупою верхушкою и основаніемъ внизъ обращенному, или форму изображеннаго куска бумаги, см. Т. Х. ф. 11, также внизъ обращеннаго. Потомъ операторъ, какъ въ предыдущей операціи, отдѣляетъ сверху внизъ лоскутъ общихъ покрововъ плеча съ клѣтчатою плевою, остерегаясь, чтобы не повредить верхнихъ плечевыхъ венъ. Мѣсто на верхнемъ плечѣ, назначенное для образованія искусственнаго носа, должно тереть за нѣсколько дней до операціи ароматнымъ спиртомъ, дабы доставить болѣе жизненности общимъ покровамъ, съ которыхъ предъ самою операціею нужно сбрить волосы.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны прикладываніемъ къ ней куска гречкой губки съ холодною водою, или наложеніемъ лигатуръ на кровоточащіе сосуды помощію Бромфильдова крючка, операторъ поднимаетъ верхнюю конечность больного, на которой вырѣзанъ лоскутъ для носа изъ общихъ покрововъ и укрѣпляетъ ее къ головѣ больного, помощію особенной повязки, какъ изображено на Т. Х. ф. 3. (Повязку эту, по крайней мѣрѣ въ

теченіи недѣли до операціи больной долженъ надѣвать на себя и спать съ нею, укрѣпивъ верхнюю свою конечность къ шапкѣ). Потомъ, верхнюю часть лоскута ровно приложивъ къ окровавленнымъ краямъ остатка носа, операторъ налагаетъ осмиобразный или узловатый шовъ (*satura circumflexa vel nodosa*), какъ сказано въ предъидущей операціи, начиная отъ корня носа. При этомъ, дабы лоскутъ обшихъ покрововъ не лишился питанія, то нижнюю часть его оставляетъ еще не отдѣленною отъ нижней части плеча до тѣхъ поръ, пока не воспослѣдуетъ приращеніе лоскута къ остатку носа, т. е. въ теченіи 6 или 10 дней. Послѣ операторъ, снявъ шовъ, перерѣзываетъ основаніе или нижнюю часть лоскута и образуетъ изъ нее преграду носа, какъ описано въ предъидущей операціи.

Четвертый моментъ. Положивъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, на рану плеча, должно крестообразно укрѣпить ее ленточками липкаго пластыря и послѣ лѣчить рану чрезъ нагноеніе и образованіе мясныхъ сосочковъ (*per granulationem*), какъ сказано въ описаніи операціи образованія искусственныхъ вѣкъ.

БЗ. Образованіе искусственной нижней губы послѣ вырѣзыванія рака. Cheiloplastice. Т. XI. Ф. 4. 5. 6. 7. 10. 11.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скальпель, пинцетъ, Бромфильдовъ крючекъ съ тонкими круглыми лигатурами, кривыя иглы съ плоскими шелковыми лигатурами, или иглы карлсбадскія и бумажныя нитки, куски грецкой губки съ холодною водою, корпейная связочка, деревянное масло, одна широкая и длинная ленточка липкаго пластыря, или нѣсколько узкихъ и короткихъ, компрессы и повязка называемая прящемъ нижней челюсти (*funda maxillæ inferioris*).

Моменты операціи. 1) Вырѣзываніе рака; 2) образованіе одного или двухъ лоскутовъ для искусственной нижней

губы; 3) сошвеніе краевъ лоскута съ боковыми краями оставшейся губы; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и захвативъ нижнюю его губу большимъ, указательнымъ и среднимъ перстами лѣвой руки своей, оттягиваетъ ее впередъ и внизъ, а правою рукою взявъ скалпелль, или бистурей, разрѣзываетъ имъ нижнюю губу отъ одного угла рта, см. Т. XI ф. 4. а., сверху внизъ до подбородка; потомъ такимъ же образомъ онъ дѣлаетъ разрѣзъ отъ другого угла рта и отдѣляетъ отъ челюсти всю нижнюю губу. Оба разрѣза должны проникать чрезъ всю толщину нижней губы, съ которою операторъ старается вырѣзать всѣ мягкія части, пораженныя ракомъ, не повреждая надкостную плеву нижней челюсти. Произшедшее при этомъ кровотеченіе изъ раны помощникъ останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою и прижатіемъ губъ раны пальцами. Иногда кровоточащіе сосуды операторъ скручиваетъ посредствомъ пинцета, или перевязываетъ лигатурами помощію Бромфильдова крючка.

Второй моментъ. Образование искусственной губы дѣлается троякимъ образомъ, а именно: а) или чрезъ сдвигнутіе губъ раны, см. Т. XI. ф. 4. 5; б) или чрезъ поднятіе этихъ губъ кверху, ф. 10. 11; в) или, наконецъ, чрезъ наложеніе на рану лоскута, вырѣзаннаго изъ общихъ покрововъ шеи, ф. 6. 7.

а) Въ первомъ случаѣ, операторъ, пальцами лѣвой руки напрягая щеку больного, горизонтально разрѣзываетъ помощію скалпелля, общіе ея покровы отъ угла рта, сначала на одной, а потомъ на другой сторонѣ, см. Т. XI. ф. 4. а. б. Каждый разрѣзъ долженъ имѣть длину, равную половинѣ ширины верхней части раны нижней губы и проникать до мускула окружающаго ротъ (*musculus orbicularis oris*). Послѣ, отъ заднихъ концовъ сдѣланныхъ горизонтальныхъ разрѣзовъ б. б, операторъ разрѣзываетъ общіе покровы щеки внизъ и нѣсколько впередъ подъ под-

бородокъ , остерегаясь повредить надкостную плеву нижней челюсти. Наконецъ оба лоскута : *a-b*, *a-b*, захватывая пинцетомъ , отдѣляетъ помощію скальпелля сверху внизъ , до основанія нижней челюсти , не повреждая внутренней перепонки рта или щекъ и мускула окружающаго ротъ.

б) Во второмъ случаѣ , операторъ дѣлаетъ помощію скальпелля два боковыхъ разрѣза отъ середины губъ раны въ стороны и внизъ , къ краю или основанію нижней челюсти, по которомъ нѣсколько проводитъ ихъ кзади. Потомъ всѣ края разрѣзовъ и губы раны , захватывая пинцетомъ , отдѣляетъ ихъ въ стороны помощію скальпелля , остерегаясь при этомъ , чтобы не повредить надкостной плевы нижней челюсти. Произшедшее изъ раны кровотеченіе должно остановить, какъ выше упомянуто.

с) Въ третьемъ случаѣ , операторъ поворотивъ голову больного назадъ и приподнявъ подбородокъ его кверху , разрѣзываетъ общіе покровы сначала на одной сторонѣ шеи и съ боку дыхательнаго горла ; потомъ подобнымъ образомъ дѣлаетъ разрѣзъ на другой сторонѣ также внизъ съ боку гортани больного, соединяя оба разрѣза на нижней части шеи , см. Т. XI. ф. 6 , и дѣлая такимъ образомъ треугольникъ , основаніемъ вверхъ обращенный. Послѣ онъ отдѣляетъ лоскутъ общихъ покрововъ съ клѣтчатою плевою , помощію скальпелля снизу кверху , не повреждая при этомъ поверхностной шейной перепонки (*fascia colli superficialis*) и наружныхъ шейныхъ венъ.

Третій моментъ. Въ первомъ случаѣ , см. Т. XI. ф. 5, сдвинувъ боковые лоскуты такъ , чтобы передніе края ихъ на срединѣ подбородка плотно и ровно сходились между собою , операторъ соединяетъ ихъ кровавымъ швомъ , помощію карлсбадскихъ иглъ и бумажныхъ нитокъ. При этомъ , наблюдая все то , что было сказано при сошвеніи верхней губы , онъ налагаетъ шовъ сверху внизъ , дабы край нижней губы , совершенно былъ ровень ; потомъ ; наружные углы лоскутовъ , *a. a* , укрѣпляетъ съ верхнею гу-

бою въ углахъ рта, также помощію кроваваго шва узловатаго, или осмиобразнаго (*sutura nodosa vel circumflexa*).

Во второмъ случаѣ, см. Т. XI. ф. 10, отдѣленные отъ мягкихъ частей боковые лоскуты, операторъ поднимаетъ кверху такъ, что передніе ихъ края дѣлаются верхними и составляютъ край нижней губы, а края нижніе, произшедшіе отъ боковыхъ разрѣзовъ, обращаются впередъ. Соединивъ эти края, *a. a*, сверху внизъ помощію кроваваго шва, какъ выше сказано, подобнымъ образомъ онъ сшиваетъ губы нижней части раны до подбородка, *b. b*; потомъ налагаетъ шовъ на верхніе края наружныхъ разрѣзовъ, сдѣланныхъ по краю нижней челюсти, и на края нижніе боковыхъ разрѣзовъ, проведенныхъ отъ губъ раны къ сторонамъ подбородка.

Въ третьемъ случаѣ, ф. 7, лоскутъ, вырѣзанный изъ общихъ покрововъ шеи больного, операторъ поднимаетъ кверху и поворачиваетъ такъ, что правой край его дѣлается лѣвымъ, а лѣвый правымъ, не перемѣняя своихъ поверхностей, какъ сказано при образованіи искусственнаго носа изъ кожи лба. Потомъ, нижнимъ концемъ этого лоскута ровно покрывъ рану, произшедшую послѣ вырѣзыванія рака, онъ плотно сшиваетъ, какъ выше описано, края лоскута съ губами раны помощію узловатаго шва; послѣ, подобнымъ образомъ соединяетъ губы раны, оставшейся на шеи больного послѣ отдѣленія упомянутаго лоскута.

Четвертый моментъ. Наклонивъ голову больного впередъ и подбородокъ его къ груди, операторъ кладетъ на рану небольшую корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ и, укрѣпивъ ее ленточками липкаго пластыря, покрываетъ сверху мѣлкою корпѳіею, или тонкимъ компрессомъ, и обыкновеннымъ образомъ накладываетъ четырехъугольную повязку нижней челюсти (*funda maxillæ inferioris*). Далѣе, во всѣхъ трехъ случаяхъ, должно поступать такъ, какъ сказано при образованіи искусственнаго носа изъ кожи лба.

64. *Образованіе искусственной верхней губы.* Т. XI. ф. 8. 9.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же, какой описанъ при образованіи нижней губы, исключая упомянутой повязки, вмѣсто которой потребна другая, называемая пращемъ верхней губы (*funda labii superioris*).

Моменты операціи. 1) Вырѣзываніе боковой части верхней губы ; 2) образованіе лоскута изъ общихъ покрововъ щеки ; 3) сошвеніе лоскута съ ранюю губы и наложеніе кроваваго шва на рану щеки ; 4) перевязываніе больной губы.

Первый моментъ. Операторъ , ставъ предъ больнымъ и захвативъ верхнюю его губу пальцами лѣвой руки , а правою взявъ скапелль , вырѣзываетъ имъ боковую часть губы сверху внизъ или наоборотъ , въ видѣ треугольника, основаніемъ обращеннаго къ нижней губѣ , а верхушкою вверхъ , см. Т. XI. ф. 8. а. При этомъ наблюдаетъ всѣ тѣ предосторожности , которыя упомянуты въ первомъ моментѣ предъидущей операціи , т. е. чтобы , не повреждая десенъ и надкостной плевы верхней челюсти , вырѣзать всѣ мягкія части органически разстроенныя, или безобразный рубецъ верхней губы , произшедшій въ слѣдствіе потери боковой ея части или угла.

Второй моментъ. Напрягая пальцами лѣвой руки щеку больного , операторъ проводитъ на ней два разрѣза общихъ покрововъ : одинъ , начиная отъ верхняго угла раны внизъ и кзади, см. ф. 8. а. b , а другой почти горизонтальный, прямо кзади с. d. Оба разрѣза должны имѣть длину, равную краямъ раны верхней губы, и постепенно удаляться одинъ отъ другаго такъ , чтобы разстояніе между концами ихъ, b. c, соотвѣтствовало ширинѣ нижней части раны верхней губы или основанію ея треугольника. Потомъ эти концы разрѣзовъ , b. c , соединивъ поперечнымъ сѣченіемъ , операторъ захватываетъ края разрѣзовъ пинце-

томъ и отдѣляетъ ихъ помощію скалпелля сзади кпереди, къ верхушкѣ треугольника раны *d*, наблюдая при этомъ все то, что сказано въ первомъ случаѣ при образованіи искусственной нижней губы. Отдѣливъ такимъ образомъ лоскутъ общихъ покрововъ щеки, поворачиваетъ его около четверти оси или его основанія, такъ чтобы нижній край *a. b*, этаго лоскута сдѣлался переднимъ, а верхній *c. d*, заднимъ или боковымъ, основаніе же *b. c*. соотвѣтствовало нижней части раны верхней губы и составляло бы ея край.

Третій моментъ. Остановивъ обыкновеннымъ образомъ кровоточеніе, операторъ сшиваетъ края лоскута съ губами раны верхней губы частымъ узловатымъ швомъ, или помощію карлсбадскихъ иглъ, какъ изображено на Т. XI. Ф. 9, начиная снизу вверхъ и наблюдая здѣсь все то, что сказано при сошвеніи раздвоенной верхней губы. Потомъ, отъ поперечнаго сѣченія раны щеки *b. c*. проводитъ кзади и нѣсколько внизъ два разрѣза *b. e*, и *c. c*, вырѣзываетъ скалпеллемъ небольшой треугольный лоскутъ общихъ покрововъ, чрезъ что вся рана щеки получаетъ овальную форму. Послѣ, губы этой раны соединяетъ такъ же, какъ въ первомъ случаѣ, узловатымъ швомъ, или помощію карлсбадскихъ иглъ, Ф. 9.

Четвертый моментъ. Покрывъ всѣ швы раны и щеки корпейною связочкою, омащенною деревяннымъ масломъ и укрѣпивъ ее ленточками липкаго пластыря, операторъ обыкновеннымъ образомъ налагаетъ четырехъугольную повязку верхней губы (*funda labii superioris*). Или упомянутые швы покрываетъ компрессомъ, намоченнымъ свинцовою или холодною водою, для предупрежденія воспаленія, и далѣе поступаетъ такъ, какъ сказано при операціи раздвоенной верхней губы.

65. Вырываніе или извлеченіе зубовъ. Evulsio s. extractio dentium T. XI. Ф. 1. 2.

Аппаратъ инструментовъ и кровоостанавливающихъ средствъ. Скарификаторъ для отдѣленія десенъ, зубныя щипцы прямыя, или кривыя, англійскій зубной ключъ, пирамидальный подъемецъ, или козья ножка, Ф. 12, холодная вода, уксуcъ, Теденова вода для ранъ, мѣлая корпія или трутъ (*agaricus chirurgorum*), стягивающій порошокъ, иногда раскаленное желѣзо тонкое, подъ прямымъ угломъ искривленное и снабженное трубочкою.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже самыя, какія описаны при операціи сошвенія неба.

Моменты операціи. 1) Отдѣленіе десны отъ испорченнаго зуба; 2) захватываніе и вырываніе зуба; 3) остановленіе кровотеченія.

Первый моментъ. Операторъ, стоя спереди больного отвлекаетъ кнаружи его губу или щеку указательнымъ перстомъ лѣвой руки, а правою взявъ, какъ писчее перо, скарификаторъ, отдѣляетъ имъ десну вокругъ отъ больного зуба, или съ наружной и внутренней его стороны, до зубнаго края челюсти. Совершенное отдѣленіе десны дѣлаетъ удобнѣйшимъ извлеченіе больного зуба и способствуетъ скорѣйшему заживленію раны, поелику разрѣзы мягкихъ частей скорѣе и удобнѣе заживаетъ, нежели ихъ разрывъ, который необходимо долженъ быть при извлеченіи зуба, когда десны не будутъ отъ него отдѣлены помощію скарификатора.

Второй моментъ. Смотра по мѣстоположенію и состоянію испорченнаго зуба, операторъ употребляетъ для извлеченія его различные инструменты, а именно:

а) При извлеченіи переднихъ зубовъ изъ нижней челюсти онъ отвлекаетъ нижнюю губу больного внизъ указательнымъ перстомъ лѣвой руки, которой большой перстъ кладетъ на зубъ смѣжный испорченному, а остальные помѣ-

щаетъ подъ подбородокъ, см. Т. XI. Ф. 1. Потомъ правою рукою взявъ кривыя щипцы, какъ изображено на упомянутой фигурѣ, захватываетъ ими больной зубъ сверху, прикладывая концы щипцовъ къ передней и внутренней поверхности обнаженной отъ десны его шейки, проводя ихъ какъ можно глубже до зубнаго края нижней челюсти, дабы, при поворотѣ щипцами, не могъ сломаться зубной вѣнчикъ. Послѣ, сжавъ щипцы довольно крѣпко, производить ими легкія боковыя движенія въ стороны, дабы испорченный зубъ нѣсколько поворотить вокругъ его оси; наконецъ, наклоняя щипцы внутрь или кзади, и кнаружи или впередъ вообще болѣе къ испорченной сторонѣ зуба, и приподнимая ихъ кверху, извлекаетъ такимъ образомъ зубъ изъ его ячейки. При этомъ не должно весьма сильно сжимать щипцы и поворачивать ихъ на здоровую сторону, дабы въ первомъ случаѣ не раздавить, а во второмъ не сломить вырываемый зубъ. При извлеченіи переднихъ зубовъ изъ верхней челюсти лучше употреблять прямыя щипцы, дѣйствуя ими совершенно такъ, какъ кривыми, и отвлекая верхнюю губу больного кверху.

б) При извлеченіи коренныхъ зубовъ помощью англійскаго или зубнаго ключа, операторъ беретъ его рукоятку правою рукою, какъ изображено на Т. XI. Ф. 2, если долженъ вырвать зубъ изъ правой стороны верхней, или лѣвой нижней челюсти, а лѣвою рукою, если изъ правой стороны нижней, или лѣвой верхней челюсти. Потомъ, обернувъ конецъ или бородку ключа, вводитъ ее въ ротъ больного по наружной сторонѣ зубовъ и указательнымъ перстомъ другой руки прикладываетъ конецъ крючка къ внутренней поверхности больного зуба, стараясь захватить его какъ можно глубже и ближе къ краю челюсти. При этомъ величина крючка должна соотвѣтствовать діаметру вырываемого зуба и на внутренней сторонѣ его кончика находиться глубокія бороздки или зубчики. Захвативъ крючкомъ зубъ, операторъ довольно скоро поворачиваетъ ключъ около его оси до тѣхъ поръ, пока испорченный зубъ вы-

дѣтъ изъ своей ячейки силою рычагообразнаго движенія ключа, которой, при извлеченіи зуба изъ нижней челюсти, онъ поворачиваетъ кнаружи и внизъ, а при вырываніи изъ верхней, кнаружи и вверхъ. Въ томъ случаѣ, когда испорченный зубъ значительно наклоненъ внутрь или на внутренней его поверхности находится глубокая и обширная костоѣда, зубной ключъ или бородку его должно прикладывать къ внутренней сторонѣ челюсти и производить имъ повороты внутрь, противнымъ образомъ, нежели въ первомъ случаѣ. Если упомянутымъ дѣйствіемъ ключа зубъ не совершенно отдѣлится отъ десны и выдетъ изъ своей ячейки, то операторъ извлекаетъ его кнаружи пальцами или помощію кривыхъ щипцовъ, которыя такъ же употребляетъ для вырыванія коренныхъ зубовъ, удобно шатающихся въ стороны.

с) Для извлеченія зубныхъ корней употребляется подъемецъ или козья ножка, см. Т. XI. Ф. 12, которой рукоятку операторъ взявъ полною правою рукою такъ, чтобы указательный палецъ этой руки находился вдоль и близъ конца инструмента, вводитъ самый инструментъ въ ротъ больного и ставитъ раздвоенной его конецъ къ шейкѣ или верхушкѣ остатка зуба, какъ можно глубже въ ячейку. Потомъ, для защищенія мягкихъ частей въ полости рта и для лучшаго укрѣпленія кончика козьей ножки, положивъ лѣвый указательный перстъ на внутреннюю и верхнюю часть зуба, рычагообразнымъ движеніемъ инструмента онъ поднимаетъ и извлекаетъ зубной корень кнаружи. При этомъ, ближайшій зубъ къ вырываемому корню или, за недостаткомъ перваго, кусокъ пробки, положенный на край челюсти, долженъ служить подпорою для инструмента.

Третій моментъ. Послѣ извлеченія зуба или его корня, операторъ вводитъ въ ротъ больного указательной и большой персты лѣвой руки своей и сжимаетъ ими края челюсти, дабы уменьшить рану десны и отверстіе оставшейся зубной ячейки; потомъ совѣтуетъ больному выполаскивать ротъ холодною водою или разведеннымъ ею уксусомъ, или

Теденовою водою отъ ранъ, и плотно заpirать кончикомъ языка ячеюку вырваннаго зуба или его корня. При весьма сильномъ и упорномъ кровотеченіи изъ ячеюки, операторъ выполняетъ ее небольшими шариками, сдѣланными изъ мѣлкой корпѣи или трута, обсыпавъ ихъ кровоостанавливающимъ порошкомъ, приготовленнымъ изъ стягивающихъ или склеивающихъ средствъ, и совѣтуетъ больному сильно сжать челюсти, дабы болѣе придавить упомянутые шарики. Если всѣ способы къ остановленію кровотеченія окажутся неэффективными, то, вложивъ въ ячеюку послѣ вырваннаго зуба конецъ короткой и снабженной рукояткою трубочки, проводитъ чрезъ нее тонкое раскаленное желѣзо или толстую проволоку къ самому дну ячеюки или тому мѣсту, изъ котораго происходитъ кровотеченіе, и плотно прижимаетъ до тѣхъ поръ, пока кровь перестанетъ течь; потомъ извлекаетъ кнаружи трубку вмѣстѣ съ желѣзомъ изъ полости рта больного.

66. Впрыскиваніе жидкости или введеніе кишечной струны въ Евстафіеву трубу. См. Т. XI. Ф. 3.

Аппаратъ инструментовъ. Тонкая серебряная трубочка, на концѣ немного искривленная и имѣющая отъ 4 до 5 дюймовъ длины, не большой сифончикъ, тонкая и длинная кишечная струна, деревянное масло.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какъ при операциіи сошвенія верхней губы.

Моменты операциіи. 1) Проведеніе серебряной трубочки чрезъ полость носа въ отверстіе Евстафіевой трубы; 2) впрыскиваніе жидкости, вдунаніе воздуха или введеніе кишечной струны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и положивъ ладонь или пальцы лѣвой своей руки на его лобъ, поднимаетъ большимъ перстомъ этой же руки кончикъ носа больного кверху, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, серебряную трубочку, смазанную масломъ, и обративъ

загнутый конецъ ея внизъ и къ больному, вводить горизонтально въ его ноздрю больной стороны, см. ф. 3 — 14, до задняго отверстія носа; потомъ поворачиваетъ трубочку около четверти ея оси такъ, чтобы загнутый конецъ былъ направленъ къ наружной сторонѣ носовой полости, по которой, проводя далѣе, вводить въ отверстіе Евстафіевой трубы, 20. Это узнается изъ того, что трубочка неподвижно останавливается на одномъ мѣстѣ и невозможно поверотить ее вокругъ оси, сверхъ того больной чувствуетъ щекотаніе внутри уха.

Второй моментъ. Взявъ наружный конецъ трубочки лѣвою рукою, а правою сифончикъ, наполненный теплотою водою или слизистою жидкостію, и вложивъ кончикъ его въ наружное отверстіе трубочки, операторъ медленно производитъ чрезъ нее впрыскиваніе въ Евстафіеву трубу. Вмѣсто впрыскиванія жидкости помощію сифона, операторъ иногда беретъ въ ротъ наружный конецъ трубки, въ которую вдвухаетъ воздухъ до тѣхъ поръ, пока больной почувствуетъ шумъ въ ухѣ. Для разширенія стуженія Евстафіевой трубы, должно вводить въ нее тонкую кишечную струну, омащенную деревяннымъ масломъ, и вложенную въ серебряную трубочку, и оставлять на большее или меньшее время, руководствуясь чувствительностію больного и остерегаясь, чтобы не произвестъ сильнаго раздраженія Евстафіевой трубы; равнымъ образомъ при введеніи струны не должно употреблять большой силы и стараться провести весьма глубоко, особенно когда больной чувствуетъ боль.

67. *Вскрытіе гортани. Laryngotomia. Т. XII. ф. 2.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скалпелль, или прямой остроконечный бистурей, два тупыхъ крючка, жолобоватый зондъ, бистурей съ пуговкою, или кривыя ножницы, бронхотомъ или плоской и короткой троакаръ, см. Т. XII. ф. 11, пипетъ, корнцангъ или кривыя полипныя щипцы, Бромфильдовъ крючекъ съ тонки-

ми лигатурами, куски грецкой губки съ холодною водою, небольшой кусокъ флёра, ленточки липкаго пластыря, компрессъ, корпейная связочка, деревянное масло, бинтъ и повязка наклоняющая голову впередъ или Келлерова шапка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія описаны при операціи перевязыванія общей сонной артеріи.

Моменты операцій. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ шеи; 2) прокалываніе или вскрытіе гортани; 3) извлеченіе инороднаго тѣла изъ полости гортани; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ правой стороны больного, напрягаетъ пальцами лѣвой руки общіе покровы его шеи надъ щитообразнымъ и колетчатымъ хрящами, см. Т. XII. ф. 2. d, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ сверху внизъ отъ подъязычной кости общіе покровы, длиною около одного дюйма. Или, образуетъ изъ общихъ покрововъ шеи надъ гортанью поперечную складку, которой лѣвой конецъ держитъ и приподнимаетъ помощникъ, а правой самъ операторъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки; потомъ, взявъ бистурей такъ, что указательный перстъ находится на его хребтѣ, большой на одной сторонѣ, а прочіе на другой, пиловидными движеніями бистурея разрѣзываетъ складку общихъ покрововъ, до самаго ея основанія. Послѣ, помощникъ тупыми крючками развлекаетъ губы раны въ стороны, а операторъ, осторожно повторенными съченіями помощію скалпелля, раздѣляетъ шейныя перепонки или влагалища и мягкія части между грудино-подъязычнымъ и грудино-щитообразнымъ мускулами (mm. sterno-hyoidei et sterno-thyreoidei). При этомъ, если средняя часть щитообразной желѣзы препятствуетъ производству операціи, то должно подвинуть ее въ сторону и удерживать въ такомъ положеніи крючкомъ или перстомъ, а иногда даже разрѣзать по направленію наружной раны.

Второй моментъ. Операторъ, укрѣпивъ большимъ и

среднимъ перстами лѣвой руки гортань больного и поставивъ ногу указательнаго перста этой же руки на верхнюю часть конической связки надъ колѣтчатымъ хрящемъ, прокалываетъ ее ниже ногтя указательнаго перста поперечно бистурею , длиною отъ 3 до 5 линій. При этомъ бистурей онъ держитъ какъ писчее перо и наклоняетъ острие косвенно — внизъ въ полость гортани, дабы не повредить заднюю ея стѣну. Употребляя бронхотомъ , ф. 11, операторъ беретъ рукоятку его правою рукою такъ, что указательный перстъ находится вдоль на трубчкѣ и близъ остроконечія инструмента ; потомъ , смазавъ деревяннымъ масломъ бронхотомъ, вкалываетъ его, подобно какъ бистурей, въ полость гортани, и послѣ извлекаетъ иглу кнаружи, а трубчатку бронхотома оставляетъ въ ранѣ, для доставленія чрезъ нее воздуха больному. Если разрѣзъ гортани малъ и недостаточенъ для того, чтобы можно было извлечь чрезъ него инородное тѣло попавшее въ полость гортани, то операторъ расширяетъ его внизъ и вверхъ помощію бистурея съ пуговкою на жолобоватомъ зондѣ, который вводитъ въ сдѣланный разрѣзъ или проколъ гортани. При дѣланіи разрѣза вверхъ должно остерегаться, чтобы не повредить голосныхъ струнъ (*chordæ vocales*), по этому иногда крестообразный разрѣзъ бываетъ безопаснѣе и выгоднѣе для извлеченія инороднаго тѣла, нежели протирающійся вдоль гортани.

Третій моментъ. Удовольствившись въ мѣстоположеніи инороднаго тѣла въ полости гортани помощію круглаго серебрянаго зонда, операторъ беретъ правою рукою коридавгъ, или щипцы, и вводитъ ихъ въ гортань больного чрезъ сдѣланное въ ней отверстіе или разрѣзъ; потомъ разводитъ концы инструмента и, захвативъ ими инородное тѣло, извлекаетъ его кнаружи. При этомъ, пальцами лѣвой руки онъ неподвижно удерживаетъ гортань въ ея натуральномъ положеніи, особенно когда большой величины инородное тѣло и весьма трудно проходитъ чрезъ рану или сдѣланное отверстіе гортани; въ этомъ случаѣ должно по-

ступать какъ выше упомянуто , разрѣзавъ даже кольцеобразный хрящъ гортани.

Четвертый моментъ. Удаливъ ипородное тѣло изъ полости гортани и остановивъ кровотеченіе изъ раны, операторъ сближаетъ губы раны и плотно соединяетъ ихъ между собою ленточками липкаго пластыря, накладывая ихъ такъ , чтобы надъ самою ранюю онѣ пересѣкались почти крестообразно ; потомъ , на пластырные ленточки положивъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, а сверху корпю или компрессъ, укрѣпляетъ все это повязкою, соединяющею шею, помощію одноглаваго бинта (*fascia uniens colli*). Если вскрытіе гортани сдѣлано для того , чтобы доставить чрезъ него больному дыханіе , то искусственное отверстіе гортани операторъ оставляетъ свободнымъ , покрывъ его кускомъ флёра, котораго концы укрѣпляетъ помощію тесемокъ вокругъ шеи больного. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ , если трубочка бронхотома не производитъ сильнаго раздраженія въ ранѣ , то операторъ иногда оставляетъ ее въ отверстіи гортани до тѣхъ поръ, пока возстановятся силы больного и онъ получитъ возможность дышать натуральнымъ путемъ ; послѣ извлекаетъ трубочку бронхотома кнаружи и рану перевязываетъ какъ въ первомъ случаѣ. При этомъ всегда должно обращать полное вниманіе на предъупрежденіи воспалительныхъ припадковъ послѣ операціи и содержать больного въ спокойномъ положеніи до заживленія раны.

68. Вскрытіе дыхательнаго горла. *Bronchotomia* Т. XII. ф. 1.

Операція эта во всемъ совершенно сходна съ предъидущею, отъ которой отличается нѣсколько первымъ и вторымъ моментами.

Первый моментъ. Операторъ, подобно какъ въ предъидущей операціи , помощію скапелля или бистурея разрѣзываетъ общіе покровы шеи больного, начиная отъ кольцеобразнаго хряща и проводя внизъ , до вилочекъ грудной

кости, длиною до 2 дюймовъ; потомъ раздѣляетъ сухожильныя растяженія или перенонки шеи (*fasciæ celli*), и обнажаетъ дыхательное горло между грудино-подъязычнымъ и грудино-щитообразнымъ мускулами, которые помощникъ тупыми крючками отвлекаетъ въ стороны вмѣстѣ съ щитообразною желѣзою, если она препятствуетъ производству операціи. При этомъ иногда перерѣзываетъ среднюю щитообразную артерію, которую, въ такомъ случаѣ перевязываетъ лигатурою помощію Бромфильдова крючка, или скручиваетъ пинцетомъ и остерегается, чтобы въ нижнемъ углу раны не повредить большихъ кровеносныхъ сосудовъ.

Второй моментъ. Укрѣпивъ дыхательное горло пальцами лѣвой руки между 3 и 4, или 4 и 5 его хрящеватыми кольцами, операторъ поперечно прокалываетъ этотъ каналъ, какъ выше упомянуто, помощію бистурея, производя отверстіе длиною до полдюйма; или образуетъ разрѣзъ внизъ чрезъ 3 или 4 кольцо, смотря потому, въ какомъ мѣстѣ дыхательнаго горла остановилось инородное тѣло. Нѣкоторые совѣтуютъ, для удобнѣйшаго извлеченія инороднаго тѣла изъ полости дыхательнаго горла, дѣлать крестообразный разрѣзъ послѣдняго, или вырѣзывать небольшіе кусочки хрящеватыхъ его колець. Но таковое поврежденіе имѣетъ весьма неблагопріятное вліяніе на заживленіе раны послѣ операціи и даже можетъ оставить свищъ дыхательнаго горла.

При производствѣ 3 и 4 моментовъ должно поступать такъ, какъ сказано въ описаніи этихъ моментовъ предъидущей операціи.

69. Извлеченіе инородныхъ тѣлъ изъ глотки или пищепріемнаго канала кнаружи, или низдавленіе ихъ въ желудокъ. Т. XII.

Ф. 5.

Аппаратъ инструментовъ. Корнцангъ, полипныя или глоточныя щипцы искривленныя по поверхности (*acanta-*

buli), тонкая палочка изъ китоваго уса, или длинный зондъ, снабженный на концѣ шарикомъ изъ грецкой губки и толстою шелковою ниткою, шпадликъ, такъ же деревянное масло и теплая вода.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія описаны при операціи сошвенія неба.

Извлечение инороднаго тѣла, остановившагося въ глоткѣ, или пищепріемномъ каналѣ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и вложивъ въ полость его рта указательный перстъ лѣвой руки своей или шпадликъ, давить внизъ корень языка; потомъ правою рукою взявъ корнцангъ, или полипныя щипцы, вводитъ ихъ чрезъ ротъ въ полость глотки больного, гдѣ разводитъ концы корнцанга или щипцовъ, и захвативъ ими инородное тѣло, осторожно извлекаетъ его кнаружи. При извлеченіи инороднаго тѣла, весьма глубоко остановившагося въ пищепріемномъ каналѣ, употребляетъ кривыя глоточныя щипцы, которыя онъ вводитъ чрезъ ротъ больного, какъ въ первомъ случаѣ, наклоня конецъ ихъ внизъ и проводя по глоткѣ въ пищепріемный каналъ, гдѣ обыкновеннымъ образомъ, захвативъ инородное тѣло, извлекаетъ его кнаружи. Въмѣсто таковыхъ щипцовъ можно употребить зондъ изъ китоваго уса, нѣсколько согбенный помощію шелковой нитки и снабженный на концѣ шарикомъ изъ грецкой губки, который, будучи смоченъ въ горячей водѣ, а послѣ въ деревянномъ маслѣ, и проведенъ въ пищепріемное горло ниже инороднаго тѣла, можетъ, при извлеченіи его кнаружи, поднять послѣднее вверхъ, въ полость рта; при этомъ зондъ должно болѣе сгибать помощію нитки, дабы дать ему видъ крючка.

Низдавленіе въ желудокъ инородныхъ тѣлъ, остановившихся въ пищепріемномъ каналѣ. Если всѣ усилія — извлечь кнаружи инородное тѣло изъ пищепріемнаго канала остались тщетными и невозможными къ исполненію, по причинѣ могущихъ произойти весьма сильныхъ и опасныхъ воспалительныхъ припадковъ; то въ этомъ случаѣ

операторъ издавливаетъ инородное тѣло въ желудокъ. Для этой цѣли онъ употребляетъ зондъ изъ китоваго уса, вводя его чрезъ ротъ больного въ пищепріемный каналъ, какъ сказано въ первомъ случаѣ, но негибая ниткою, и старается осторожно издавить имъ инородное тѣло въ желудокъ. Подобнымъ образомъ поступаетъ при введеніи эластическихъ бужей, или катетеровъ для разширенія сужившагося пищепріемнаго канала, или удаленія ядовъ изъ желудка, помощію впрыскиванія въ него приличныхъ средствъ и обратнаго извлеченія жидкостей кнаружи, особеннымъ сифономъ, называемымъ желудочнымъ, который имѣетъ два отверстія и двѣ довольно длинныя эластическія трубки.

70. *Вскрытіе пищепріемнаго канала. Oesophagotomia. Т. XII. Ф. 3. 4.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ вычисленнаго въ описаніи операціи вскрытія дыхательнаго горла, нужно имѣть: бандельтъ, трубочку, а иногда особенный жолобоватый или раздвоенный зондъ, какой употребляется для извлеченія небольшихъ кусочковъ камня изъ мочеваго пузыря, или серебряную трубочку съ стальною пружинкою, для введенія въ пищепріемный каналъ, которой надъ концемъ этихъ инструментовъ можно удобнѣе вскрыть снаружи, см. Т. XII. Ф. 5.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ совершенно сходны съ назначенными при описаніи операціи перевязыванія наружной сонной артеріи; или больной долженъ, если можетъ, сидѣть на стулѣ или скамейкѣ, обративъ переднюю и лѣвую сторону шеи къ свѣту; одинъ помощникъ, стоя съ правой стороны больного, неподвижно укрѣпляетъ его голову къ своей груди, другой удерживаетъ верхнія конечности, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2)

вскрытіе пищепріемнаго канала; 3) извлеченіе инороднаго тѣла; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, напрягая лѣвою рукою общіе покровы на средней и лѣвой боковой части шеи больного, а правою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ покровы, начиная нѣсколько выше кольцеобразнаго хряща и проводя внизъ, по внутреннему краю грудинососковаго мускула, длиною до 3 дюймовъ. Потомъ раздѣляетъ перепонку шеи, какъ при операціи перевязыванія сонной артеріи, и отдѣляетъ упомянутый мускулъ кнаружи, см. Т. XII. ф. 4. *b. b.*; при этомъ помощникъ тупыми крючками развлекаетъ губы раны, во внутренней сторонѣ которой находятся мускулы: грудино-щитообразный и грудинососковый *e. f.* Далѣе, отдѣляя черешкомъ скалпелля щитообразную желѣзу съ лѣвой ея стороны *o*, указательнымъ перстомъ лѣвой руки отыскиваетъ въ глубинѣ раны близъ дыхательнаго горла *n*, пищепріемный каналъ *p*, оставляя въ наружной губѣ раны сонную артерію *g*, и внутреннюю шейную вену *m*. При этомъ остерегается, чтобы не повредить щитообразной верхней *h*, и нижней *k* артерій, и если которая изъ нихъ препятствуетъ производству операціи, то онъ, перевязавъ лигатурами въ двухъ мѣстахъ, перерѣзываетъ ее между узлами лигатуръ. Иногда должно перерѣзать лопаточно-подъязычный мускулъ *s*, если онъ мѣшаетъ при операціи и нельзя отвлечь его къ верхнему углу раны.

Второй моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны, частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, и обнаживъ пищепріемный каналъ, операторъ захватываетъ его пинцетомъ *n*, приподнявъ въ складку, осторожно разрѣзываетъ скалпеллемъ, почти горизонтально обращеннымъ къ нему одною поверхностію лезвья. Потомъ въ сдѣланный разрѣзъ онъ вводитъ жолобоватый зондъ, на которомъ расширяетъ рану вверхъ и внизъ помощію прямого бистуря съ пуговкою, или кривыхъ ножницъ, вводя тупой конецъ ихъ чрезъ рану въ пи-

щепріемный каналъ. При этомъ операторъ иногда употребляетъ какой либо изъ упомянутыхъ въ аппаратъ особенныхъ инструментовъ, изобрѣтенныхъ для удобнѣйшаго вскрытія щепріемнаго канала; такъ наприм. зондъ, или толстый эластическій катетеръ, который чрезъ ротъ больного вводится въ щепріемный каналъ, и надъ выстоящимъ концемъ его вскрывается упомянутый каналъ, какъ и въ первомъ случаѣ, снаружи внутрь помощію скапелля. Подобнымъ образомъ операторъ дѣлаетъ разрѣзъ щепріемнаго канала тогда, когда находящееся въ немъ инородное тѣло такъ велико, что можно пальцами ощупать его снаружи или чрезъ рану.

Третій моментъ. При извлеченіи инородныхъ тѣлъ изъ щепріемнаго канала, операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи третьяго момента операціи вскрытія гортани; но если операція сдѣлана по причинѣ суженія щепріемнаго канала, то въ этомъ случаѣ операторъ вводитъ въ полость его, сверху внизъ, эластическую трубку и чрезъ нее доставляетъ больному жидкую пищу и питье; а для расширенія суженія употребляетъ трубки постепенно толстѣйшія, наблюдая при этомъ все то, что сказано при введеніи кишечныхъ струи въ Евстафіеву трубу.

Четвертый моментъ. Сблизивъ губы раны между собою и вложивъ въ нижній ея уголъ банделетъ, омащенный деревяннымъ масломъ для удобнѣйшаго истеченія мокротъ кнаружи, операторъ перевязываетъ рану какъ послѣ вскрытія гортани. До заживленія раны чрезъ слипчивогнойное воспаление, больной долженъ находиться въ спокойномъ положеніи, питаясь жидкою пищею, которая впрыскивается въ его желудокъ чрезъ эластическій катетеръ, введенный въ щепріемный каналъ.

71. *Вскрытіе грудной полости. Paracentesis pectoris s. thoracis.*
Т. XII. Ф. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скалпелль, или прямой остроконечный бистурей, пинцетъ, желобоватый зондъ, бистурей съ пуговкою, два тупыхъ крючка, инцизионный ланцетъ, круглый серебряный зондъ, или женскій катетеръ, куски гребной губки съ холодною и теплою водою, сосудъ для принятія жидкости, бандельтъ, ленточки липкаго пластыря, компрессъ, мѣлкая корпія, длинный бинтъ, или повязка-скапулиръ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной въ теплой комнатѣ долженъ лежать на столѣ, или кровати, на здоровомъ боку, подъ который подкладывается подушка, дабы больная сторона была выпукла, разстояніе между ребрами сдѣлалось бы больше и всѣ части на ней были явственны. Одинъ помощникъ неподвижно укрѣпляетъ туловище больного и верхнюю конечность больной стороны, приподнявъ ее впередъ и вверхъ; другой держитъ нижнія конечности, а третій помогаетъ оператору. Впрочемъ, если больной не весьма слабъ, то онъ можетъ сидѣть на краю кровати, какъ сказано въ предъидущей операциі, наклонясь на здоровую сторону.

Моменты операциі. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и межреберныхъ мускуловъ; 2) вскрытіе подреберной плевы; 3) выпущеніе жидкости или воздуха изъ грудной полости; 4) перевязываніе раны послѣ операциі.

Первый моментъ. Операторъ, стоя спереди, или сзади больного, напрягаетъ пальцами лѣвой руки общіе покровы на боковой сторонѣ его груди, а правою, взявъ скалпелль, разрѣзываетъ ихъ длиною отъ 2 до 3 дюймовъ. Разрѣзъ этотъ онъ производитъ или на томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ весьма явственно замѣчаетъ накопленіе жидкости, находитъ опухоль или разстройство наружныхъ частей груди, (*locus necessitatis*); или между 5 и 6 ребрами на правой

сторонѣ, а на лѣвой, между 6 и 7, см. Т. XII. ф. 6. d. с, на самой наружной сторонѣ груди, или среднѣй между позвоночнымъ столбомъ и грудною костью (*locus electionis*). Подобнымъ образомъ и съ величайшею осторожностію разрѣзываетъ, по направленію раны общихъ покрововъ, наружный слой межреберныхъ мускуловъ, потомъ внутренній, производя глубокіе разрѣзы постепенно короче такъ, чтобы рана имѣла видъ конуса, основаніемъ обращеннаго кнаружи. Впрочемъ внутренній слой межреберныхъ мускуловъ, особенно у субъектовъ весьма тучныхъ, можно безопаснѣе разрѣзывать помощію прямого бистурея съ пуговкою, на подведенномъ жолобоватомъ зондѣ, всегда производя разрѣзы ближе къ верхнему краю ниже лежащаго ребра; въ противномъ случаѣ можно повредить межреберную артерію, лежащую подъ нижнимъ краемъ верхняго ребра.

Второй моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны, помощникъ развлекать губы ея тупыми крючками въ стороны, а операторъ правою рукою взявъ ланцетъ, какъ сказано при кровопусканіи, осторожно прокалываетъ имъ подреберную плеву, если она въ глубинѣ раны представляется бѣловатаго или багроваго цвѣта и замѣчается подъ нею явственное зыбленіе жидкости. Въ противномъ случаѣ, наклонивъ больнаго на бокъ или больную сторону и приподнявъ пинцетомъ подреберную плеву въ складку, разрѣзываетъ ее помощію скалпеля, потомъ сдѣланное отверстіе расширяетъ кзади и кпереди бистуреемъ съ пуговкою, на жолобоватомъ зондѣ. Подреберную плевую можно вскрыть остроконечнымъ бистуреемъ, вводя его въ рану по указательному персту лѣвой руки и производя имъ разрѣзъ длиною отъ половины до цѣлаго дюйма; первый бываетъ достаточенъ для выпущенія изъ грудной полости воздуха или воды, а послѣдній для испражненія гноя или спекшейся крови. Если подреберная плева окажется приросшею на небольшое пространство къ легкимъ, то ее должно отдѣлить помощію зонда, женскаго катетера, или

перста, въ противномъ случаѣ операцію нужно сдѣлать на другомъ мѣстѣ или боку груди.

Третій моментъ. При выпусценіи воздуха, или жидкости изъ грудной полости, операторъ наблюдаетъ, чтобы не все количество ихъ въ одно время вышло кнаружи, но половина или часть, до облегченія болѣзненныхъ припадковъ страждущаго; въ противномъ случаѣ можетъ сдѣлаться спаденіе легкихъ (collapsus), или приливъ и накопленіе въ нихъ весьма большаго количества крови, и даже внутреннее кровотеченіе, если операція сдѣлана при изліяніи крови въ грудную полость. При этомъ, если находятся инородныя тѣла или косточки переломленныхъ реберъ, то операторъ извлекаетъ ихъ помощію пальцевъ или щипцовъ кнаружи, какъ сказано въ описаніи операціи вскрытія гортани.

Четвертый моментъ. По выпусценіи извѣстнаго количества воздуха, или жидкости изъ грудной полости, операторъ перевязываетъ рану слѣдующимъ образомъ: въ первомъ случаѣ, онъ, плотно сблизивъ губы раны между собою и укрѣпивъ ленточками липкаго пластыря, кладетъ сверху компрессъ и укрѣпляетъ его длиннымъ одноглавымъ бинтомъ, обводимымъ вокругъ груди больного, или особенною грудною повязкою, называемою скапуляръ; во второмъ, положивъ въ рану банделетъ, омащенный деревяннымъ масломъ, онъ помощію ленточекъ липкаго пластыря укрѣпляетъ губы раны такъ, чтобы чрезъ нижній ея уголъ свободно истекали мокроты изъ грудной полости кнаружи. Въ обоихъ случаяхъ больной послѣ операціи долженъ спокойно лежать на больномъ боку до тѣхъ поръ, пока рана заживетъ, какъ упомянуто въ предъидущей операціи.

72. Вскрытіе грудной полости подкожнымъ спъченіемъ. Paracentesis pectoris s. thoracis subcutanea. T. XXXIII. ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Плоскій троакаръ съ серебреною трубкою снабженною кра-

номъ, сифонъ, деревянное масло, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и бинтъ или повязка скапуляръ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены въ предъидущей операціи.

Моменты операціи. 1) Проколъ общихъ покрововъ; 2) введеніе троакара въ грудную полость; 3) извлеченіе жидкости изъ грудной полости; 4) перевязываніе раны.

Первой моментъ. Операторъ, захвативъ большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки общіе покровы въ складку по направленію реберъ, см. ф. 1. а. а правою рукою взявъ троакаръ, смазанный деревяннымъ масломъ, прокалываетъ имъ нижнюю стѣнку складки общихъ покрововъ такъ, чтобы одна поверхность его была обращена къ складкѣ, а другая къ ребрамъ больного; потомъ проводитъ троакаръ вверхъ подъ общими покровами до того мѣста, гдѣ долженъ ввести его въ грудную полость и опускаетъ складку общихъ покрововъ.

Второй моментъ. Отводя рукоятку троакара отъ груди больного кнаружи, операторъ прокалываетъ остріемъ его межреберные мускулы и вводитъ трубку троакара въ грудную полость, а иглу его извлекаетъ кнаружи и въ тоже время запираетъ краномъ трубку троакара, дабы предотвратить вхожденіе воздуха въ грудную полость.

Третій моментъ. Вставивъ конецъ сифона въ отверстіе наружнаго конца трубки троакара и отвернувъ кранъ ея, операторъ вытягиваетъ помощію сифона, изъ грудной полости жидкость и выливаетъ ее въ приготовленный сосудъ, потомъ опять вставляетъ конецъ сифона въ трубку троакара и подобнымъ образомъ вытягиваетъ жидкость, запирая каждый разъ кранъ при извлеченіи конца сифона изъ трубки троакара, дабы чрезъ нее не входилъ воздухъ въ грудную полость. Такимъ образомъ вытягивается вся жидкость или часть ея изъ грудной полости.

Четвертый моментъ. По выпущеніи всей или извѣстнаго количества жидкости изъ грудной полости, операторъ, плотно сблизивъ губы раны или прокола общихъ покрововъ,

вовъ между собою и укрѣпивъ ихъ ленточками липкаго пластыря, кладетъ сверху компрессъ или лоньетъ по направленію подкожнаго прокола, дабы предотвратить изліяніе жидкости изъ грудной полости подъ общіе покровы; потомъ укрѣпляетъ компрессъ длиннымъ одноглавымъ бинтомъ или грудною повязкою, называемую скапулирь.

73. Просверливаніе грудной кости. Trepanatio sterni. Т. XII. Ф. 7. а.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго при операціи сверленія черепа, нужно имѣть особенную грудную повязку, называемую скапулирь, для перевязыванія раны послѣ операціи.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ, или кровати почти горизонтально на спинѣ; одинъ помощникъ держитъ верхнія конечности его и туловище, другой укрѣпляетъ нижнія конечности, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи этой тѣ же, какіе назначены при сверленіи черепа и производятся совершенно такимъ же образомъ, какъ сказано въ описаніи упомянутой операціи.

74. Прокалываніе брюха. Paracentesis vel punctio abdominis. Т. XII. Ф. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Шестиглавая брюшная повязка (cancer abdominis), троакары различной толщины и формы, ланцетъ, тазъ, зондъ, или эластическій катетеръ, восковая нѣсколько конусообразная свѣчка, имѣющая на срединѣ толщину троакара, пожницы, деревянное масло, четвероугольный кусокъ холста, намазанный липкимъ пластыремъ, мѣлкая корпія, или кусокъ грецкой губки и компрессъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Боль-

ной, если не очень слабъ, долженъ сидѣть на краю кресла, стула или кровати, спустивъ ноги на полъ, въ противномъ случаѣ, можетъ лежать бокомъ на краю послѣдней. Шестиглавую повязку операторъ предварительно накладываетъ на его брюхо поперечно такъ, чтобы три конца одной ея половины проходили на поясищѣ больного, между концами другой половины, въ противную сторону. Одинъ помощникъ беретъ концы повязки, находящiеся на правой сторонѣ больного, а другой на лѣвой и оба притягиваютъ ихъ къ себѣ такъ сильно, чтобы середина повязки довольно плотно сжимала брюхо больного.

Моменты операціи. 1) Прокалываніе брюшной стѣны; 2) извлеченіе иглы троакара и выпущеніе жидкости; 3) извлеченіе изъ раны трубочки троакара и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, смазавъ деревяннымъ масломъ троакаръ, беретъ его правою рукою такъ, чтобы рукоятка находилась въ ладони руки, а указательный перстъ на трубочкѣ троакара, какъ изображено на Т. XVII. Ф. 6, оставляя конецъ его свободнымъ, нѣсколько длиннѣе толщины брюшной стѣны. Потомъ, стоя или сидя предъ больнымъ, ставитъ въ отверстіе предварительно сдѣланное въ повязкѣ, лѣвый указательный перстъ свой на брюшную стѣну больного и близъ его прокалываетъ ее троакаромъ прямо внутрь и нѣсколько косвенно вверхъ такъ глубоко, чтобы конецъ троакара совершенно проникъ въ брюшную полость, что узнается изъ уничтоженія противудѣйствія троакару, который при этомъ должно поворачивать около его оси. Проколъ обыкновенно дѣлаетъ операторъ на срединѣ линіи, проведенной отъ верхней передней оси безъимянной кости къ пупку больного, см. Т. XII. Ф. 7. *f*, или на бѣлой брюшной линіи дюйма на два ниже пупка *k*, а иногда въ томъ мѣстѣ, въ которомъ весьма явственно замѣчается зыбленіе жидкости, какъ на прим. при брюшной мѣшеччатой водяной болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ нужно вскрыть помощію ланцета пупокъ, когда онъ,

отъ накопившейся въ брюшной полости воды, представляется въ видѣ пузыря; или тонкимъ троакаромъ проколоть мошонку, когда грыжевой мѣшокъ, имѣя свободное сообщеніе съ полостію брюха, бываетъ весьма сильно растянутъ водою. Подобнымъ образомъ операторъ иногда прокалываетъ маточный рукавъ, если весьма явственно ощущаетъ чрезъ него зыбленіе жидкости, которая давленіемъ своимъ производитъ выпаденіе маточнаго рукава кнаружи.

Второй моментъ. Проколовъ брюшную стѣну больного или какую либо изъ упомянутыхъ частей, операторъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки неподвижно удерживаетъ въ ранѣ трубочку троакара, а иглу его извлекаетъ правою рукою кнаружи. Вода, или другая жидкость тотчасъ вытекаетъ чрезъ трубочку быстрою струею въ подставленный сосудъ; при этомъ помощники, натягивая концы повязки, постепенно сжимаютъ ею брюхо больного и такимъ образомъ помогаютъ дѣйствию брюшныхъ мускуловъ и грудобрюшной преграды—производить давленіе на брюшныя внутренности для отвращенія обморока больного и для равномернаго истеченія воды. Здѣсь должно наблюдать все то, что сказано при испражненіи жидкости изъ грудной полости. Иногда вода или жидкость не вытекаетъ изъ брюшной полости, во первыхъ потому, что сальникъ или кишки закрываютъ отверстіе трубочки, во вторыхъ, что самая жидкость весьма густа, а отверстіе или полость трубочки очень малы. Въ первомъ случаѣ операторъ вводитъ въ трубочку троакара зондъ, или женскій катетеръ, и удаляетъ отъ внутренняго ея отверстія упомянутыя внутренности, осторожно перемѣняя даже направленіе самой трубочки вверхъ, внизъ или въ стороны; во второмъ случаѣ извлекаетъ трубочку и дѣлаетъ проколъ брюха болѣе толстымъ троакаромъ, или первый проколъ немного разрѣзываетъ помощію бистурея съ пуговкою на жолобоватомъ зондѣ, введенномъ въ отверстіе, здѣланное троакаромъ.

Третій моментъ. Операторъ, неподвижно удерживая губы раны пальцами лѣвой руки, правою рукою осторож-

но извлекаетъ трубочку троакара кнаружи, поворачивая около ея оси, дабы не отдѣлить общихъ покрововъ отъ брюшныхъ мускуловъ; въ противномъ случаѣ можетъ произойти изліяніе воды или крови изъ раны въ клетчатую плеву и произвести сильное воспаленіе вокругъ прокола. Остановивъ кровотеченіе изъ раны, операторъ кладетъ на нее немного мѣлкой корпіи и покрываетъ кускомъ липкаго пластыря или компрессомъ; потомъ, дабы болѣе сжать брюхо больного упомянутою повязкою, натягиваетъ концы ея довольно сильно и сшиваетъ ихъ спереди помощію нитокъ, или укрѣпляетъ булавками. Послѣ операціи должно стараться лѣчить рану чрезъ слипчивое воспаленіе.

75. *Вырѣзываніе груди. Extirpatio s. amputatio mammæ. Т. XII.*
ф. 9. 10.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скальпель, пинцетъ, два тупыхъ крючка, острые щипцы или таковой же крючекъ, пинцетъ для скручиванія артерій, Бромфильдовъ крючекъ съ лигатурами, куски грецкой губки, холодная вода, деревянное масло, корпейная связочка, мѣлая корпія, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и циркулярный бинтъ, или повязка поддерживающая грудь (*suspensorium mamillare*).

Положеніе больной и обязанности помощниковъ. Больная должна лежать почти горизонтально на столѣ или кровати на-спинѣ; одинъ помощникъ долженъ держать плечо больной стороны, отведенное отъ туловища и полусогбенное въ локтѣ; другой укрѣпляетъ верхнюю конечность здоровой стороны и туловище; третій помогаетъ оператору. Иногда больная при операціи можетъ сидѣть на стулѣ, въ этомъ случаѣ одинъ помощникъ, стоя сзади больной и закрывъ ея глаза полотенцомъ, укрѣпляетъ голову обѣими руками къ своей груди; другой удерживаетъ верхнія конечности больной; третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2)

вырѣзываніе разстроенной части груди; 3) остановленіе кровотоčenія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя или сидя предъ больной, сначала ладонью лѣвой руки напрягаетъ общіе покровы больной груди съ одной стороны, а помощникъ съ другой; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скапелль разрѣзываетъ имъ общіе покровы до самой опухоли двумя полулунными сѣченіями. Разрѣзы эти онъ проводитъ или перпендикулярно снизу вверхъ, по большому діаметру опухоли груди, или косвенно снаружки, продолжая ихъ даже до подмышки, если здѣсь находятся скirrosно-отвердѣвшія желѣзы, которыя должно вырѣзать, см. Т. XII. ф. 9 a. b. c. d. Первый видъ разрѣзовъ лучше втораго потому, что при лѣченіи раны чрезъ нагноеніе, удобнѣе истекаетъ матерія чрезъ нижній ея уголъ. Разстояніе между разрѣзами опредѣляется обширностію приращенія общихъ покрововъ къ опухоли груди, или ихъ разстройствомъ, которое совершенно должно отдѣлить отъ здоровыхъ частей.

Второй моментъ. Взявъ большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки или пинцетомъ здоровую губу раны, операторъ отдѣляетъ ее помощію скапелля снизу вверхъ, отъ передней поверхности опухоли въ стороны, остерегаясь при этомъ, чтобы вмѣстѣ съ здоровыми общими покровами не отдѣлить болѣзненныхъ частей отъ опухоли. Потомъ, острыми щипцами или крючкомъ, захвативъ снизу и спереди опухоль, вырѣзываетъ ее длинными сѣченіями скапелля, по направленію большаго груднаго мускула, обращая одну плоскость скапелля къ задней поверхности опухоли, а другую къ передней упомянутаго мускула. При этомъ онъ также старается совершенно отдѣлить всю опухоль отъ здоровыхъ частей груди, не оставляя въ ранѣ ни малѣйшей ея части; въ противномъ случаѣ можетъ вторично образоваться первоначальная болѣзнь. При производствѣ этого момента операціи, одинъ помощникъ тщательно долженъ слѣдить каждое дѣйствіе

оператора и безпрестанно, помощію куска грецкой губки съ холодною водою, останавливать кровотеченіе изъ раны, дабы явственнѣе можно было видѣть связь болѣзненныхъ частей съ здоровыми.

Третій моментъ. Вырѣзавъ опухоль и остановивъ кровотеченіе, какъ выше упомянуто, или наложеніемъ лигатуръ помощію Бромфильдова крючка на кровоточащіе сосуды, или наконецъ скручиваніемъ послѣднихъ посредствомъ пинцета, операторъ перевязываетъ рану двоякимъ образомъ: или губы ея, плотно сблизивъ ихъ между собою, соединяетъ ленточками липкаго пластыря; или сначала кладетъ омащенную деревяннымъ масломъ корпейную связочку между губами раны, которыя потомъ стягиваетъ липкимъ пластыремъ и, покрывъ ихъ мѣлкою корпейю и компрессомъ, въ обоихъ случаяхъ, или укрѣпляетъ циркулярнымъ бинтомъ, обводимымъ вокругъ груди, или налагаетъ особенную повязку, называемую поддерживающею грудь. Первый способъ перевязыванія раны употребляетъ въ томъ случаѣ, когда вырѣзанная опухоль груди была недавняя, безъ наружной язвы и не сопровождалась продолжительнымъ и обильнымъ отдѣленіемъ матеріи; при противныхъ обстоятельствахъ, онъ употребляетъ второй способъ перевязыванія раны и лѣченія ея чрезъ нагноительный процессъ, дабы скорое, или внезапное прекращеніе отдѣленія матеріи, не произвело подобной болѣзни въ другомъ важнѣйшемъ органѣ.

76. *Вправленіе выпавшей матки и введеніе въ ея рукавъ маточныхъ вѣнцовъ или колецъ.* Repositio uteri prolapsi et introductio pessariarum T. XIII. ф. 11. 12. 13. 14.

Аппаратъ вещей. Женскій катетеръ, клистирный сифонъ, маточный вѣнецъ или кольцо, деревянное масло, кусокъ грецкой губки, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больной и обязанности помощницъ. По испражненіи мочи чрезъ катетеръ и очищеніи помощію кли-

стира нечистотъ прямой кишки, больная должна лежать на кровати поперечно, или вдоль на спинѣ такъ, чтобы тазъ, грудь и голова ея находились нѣсколько приподнятыми, помощію небольшихъ, но довольно твердыхъ и упругихъ подушекъ, для расслабленія брюшныхъ мускуловъ. Одна помощница укрѣпляетъ въ неподвижномъ положеніи туловище и верхнія конечности больной, а другая нижнія, которыя должны быть разведены въ стороны и согбены въ колѣняхъ и таковыхъ суставовъ такъ, чтобы бедра образовали прямой уголъ съ туловищемъ больной и были покрыты простынею.

Моменты операций. 1) Вправливаніе выпавшей матки; 2) введеніе маточнаго вѣнца или кольца въ рукавъ матки.

Первый моментъ. Акушеръ, стоя или сидя предъ больной и смазавъ деревяннымъ масломъ выпавшую ея матку и персты правой руки своей, прикладываетъ верхушки ихъ къ рыльцу матки, которую постепенно давитъ снизу вверхъ и нѣсколько впередъ, по направленію проводной линіи таза. При этомъ совѣтуетъ больной, чтобы она открыла ротъ и не задерживала выдыханія. Возвративъ матку въ полость таза, акушеръ долженъ удостовѣриться въ натуральномъ ея положеніи, помощію внутренняго изслѣдованія; потомъ, конусообразно сложивъ персты введенной руки, извлечь ее въ такомъ положеніи изъ маточнаго рукава къ наружи.

Второй моментъ. Акушеръ, смазавъ деревяннымъ масломъ лѣвую руку свою, осторожно разводитъ, помощію ея перстовъ, дѣтородныя губы больной, а правою рукою взявъ маточное кольцо, см. Т. XIII. ф. 11. такъ, чтобы плоскости были обращены въ стороны, вводитъ его въ рукавъ матки до ея рыльца; потомъ онъ поворачиваетъ кольцо такъ, что одна плоскость его дѣлается верхнею, а другая нижнею, края широкихъ половинокъ упираются на тазовыя кости, отверстіе кольца соотвѣтствуетъ устью матки, края съ вырѣзками обращаются одинъ впередъ, а другой кзади, дабы не прижать мочеиспускательнаго кана-

ла и прямой кишки. Подобнымъ образомъ акушеръ поступаетъ при введеніи маточныхъ колець, имѣющихъ другія формы, ф. 12. 13. 14. Для удобнѣйшаго удержанія введеннаго маточнаго кольца, больная должна нѣсколько времени находиться въ спокойномъ положеніи на кровати; сверхъ того, иногда бываетъ нужно положить кусокъ гречкой губки, налитанный стягивающею жидкостію, или компрессъ на отверстіе маточнаго рыльца и укрѣпя паховою Т-образною повязкою. При извлеченіи маточнаго вѣнца, акушеръ, смазавъ деревяннымъ масломъ персты правой руки, вводитъ ихъ въ рукавъ матки, гдѣ, вложивъ указательный перстъ въ отверстіе вѣнца, сначала давить его внизъ и даетъ такое направленіе вѣнцу, въ какомъ онъ былъ введенъ, потомъ, захвативъ пальцами нижній край вѣнца, извлекаетъ его кнаружи.

77. *Разрывъ плевъ яйца.* Ruptura velamentorum fœtus. Т. XIII.
ф. 9.

Аппаратъ инструментовъ. Тупоконечныя ножницы, наперстокъ или кольцо съ крючкомъ, ф. 4, изогнутый коридангъ, имѣющій на внутренней поверхности своихъ пластинокъ небольшія лезвья ножницъ, женскій катетеръ, зондъ, снабженный пуговкою, или особенный инструментъ, подобный маточному сифону и состоящій изъ плоской трубочки, внутри которой находится пружина, съ выдвижнымъ ланцетовиднымъ кончикомъ.

Положеніе больной и обязанности помощницъ тѣже, какія описаны въ предъидущей операціи.

Операція эта, смотря по положенію плевъ яйца и состоянію маточнаго отверстія, большею частію производится тройнымъ образомъ.

1) Если плевъ яйца представляются въ маточномъ рукавѣ выступающими въ видѣ пузыря, то акушеръ, ставъ предъ больной и смазавъ масломъ указательный перстъ свой, вводитъ его, какъ при родовспомогательномъ вну-

треннемъ изслѣдываніи, въ маточный рукавъ и, во время потугъ роженицы, приставляетъ верхушку или ноготь этого перста къ тому мѣсту плевъ яйца, которое болѣе и ниже выстоитъ, или опускается въ маточный рукавъ. Если такимъ образомъ дѣтскій пузырь не разрѣзывается, по причинѣ недостаточныхъ потугъ роженицы, или большой своей крѣпости; то акушеръ, захвативъ его пальцами лѣвой руки и образовавъ складку, а правою рукою взявъ тупоконечныя ножницы, вводитъ ихъ въ отверстіе маточнаго рукава и разрѣзываетъ складку дѣтскихъ плевъ.

2) Если плевъ яйца представляются въ видѣ не большаго и весьма крѣпкаго пузыря въ отверстіи матки, еще несовершенно открытомъ, такъ что нельзя образовать изъ нихъ складки для разрѣза, или разорвать однимъ пальцемъ; то въ этомъ случаѣ акушеръ, надѣвъ на указательный перстъ свой кольцо такъ, чтобы крючекъ его находился на концѣ перста и былъ покрытъ нѣсколько загнутымъ концемъ средняго перста, какъ изображено на Т. XIII. Ф. 4, вводитъ въ такомъ положеніи персты въ рукавъ матки до ея отверстія. Потомъ, концы ихъ приставивъ къ выстоящимъ плевамъ яйца, удаляетъ или сгибаетъ средний перстъ, а крючкомъ кольца захватываетъ плевъ и старается осторожно разорвать ихъ, производя медленныя и короткія движенія перстомъ. Послѣ, разорвавъ плевъ, опять кладетъ конецъ средняго перста на крючекъ кольца и обыкновеннымъ образомъ извлекаетъ руку кнаружи. Вмѣсто кольца можно употребить упомянутый изогнутый корицангъ, которымъ захватываются плевъ яйца и разрѣзываются какъ ножницами.

3) Когда маточное рыльцо еще закрыто, то разрывъ плевъ яйца производится слѣдующимъ образомъ: акушеръ, правою рукою взявъ женскій катетеръ или зондъ, вводитъ его по указательному и среднему лѣвымъ перстамъ въ рукавъ матки до ея устья, чрезъ которое, предварительно открывъ его, осторожно продвигаетъ конецъ инструмента въ полость матки и старается отдѣлять имъ плевъ яйца

до тѣхъ поръ, пока разорветъ ихъ и послѣдуетъ истечение водъ кнаружи; потомъ, вмѣстѣ съ перстами лѣвой руки, извлекаетъ инструментъ изъ маточнаго рукава. Подобнымъ образомъ акушеръ поступаетъ при употребленіи инструмента состоящаго изъ изогнутой трубочки, которой конецъ онъ приставивъ къ плевамъ яйца, выдвигаетъ изъ трубочки помощію пружины ланцетовидную иглу, которою прокалываетъ плевры.

78. Извлечение младенца помощію щипцовъ, Т. XIII. Ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ. Родовспомогательныя щипцы.

Положеніе роженицы и обязанности помощницъ. Роженица должна лежать на постели, или вдоль и горизонтально на-спинѣ съ согбенными и разведенными въ стороны нижними конечностями, съ нѣсколькими приподнятыми крестцомъ и головою, какъ сказано при вправливаніи выпавшей матки; или, гораздо лучше, не измѣняя упомянутаго направленія туловища и конечностей, она должна лежать поперечно на постели, упираясь ногами своими на подставленные стулья или на край постели, чрезъ которой задница должна выстоять нѣсколько впередъ. Въ этомъ положеніи неподвижно удерживаютъ роженицу двѣ помощницы, стоя у края кровати и отдѣльно укрѣпляя обѣими руками къ своей груди разведенныя колѣна больной; третья помощница, или помощникъ пособляетъ акушеру во время операціи.

Моменты операціи. 1) Введеніе щипцовъ въ полость матки или ея рукавъ; 2) захватываніе ими младенческой головки и извлеченіе ее кнаружи.

Первый моментъ. Акушеръ, сидя на стулѣ предъ роженицею, или лучше, стоя однимъ колѣномъ на подушкѣ, положенной на полъ близъ кровати, беретъ лѣвою рукою согрѣтое и обсушенное нижнее или съ замкомъ звено щипцовъ, какъ писчее перо; потомъ, наружную поверхность

ложки этаго звена смазавъ теплымъ деревяннымъ масломъ, помощію указательнаго и средняго перстовъ правой руки, онъ осторожно вводитъ эти персты въ рукавъ матки и ея рыльце до самой головки младенца, на которой, съ лѣвой стороны роженицы, они должны оставаться и служить проводниками для звена щипцовъ. Теперь, упомянутое звено акушеръ проводитъ по ладонной поверхности вложенныхъ перстовъ, сначала нѣсколько сверху внизъ, почти горизонтально, а по мѣрѣ дальнѣйшаго введенія, рукоятку звена болѣе наклоняетъ внизъ, такъ, что ложка его, проходя чрезъ рукавъ матки въ ея полость описываетъ, сообразно оси таза, полную дугообразную линію. При этомъ роженица должна воздерживаться отъ выработыванія потугъ, а акушеръ останавливать введеніе звена щипцовъ при появившихся потугахъ. Когда ложка звена довольно плотно ляжетъ на головку младенца и надежно охватитъ ее, тогда акушеръ извлекаетъ изъ матки персты правой руки своей, а рукоятку звена щипцовъ отдаетъ помощницѣ для укрѣпленія въ сказанномъ положеніи или направленіи кзади. Потомъ, указательный и средній персты лѣвой руки вложивъ, какъ выше сказано, въ полость матки и охвативъ ими головку младенца съ правой стороны роженицы, а правою рукою взявъ верхнее звено щипцовъ, вводитъ его въ рукавъ матки, какъ изображено на Т. XIII. 1, наблюдая при этомъ все то, что упомянуто въ первомъ случаѣ. Подобнымъ образомъ акушеръ поступаетъ и тогда, когда головка младенца находится въ рукавѣ матки, въ обоихъ случаяхъ старается захватить ее щипцами, если только можно, въ поперечномъ ея размѣрѣ и всегда остерегается, чтобы вмѣстѣ съ головкою не захватить пуповины или ручки младенца.

Второй моментъ. Удостоверившись чрезъ легкое движеніе или извлеченіе щипцовъ кнаружи, что ложки ихъ плотно и ровно высоко лежатъ на головкѣ младенца, акушеръ беретъ рукоятку перваго или нижняго звена лѣвою рукою, а рукоятку верхняго правою такъ, что указатель-

ные персты лежатъ подлѣ замка, и при сведеніи щипцовъ препятствуютъ ущемленію мягкихъ дѣтородныхъ частей и волосъ. Потомъ, соединивъ замкомъ оба звена щипцовъ, которыхъ рукоятки обвернувъ полотенцомъ, беретъ ихъ обѣими руками такъ, чтобы конецъ одного указательнаго перста находился выше замка щипцовъ, между ихъ звенами. Послѣ извлекаетъ щипцы, наклоняя рукоятки ихъ тѣмъ болѣе кзади, чѣмъ выше лежитъ головка младенца и напротивъ, чемъ ниже она подвигается въ рукавъ матки, тѣмъ болѣе рукоятки щипцовъ приводитъ въ горизонтальное положеніе, сообразуясь такимъ образомъ съ проводною линіею таза такъ, что при выведеніи головки кнаружи даетъ имъ опять почти отвѣсное направленіе. При этомъ акушеръ не одною силою влеченія прямо дѣйствуетъ на головку младенца, но помогаетъ ей легкими спиральными, боковыми движеніями щипцовъ, наклоняя ихъ въ разные стороны такъ, что рукоятки щипцовъ описываютъ эллипсы.

Не должно весьма сильно и долго сдавливать головку младенца щипцами, но для извлеченія ея избирать время потугъ, сколько можно подкрѣпляемыхъ нажиманіемъ роженицы. При окончательномъ извлеченіи головки младенца кнаружи, акушеръ перемѣняетъ прежнее свое положеніе и, ставъ почти прямо, одною рукою поддерживаетъ срамнопроходную промежность роженицы, а другою снизу вверхъ выводитъ щипцы съ головкою младенца кнаружи.

Если во время извлеченія младенца щипцами выходитъ кнаружи складка матки или губы маточнаго рыльца, то въ этомъ случаѣ помощникъ удерживаетъ ихъ верхушками двухъ перстовъ своихъ, омашенныхъ деревяннымъ масломъ.

79. Прободеніе головки или другихъ полостей младенца и извлеченіе его кнаружи.

Аппаратъ инструментовъ. Прободникъ, см. Т. XIII ф. 7,

крючекъ, ф. 10, крѣпкій бистурей, снабженный на концѣ пуговкою, пинцетъ, женскій катетеръ.

Положеніе больной и обязанности помощниковъ тѣже, какія описаны въ предъидущей операціи.

Моменты операціи. 1) Введеніе прободника въ матку и прокалываніе имъ какой либо полости младенца; 2) извлеченіе изъ матки туловища или отдѣльныхъ частей младенца.

Первый моментъ. Акушеръ намазавъ масломъ указательный и средній персты лѣвой руки, проводитъ ихъ чрезъ дѣтородныя части больной въ рукавъ матки или ея полость и, отыскавъ шовъ или большой родничекъ головки младенца, ставитъ на немъ концы перстовъ, или на томъ мѣстѣ, которое кажется болѣе удобнымъ для прободенія головки. Потомъ, правою рукою взявъ прободникъ, какъ обыкновенныя ножницы, осторожно вводитъ по двумъ упомянутымъ перстамъ остроконечіе его и приставляетъ къ шву или родничку младенческой головки такъ, чтобы края или лезвее инструмента были обращены по направленію головнаго шва. Послѣ, проводя прободникъ выше, онъ прокалываетъ имъ головку и, разводя рукоятки въ стороны, нѣсколько разовъ оборачиваетъ прободникъ вокругъ его оси, дабы болѣе разорвать головныя сосуды, оболочки и сдѣлать достаточное отверстіе для истеченія мозга кнаружи. Подобнымъ образомъ акушеръ поступаетъ при прободеніи груди или живота младенца, исключая тѣ случаи, гдѣ должно выпустить только газы или накопившуюся воду; въ этомъ послѣднемъ случаѣ онъ, сдѣлавъ небольшой проколъ, вводитъ чрезъ него въ брюшную или головную полость (in. hydrocephalo) младенца женскій катетеръ, а прободникъ вмѣстѣ съ перстами лѣвой руки извлекаетъ кнаружи. Если при этомъ головка младенца находится подвижною, то акушеръ держитъ ее щипцами, захвативъ ими какъ сказано въ предъидущей операціи, или помощникъ укрѣпляетъ руками плоско, приложенными надъ соединеніемъ лобковыхъ костей къ нижнимъ сторонамъ живота больной.

Второй моментъ. Акушеръ взявъ правою рукою большую кривизну крючка, вводитъ конецъ меньшей его кривизны, по двумъ перстамъ лѣвой руки, въ сдѣланное отверстіе младенческой головки, которую захвативъ имъ снутри, извлекаетъ по направленію проводной линіи таза, кнаружи. При этомъ упомянутыми перстами онъ защищаетъ дѣтородныя части больной отъ поврежденія ихъ концемъ крючка и способствуетъ удобнѣйшему выходу головки младенца. Если при этомъ весьма сильныя потуги роженицы выдавливаютъ большіе куски костей младенческой головки, то акушеръ захватываетъ ихъ пинцетомъ и осторожно извлекаетъ кнаружи, дабы не оцарапать и не повредить стѣнокъ маточнаго рукава. Подобнымъ образомъ онъ поступаетъ при извлеченіи другихъ частей младенца помощію крючка, захватывая имъ какъ выше упомянуто, если потуги роженицы недостаточны къ выходу младенца на свѣтъ силами натуры.

При отрѣзываніи частей младенца помощію бистурея, акушеръ обвертываетъ его лезвее, почти до самаго конца, тесемкою или ленточкою липкаго пластыря, и вложивъ, какъ прободникъ, въ полость матки или ея рукава, отдѣляетъ сначала ту часть младенца, которая болѣе другихъ составляетъ необходимую и безусловную причину этой трудной и непріятной операціи, потомъ, пинцетомъ или пальцами, извлекаетъ ее кнаружи. Впрочемъ, по причинѣ безчисленнаго разнообразія въ измѣненіи или уродливости частей младенца, нельзя предписать опредѣленныхъ правилъ для производства этой операціи.

80. Разрѣзъ брюха и матки, или полное цезарское съченіе.

Gastrohysterotomia s. sectio cæsarea completa. Т. XIII. ф. 5.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скальпель, или прямой остроконечный бистурей, пинцетъ, желобоватый зондъ, бистурей съ пуговкою, два тупыхъ крючка, Бромфильдовъ крючекъ, круглыя тонкія и плоскія тол-

стыя лигатуры, кривыя иглы, ножницы, деревянное масло, большія куски грецкой губки, холодная и теплая вода, уксусъ, корпейная связочка, или бурдонетъ, ленточки липкаго пластыря, мѣлкая корпія, компрессъ, широкій и длинный одноглавый бинтъ, или особенная цовязка, снабженная крестообразно пересѣкающимися тесемками или шнурами.

Положеніе больной и обязанности помощниковъ. Больная должна лежать на столѣ, или кровати, на спинѣ такъ, чтобы тазъ и грудь ея были нѣсколько приподняты посредствомъ подложенныхъ подъ нихъ подушекъ, для разслабленія брюшныхъ мускуловъ. Одинъ помощникъ держитъ верхнія конечности больной и закрываетъ ея глаза полотенцемъ, другой нижнія, а два помогаютъ акушеру при операціи.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ брюшной стѣны; 2) разрѣзъ брюшины и матки; 3) извлеченіе младенца; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Акушеръ, стоя съ правой стороны больной, лѣвою рукою, плоско положенною, напрягаетъ общіе покровы на нижней части ея брюха съ одной стороны, а помощникъ съ другой обѣими руками, также плоско положенными. Потомъ акушеръ, правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы и брюшную стѣну больной сверху внизъ, по направленію бѣлой линіи брюха, начиная дюйма на полтора ниже пупка и оканчивая на такое же разстояніе выше соединенія лобковыхъ костей. Если общіе покровы, или брюшная стѣна роженицы, не весьма сильно напряжены, то акушеръ, захвативъ ихъ на томъ же самомъ мѣстѣ, какъ и въ первомъ случаѣ, пальцами лѣвой руки съ одной стороны, а помощникъ съ другой, и приподнявъ въ складку, разрѣзываетъ ее по срединѣ пиловидными движеніями бистурея до самаго основанія, образуя разрѣзъ длиною отъ 6 до 7 дюймовъ, см. Т. XIII. ф. 2. e—f. Кромѣ обыкновеннаго такового разрѣза, нѣкоторые дѣлають его въ другомъ направленіи,

a — b, c — d, g — h. Потомъ акушеръ вскрываетъ брюшную стѣну помощію скапелля, какъ вышеупомянуто въ первомъ случаѣ. Провзшедшее при этомъ кровотеченіе изъ раны помощникъ безпрестанно останавливаетъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, или наложеніемъ лигатуръ на кровоточащіе сосуды, помощію Бромфильдова крючка.

Второй моментъ. Акушеръ взявъ лѣвою рукою пинцетъ, захвативъ имъ и приподнявъ въ складку брюшину въ верхнемъ углу раны, разрѣзываетъ ее помощію скапелля; потомъ въ сдѣланное отверстіе вводитъ согрѣтые и омащенные деревяннымъ масломъ средний и указательный персты лѣвой руки, а правою рукою взявъ бистурей, вкладываетъ его въ рану и разрѣзываетъ брюшину сверху внизъ, по направленію наружнаго разрѣза и при томъ такъ, что концы упомянутыхъ перстовъ всегда предшествуютъ лезвею бистурея съ пуговкою. Помощники, приложивъ согрѣтые въ теплой водѣ и омащенные деревяннымъ масломъ большіе куски грецкой губки къ ранѣ, осторожно разводять губы ея въ стороны и тщательно наблюдаютъ, чтобы сальникъ или части кишекъ не выпали кнаружи. Потомъ акушеръ опять правою рукою взявъ скапелль разрѣзываетъ имъ матку на передней и верхней ея части, до самыхъ плевъ плода, послѣ въ сдѣланное отверстіе вводитъ жолобоватый зондъ и по немъ бистурею съ пуговкою разширяетъ рану матки, сообразно величинѣ младенца.

Третій моментъ. Если прикрѣпленіе послѣда находится на томъ самомъ мѣстѣ, гдѣ сдѣланъ разрѣзъ матки и составляетъ совершенную невозможность къ извлеченію младенца изъ полости матки, то акушеръ прежде отдѣляетъ и удаляетъ послѣдъ; даже въ такомъ крайнемъ случаѣ онъ долженъ стараться, если только можно, извлечь цѣлое яйцо съ младенцемъ, послѣдомъ и плевами. Въ противномъ случаѣ акушеръ, вскрывъ плевы яйца и охвативъ обѣими руками поясицу, плечики, ножки или ручки младенца, смотря потому какое онъ имѣетъ положеніе, довольно ско-

ро извлекаетъ его изъ полости матки кнаружи. Потомъ, перевязавъ и отрѣзавъ обыкновеннымъ образомъ пуповину, акушеръ отдаетъ младенца помощнику или повивальной бабкѣ, а самъ одною рукою взявъ пуповину, другою отдѣляетъ послѣдъ и вынимаетъ его чрезъ рану матки и брюха кнаружи. При этомъ моментѣ операціи иногда бываетъ весьма обильное кровотеченіе, которое помощники останавливаютъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ большихъ кусковъ грецкой губки, смоченныхъ простою холодною водою или смѣшанною съ уксусомъ и сколько можно стараются, чтобы не сдѣлалось изліяніе крови въ брюшную полость.

Четвертый моментъ. Остановивъ кровотеченіе и очистивъ полость матки отъ излившейся въ ней крови, акушеръ обѣими руками плотно сближаетъ губы раны матки, стараясь, чтобы между ими не остались и не ущемились близлежащія части; потомъ, подобнымъ образомъ сближаетъ губы раны брюшной стѣны и плотно соединяетъ ихъ помощію сухаго шва, накладывая ленточки липкаго пластыря такъ, чтобы онѣ почти крестообразно пересѣкались надъ самою раной; или сшиваетъ губы раны кровавымъ узловатымъ швомъ, какъ изображено на Т. XIII. Ф. 3. а. а. а. и какъ сказано при операціи сошвенія раздвоенной верхней губы. Сверхъ пластырей или шва акушеръ кладетъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, и по сторонамъ губъ раны два лонгета, которые укрѣпляетъ вокругъ брюха длиннымъ одноглавымъ бинтомъ, см. Ф. 3, или особенною повязкою, снабженною тесемками, которая употребляется при лѣченіи поперечныхъ ранъ. Нѣкоторые совѣтуютъ, для удобнѣйшаго истеченія мокротъ изъ раны, вкладывать въ нижній ея уголъ бурдонетъ, омащенный деревяннымъ масломъ. Послѣ операціи больная должна спокойно лежать на боку въ кровати, до заживленія раны. Подобнымъ образомъ должно поступать при вскрытіи одной только брюшной полости (*laparotomia*) и сошвеніи брюшной стѣны (*laparogaphia*).

81. Операция свища мочевого пузыря и маточнаго рукава.
Operatio fistulae vesico-vaginalis. Т. XXXIV. Ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Щипцы съ двойными крючками, женскій катетеръ, маточное зеркальцо, пинцетъ, остроконечный бистурей, искривленный зондъ съ ушкомъ и остроконечіемъ, плоскія лигатуры, грецкая губка, холодная и теплая вода.

Положеніе больной и обязанности помощниковъ. Больная должна лежать на спинѣ на столѣ или высокой кровати такъ, чтобы промежность ея выстояла внѣ края стола или кровати. Одинъ помощникъ укрѣпляетъ туловище и верхнія конечности больной, а два, стоя съ боковъ, разводятъ нижнія конечности ея въ стороны такъ, чтобы онѣ были согбены въ колѣняхъ и тазовыхъ суставахъ и удерживаютъ ихъ въ такомъ положеніи одною рукою, а пальцами другой разводятъ большія губы больной въ стороны; четвертый помогаетъ оператору.

Моменты операціи. Выворотъ маточнаго рукава кнаружи; 2) окровавленіе или срѣзываніе краевъ фистулы; 3) наложеніе лигатуръ и сошвеніе свища.

Первый моментъ. Операторъ, сидя предъ больной на стулѣ и взявъ правою рукою щипцы, вводитъ ихъ по лѣвому указательному пальцу въ маточный рукавъ и захватываетъ крючками шейку матки сначала съ одной стороны, а потомъ другими щипцами съ другой, и, извлекая ихъ кнаружи, выворачиваетъ маточный рукавъ. см. Ф. 1. с. d, и поручаетъ помощнику удерживать его въ неподвижномъ положеніи помощію крючковъ.

Второй моментъ. Операторъ вводитъ въ мочевой пузырь женскій катетеръ и конецъ его выдвигаетъ чрезъ фистулу въ маточный рукавъ. Ф. 1. f. Потомъ захвативъ помощію пинцета край фистулы, срѣзываетъ его бистурею такъ, чтобы рана была овальная или поперечная къ маточному рукаву. а.

Третій моментъ. Смотра по величинѣ или длинѣ раны фистулы употребляются отъ 4—6 плоскихъ лигатуръ, которыя операторъ, помощію искривленнаго зонда съ подвижною иглою, снабженною ушкомъ, см. ф. 2. *g.* проводитъ чрезъ края фистулы. Потомъ извлекаетъ конецъ женскаго катетера въ мочевой пузырь и двойнымъ узломъ связываетъ надъ раною лигатуры такъ, чтобы края фистулы были плотно соединены между собою, а концы лигатуръ отрѣзываетъ. Наконецъ снимаетъ крючки щипцовъ и возвращаетъ маточный рукавъ въ прежнее натуральное его положеніе.

Послѣ операціи больная должна лежать въ постели и чрезъ женскій катетеръ часто испускать мочу; потому что при большемъ наклоненіи ея въ мочевомъ пузырь, она можетъ проходить сквозь шовъ фистулы въ маточный рукавъ и препятствовать сращенію раны. Лигатуры снимаются чрезъ 3 или 4 дня помощію пинцета чрезъ маточное зеркало, которое вводится въ маточный рукавъ до шва фистулы.

82. Сошвеніе ранъ кишекъ. Enteroraphia. Т. XIV.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго въ операціи разрѣза брюха, должно имѣть: прямыя иглы, бумажныя нитки, или тонкія шелковыя лигатуры.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ, какъ въ упомянутой операціи.

Моменты операціи. 1) Обнаженіе раненой кишки и сошвеніе ея раны; 2) перевязываніе наружной или брюшной раны.

Первый моментъ. Операторъ вводитъ чрезъ рану жолобоватый зондъ въ брюшную полость больного и, помощію бистурея съ пуговкою, разрѣзываетъ рану по направленію брюшныхъ мускуловъ, избѣгая поврежденія нижней надбрюшной артеріи, см. Т. XIII. ф. 2. Помощникъ разводитъ

тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ, отыскавъ раненую кишку, извлекаетъ ее кнаружи и помощію кроваваго шва соединяетъ губы ея раны. Смотря по направленію и величинѣ раны кишекъ, онъ употребляетъ тотъ или другой шовъ, котораго различные виды изображены на Т. XIV такъ ясно, что описаніе ихъ будетъ излишнее. Впрочемъ разрѣзъ брюшной стѣны не должно производить въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ раненная кишка вышла кнаружи, чрезъ рану живота, и свободно можетъ быть опять вправлена въ брюшную полость.

Второй моментъ. Возвративъ кишку въ брюшную полость, операторъ концы лигатуръ укрѣпляетъ снаружи помощію ленточекъ липкаго пластыря, потомъ губы наружной раны брюшной стѣны соединяетъ, какъ сказано въ операціи разрѣза живота. По прошествіи 4 или 5 дней онъ разрѣзываетъ ножницами узлы нитокъ или лигатуръ и извлекаетъ ихъ кнаружи.

83. *Грыжесъпъченіе пахо-мошоночное. Herniotomia inguinoscrotalis.* Т. XV. 2. 3. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямой остроконечной бистурей, или скалпелль, пинцетъ, желобоватый зондъ, бистурей съ пуговкою, герніотомъ, см. ф. 8. 9, кривыя тупоконечныя ножницы, Бромфильдовъ крючекъ, иглы, круглыя и плоскія лигатуры, особенный турникетъ (*compressorium*), для прижатія нижней надбрюшной артеріи, куски грецкой губки, холодная и теплая вода, деревянное масло, ленточки липкаго пластыря, мѣлкая корпія, корпейная связочка, компрессъ и Т-образная паховая повязка простая, или двойная.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ, при всѣхъ операціяхъ грыжъ, назначается подобное описанному при цезарскомъ разрѣзѣ и при перевязываніи нисходящей начальственной артеріи въ брюшной полости.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2)

вскрытіе грыжеваго мѣшка; 3) разрѣзь или расширеніе суженнаго канала; 4) вправливаніе внутренностей въ брюшную полость; 5) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ боку или между согбенными и разведенными бедрами больнаго, захватываетъ пальцами лѣвой руки общіе покровы на верхней части и съ правой стороны грыжевой опухоли, а помощникъ съ лѣвой, приподнимаетъ ихъ въ складку; потомъ, правою рукою взявъ бистурей, разрѣзываетъ пиловидными его движеніями поперечно складку общихъ покрововъ до ея основанія, на самой срединѣ грыжевой опухоли, сверху внизъ и снаружи нѣсколько внутрь, по направленію сѣмяннаго канатика, который при внутренней паховой грыжѣ лежитъ съ наружной стороны передней стѣны грыжеваго мѣшка. Если общіе покровы весьма сильно напряжены надъ грыжею, или срослись съ глубжележащими частями такъ, что нельзя образовать изъ нихъ, какъ сказано, складку; то операторъ большимъ перстомъ лѣвой руки напрягаетъ ихъ съ правой стороны грыжевой опухоли, а указательнымъ и прочими съ лѣвой; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, осторожно разрѣзываетъ ихъ въ такомъ направленіи какъ въ первомъ случаѣ. При этомъ онъ остерегается чтобы, разрѣзывая общія покровы, клетчатку плеву и жиръ, не повредить собственной оболочки яичка или сѣмяннаго канатика, лежащаго, при внутренней паховой грыжѣ, съ наружной стороны грыжеваго мѣшка, какъ выше сказано. Верхній уголъ разрѣза общихъ покрововъ въ обоихъ случаяхъ долженъ находиться выше наружнаго паховаго кольца покрайней мѣрѣ на одинъ дюймъ, дабы доступъ къ ущемленному мѣсту былъ совершенно свободенъ, и оканчивался, если грыжевая опухоль не весьма велика, на самомъ днѣ ея или основаніи; въ противномъ случаѣ при лѣченіи раны, матерія можетъ накапливаться въ ней въ большомъ количествѣ, не имѣя свободнаго выхода кнаружи. Произшедшее кровотеченіе (*ex arteria pudenda externa*) операторъ останавливаетъ прикладываніемъ къ

ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, скручиваніемъ артерій помощію пинцета, или перевязываніемъ обоихъ концовъ ея лигатурами помощію Бромфильдова крючка.

Второй моментъ. Операторъ, взявъ лѣвою рукою пинцетъ и захвативъ имъ слой клѣтчатой плевы, облекающей грыжевой мѣшокъ, приподнимаетъ его въ складку, которую при ея основаніи разрѣзываетъ помощію скальпеля, горизонтально обращеннаго поверхностію лезвья къ грыжевому мѣшку; потомъ, въ сдѣланное отверстіе онъ вводитъ жолобоватый зондъ и на немъ бистуреетъ съ пуговкою разрѣзываетъ упомянутый слой по направленію наружной раны, до ея угловъ. При этомъ помощникъ безпрестанно останавливаетъ кровотеченіе и очищаетъ рану, прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, дабы всѣ части, которыя нужно разрѣзывать, были совершенно явственны. Разрѣзавъ всѣ слои клѣтчатой плевы, которыхъ число бываетъ различное, операторъ подобнымъ образомъ, линіи на 3 или 4, вскрываетъ грыжевой мѣшокъ на его срединѣ или томъ мѣстѣ, которое окажется весьма тонкимъ и гдѣ явственно замѣчается зыбленіе жидкости.

Впрочемъ оболочки грыжеваго мѣшка, смотря по времени происхожденія и виду паховыхъ и мошоночныхъ грыжъ, имѣютъ различную толщину и неодинаковое число; равнымъ образомъ и количество жидкости бываетъ весьма различное такъ, что при сросшихся грыжахъ она совсѣмъ не находится въ грыжевомъ мѣшкѣ. А потому операторъ, при вскрытіи грыжеваго мѣшка, не можетъ строго руководствоваться числомъ слоевъ его оболочекъ или истеченіемъ кнаружи окрашенной пасоки, но всегда остерегается, чтобы не повредить содержащихся въ грыжевомъ мѣшкѣ внутренностей и особенно кишки. Эта внутренность отличается отъ другихъ частей грыжи красноватымъ цвѣтомъ, блестящею и гладкою своею поверхностію, представляющею сплетенія кровеносныхъ сосудовъ. Операторъ, сдѣлавъ небольшое отверстіе въ грыжевомъ мѣшкѣ,

и захвативъ пинцетомъ его край , приподнимаетъ вверхъ и осторожно подводитъ подъ него тупое звено кривыхъ пинцетъ , помощію которыхъ онъ расширяетъ , упомянутое отверстіе , по направленію наружной раны; потомъ вводитъ въ полость мѣшка лѣвой указательный перстъ и по немъ бистуреетъ съ пуговкою или ножницами разрѣзываетъ мѣшокъ книзу до его основанія , а кверху почти до самаго паховаго кольца. Впрочемъ при весьма большихъ грыжахъ операторъ разрѣзываетъ ихъ мѣшокъ почти до половины его длины , или на такое пространство, которое было бы достаточно при вправливаніи выпавшихъ внутренностей; въ противномъ случаѣ большой разрѣзъ брюшины и открытіе кишекъ дѣйствию атмосфернаго воздуха , могутъ имѣть неблагопріятное вліяніе на исходъ операціи и заживленіе раны.

Третій моментъ. Операторъ , оттянувъ нѣсколько въ сторону и внизъ ущемленные внутренности и поручивъ помощнику удерживать ихъ въ сказанномъ положеніи, самъ вводитъ указательный перстъ въ шейку грыжеваго мѣшка и паховое кольцо и, сколько можно, вдавлиываетъ конецъ перста такъ, чтобы ладонная его поверхность была обращена кверху , см. Т. XV. ф. 4; потомъ другою рукою взявъ герніотомъ , см. ф. 9 , и положивъ его одною плоскостію на ладонную поверхность указательнаго перста, вводитъ конецъ герніотома въ сужившееся отверстіе и послѣ поворачиваетъ на четверть круга около его оси такъ чтобы остріе было обращено вверхъ; теперь, концемъ упомянутаго указательнаго перста давить спинку герніотома, приподнимая рукоятку его вверхъ, и такимъ образомъ разрѣзываетъ шейку грыжеваго мѣшка и брюшное кольцо, линіи на 3 или 4 , при грыжахъ наружныхъ короткошейныхъ , а при длинношейныхъ, линіи на 6 или 7. Разрѣзъ этотъ, операторъ направляетъ или прямо вверхъ отъ самой середины сужившагося отверстія , если во время операціи нельзя было съ точностію опредѣлить вида грыжи , или, при наружной грыжѣ, вверхъ и кнаружи , а при внутрен-

ней вверхъ и внутрь къ бѣлой линіи брюха, поелику нижняя надчревная артерія, см. ф. 6. x, во второмъ случаѣ лежитъ на задней и внутренней сторонѣ шейки грыжеваго мѣшка, а въ послѣднемъ, т. е. при внутренней грыжѣ, на передней и наружной его сторонѣ.

Если шейка грыжеваго мѣшка и брюшное кольцо такъ стужены, что операторъ не можетъ вложить въ нихъ конецъ указательнаго перста, то онъ проводитъ между внутреннею поверхностію грыжеваго мѣшка и ущемленными внутренностями жолобоватый зондъ, см. Т. XV. ф. 3, нѣсколько согнувъ конецъ его къ жолобоватой поверхности и смазавъ масломъ. При этомъ рукоятку зонда держитъ большимъ, указательнымъ и среднимъ перстами лѣвой руки и наклоняетъ ее внизъ такъ, чтобы зондъ, обращенный жолобомъ впереди, имѣлъ параллельное направленіе съ бѣлою линіею брюха, а загнутый конецъ его, простираясь на дюймъ въ брюшной каналъ, касался брюшины; потомъ операторъ, правою рукою взявъ бистурей съ пуговкою, проводитъ его спинкою по жолобу зонда, съ которымъ вмѣстѣ подвигаетъ вверхъ и такимъ образомъ разрѣзываетъ стуженное брюшное кольцо и грыжевой мѣшокъ, прямо вверхъ какъ выше сказано, и послѣ извлекаетъ оба инструмента кнаружи.

Четвертый моментъ. Совершенно уничтоживъ ущемленіе такъ, чтобы указательный перстъ могъ свободно проходить въ брюшную полость, операторъ, смазавъ персты свои масломъ, захватываетъ выпавшія внутренности и осторожно извлекаетъ ихъ нѣсколько кнаружи, дабы удостовѣриться, подвижны ли онѣ или находятся приросшими. Въ первомъ случаѣ онъ, посоветовавъ больному открыть ротъ и не задерживать выдыханіе, сначала вправливаетъ верхнюю, или ближайшую къ брюшному кольцу, часть выпавшей кишки, осторожно производя умѣренныя движенія указательными перстами и направляя ихъ, при наружной кривой грыжѣ, вверхъ и кнаружи, а при внутренней болѣе кзади и вверхъ. При этомъ операторъ обращаетъ

персты ладонною поверхностію къ грыжѣ и попеременно концемъ одного изъ нихъ удерживаетъ вправленную часть выпавшей внутренности, какъ бы затворяя имъ наружное отверстіе паховаго канала до тѣхъ поръ, пока вдавить или всунуть въ брюшную полость слѣдующую часть другимъ перстомъ. Вложивъ всѣ кишки въ брюшную полость, подобнымъ образомъ онъ послѣ вправливаетъ сальникъ, если онъ выпалъ, начиная также съ верхней его части, наконецъ и грыжевой мѣшокъ, когда онъ находится еще подвижнымъ и несросшимся съ околележащими частями.

Во второмъ случаѣ, срастѣнія слабкія, плевистыя и тѣсмовидныя, при багровомъ, буромъ и даже черноватомъ цвѣтѣ выпавшихъ внутренностей, операторъ, осторожно раздѣливъ перстомъ или тупоконечными ножницами, поступаетъ какъ выше упомянуто. Напротивъ того, весьма крѣпкія и мясистыя срастѣнія кишки или сальника особенно съ шейкою грыжеваго мѣшка, сопровождающіяся значительнымъ органическимъ разстройствомъ и высшею степенью антонова огня, операторъ оставляетъ въ грыжевомъ мѣшкѣ нераздѣленными и невправленными, отдѣливъ только помертвѣвшія части отъ здоровыхъ, помощію перстовъ или ножницъ.

Пятый моментъ. Очистивъ рану отъ крови, или испорченныхъ частей, помощію куска грецкой губки, операторъ въ первомъ случаѣ, плотно сблизивъ губы раны между собою, укрѣпляетъ ихъ, почти крестообразно, лепточками липкаго пластыря, какъ сказано въ описаніи перевязыванія артерій; во второмъ случаѣ, онъ сначала помѣщаетъ омащенную деревяннымъ масломъ корпейную связочку между губами раны, которая помощію ленточекъ липкаго пластыря слегка стягиваетъ, дабы истечение мокротъ изъ раны было свободно. Потомъ, въ обоихъ случаяхъ, сверхъ пластырей, операторъ кладетъ мѣлкую корпю и компрессъ, которая укрѣпивъ паховою одинаковою или двойною Т-образною повязкою, подкладываетъ подъ мошонку больнаго маленькую подушечку или свер-

нутую простыню. Больной до заживленія раны долженъ находиться въ постели въ такомъ положеніи, въ какомъ онъ былъ во время операціи, воздерживаясь отъ сморканія, чиханья и проч.

84. Грыжесъченіе бедренное. Herniotomia femoralis T. XV. ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей, положеніе больного, обязанности помощниковъ и моменты операціи тѣже самыя, какіе описаны при производствѣ предъидущей операціи.

Первый моментъ. Операторъ, помощію бистурея или скалпелля, какъ выше сказано, разрѣзываетъ общіе покровы въ различномъ направленіи: или, начиная на дюймъ выше бедреннаго кольца, проводитъ разрѣзъ внизъ и кнаружи до самаго дна или нижней части грыжевой опухоли; или, онъ дѣлаетъ одинъ разрѣзъ сверху и внутри косвенно чрезъ опухоль внизъ и кнаружи, а другой параллельно съ Пупарціевою связкою такъ, что оба разрѣза почти крестообразно пресѣкаются на срединѣ опухоли, см. T. XV. ф. 5; или наконецъ, образуетъ два разрѣза, одинъ поперечный чрезъ всю опухоль внизъ и кнаружи, а другой вертикальный сверху внизъ, подъ прямымъ угломъ соединяющійся съ первымъ на срединѣ опухоли. Въ послѣднихъ двухъ случаяхъ операторъ, захвативъ пальцами лѣвой руки или пинцетомъ губы раны или лоскуты общихъ покрововъ, отдѣляетъ ихъ въ стороны помощію скалпелля, горизонтально обращеннаго плоскостію лезвья къ передней стѣнѣ грыжеваго мѣшка. Происшедшее при этомъ кровотеченіе помощникъ останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, или какъ упомянуто въ предъидущей операціи.

Второй моментъ. Операторъ, захвативъ помощію пинцета поверхностное бедренное влагалище или растяженіе, и приподнявъ его въ складку, вскрываетъ скалпеллемъ, какъ выше сказано, и подводитъ подъ него жолобоватый

зондъ, по которомъ бистуреемъ съ пуговкою онъ разрѣзываетъ влагалище вмѣстѣ съ паховыми желѣзами, по направлению наружной раны. Потомъ подобнымъ же образомъ операторъ вскрываетъ слой клетчатой плевы (*fascia prorgia*) и самый грыжевой мѣшокъ, строго наблюдая все то, что сказано въ описаніи втораго момента предъидущей операціи.

Третій моментъ. Удовольствившись въ томъ, что грыжевой мѣшокъ совершенно вскрытъ и ущемленіе выпавшихъ внутренностей находится въ наружномъ бедренномъ кольцѣ, операторъ вводитъ въ его отверстіе конецъ указательнаго перста или жолобоватаго зонда и разрѣзываетъ ущемленіе помощію герніотома, или бистурея съ пуговкою, направляя лезвее этихъ инструментовъ прямо вверхъ и внутрь.

При разширѣннн съуженнаго внутренняго бедреннаго кольца, помощникъ оттягиваетъ отъ верхняго угла раны ущемленныя внутренности внизъ и извлекаетъ грыжевой мѣшокъ кнаружи, дабы доставить свободный доступъ оператору, который и здѣсь поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ въ первомъ случаѣ, разрѣзывая съуженное кольцо нѣсколько косвенно вверхъ и внутрь, или параллельно съ горизонтальною вѣтвію лобковой кости.

Четвертый моментъ. Операторъ сначала всею ладонью руки давитъ выпавшія и ущемленныя въ грыжѣ внутренности внизъ, потомъ вправливаетъ ихъ прямо спереди кзади, или снаружи внутрь, наблюдая при этомъ все то, что сказано въ описаніи четвертаго момента предъидущей операціи.

Пятый моментъ. Рану нужно перевязать какъ послѣ операціи пахомошочнаго грыжесѣченія.

Полобнымъ образомъ, какъ выше описано, должно поступать при производствѣ операціи ущемленной пупочной грыжи и др.

85. *Закрытіе неестественнаго каловаго прохода и свища.*
Operatio ad sanandum anum præternaturalem et fistulam stercora-
lem T. XVI. ф. 3. 4. 5.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Толстой зондъ, или катетеръ, жолобоватый зондъ, бистурей съ пуговкою, скалпелль, особенныя ножницы или щипцы, называемыя enterotom, снабженныя на внутренней поверхности концовъ тупыми зубцами, а на рукояткахъ винтомъ, которыхъ звена отдѣльны и соединяются на срединѣ помощію винта или замка, Т-образная повязка, адскій камень, скалпелль, пинцетъ, кривыя иглы, плоскія шелковыя лигатуры, или карлсбадскія иглы и бумажныя нитки, деревянное масло, мѣлкая корпія, ленточки липкаго пластыря, куски грецкой губки, холодная и теплая вода.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при операціи пахомошоночной грыжи.

Моменты операціи. 1) Уничтоженіе преграды между полостью кишки; 2) закрытіе наружнаго отверстія брюшной стѣны.

Первый моментъ. Операторъ, предварительно и достаточно разширивъ отверстіе неестественнаго каловаго прохода напитаною воскомъ губкою или бистурею, сначала изслѣдываетъ помощію зонда или катетера направленіе обоихъ концовъ кишки и положеніе ея преграды; потомъ вводитъ въ отверстіе палецъ, или жолобоватый зондъ, и по немъ вкладываетъ одно звено ножницъ въ верхній или нижній конецъ кишки, послѣ такимъ же образомъ другое звено въ другой конецъ кишки, см. Т. XVI. ф. 3. Соединивъ оба звена ножницъ въ ихъ замкѣ винтомъ и удостовѣрившись, изъ препятствія оборачивать звена около ихъ оси, что концы ножницъ находятся по обѣимъ сторонамъ преграды, сближаетъ рукоятки звеньевъ помощію винта до тѣхъ поръ, пока больной почувствуетъ сильное сжи-

маніе и даже боль. Въ такомъ положеніи, окруживъ инструментъ снаружи близъ отверстія мѣлкою корпіею, укрѣпляетъ его ленточками липкаго пластыря и Т-образною повязкою, пока онъ самъ по прошествіи одной недѣли выпадетъ кнаружи вмѣстѣ съ помертвѣвшею преградою.

Второй моментъ. По возстановленіи натурального испражненія кипечныхъ нечистотъ, неестественное каловое отверстіе въ брюшной стѣнѣ, недавнее, имѣющее свѣжіе края, зарастаетъ при помощи давленія его и плотнаго запиранія приличною повязкою. Отверстія, долгое время продолжающіяся съ омололистѣлыми краями, операторъ прижигаетъ алскимъ камнемъ, или, помощію скапелля срѣзавъ омололистѣвшіе края, соединяетъ ихъ кровавымъ швомъ. При большемъ разстройствѣ или потерѣ общихъ покрововъ брюха, операторъ, вырѣзавъ близъ отверстія изъ здоровой кожи лоскутъ и заворотивъ его, пришиваетъ къ обрѣзаннымъ краямъ отверстія, какъ сказано при образованіи искусственныхъ вѣкъ и губъ. Если находятся нѣсколько малыхъ отверстій, то ихъ должно соединить между собою разрѣзомъ помощію бистурея съ пуговкою или скапелля и потомъ лѣчить рану, какъ выше упомянуто.

86. *Операція свища заднепроходной кишки. Operatio fistulae ani per incisionem. T. XVI. Ф. 6.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Круглый и жолобоватый зондъ, деревянный горжеретъ, искривленный бистурей съ пуговкою, или снабженный подвижнымъ остроконечнымъ лезвиемъ (ножъ Совиньи), тупоконечныя кривыя ножницы, корнцангъ, деревянное масло, куски грецкой губки, холодная вода, корпейная связочка или бурдонетъ, мѣлкая корпія, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, по очищеніи кишечнаго канала его помощію слабительныхъ средствъ и клистиря, долженъ лежать на кро-

вати, упираясь на ней локтями и колѣнами такъ, чтобы бедра составляли прямой уголъ съ его туловищемъ, или нижнюю конечность здоровой стороны опустить на полъ; или больной, упираясь ногами на полъ долженъ лежать на краю стола на брюхѣ, подъ которое кладется тугая подушка или валикъ; или наконецъ больной можетъ лежать на постели близъ ея края, на больномъ боку такъ, чтобы нижняя конечность больной стороны находилась въ прямомъ, а здоровая въ согбенномъ положеніи. Одинъ помощникъ плоскими руками долженъ развлекать ягодицы больного въ сторону, а другой помогать оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ стѣнки прямой кишки; 2) остановленіе кровотеченіе и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ сзади больного и смазавъ деревяннымъ масломъ жолобоватый зондъ, вводитъ его въ наружное отверстіе свища такъ глубоко, чтобы конецъ зонда проникъ въ полость прямой кишки; потомъ, смазавъ масломъ указательный перстъ лѣвой руки, проводитъ его въ прямую кишку больного до самаго кончика зонда, или даже нѣсколько выше.

Послѣ, рукоятку зонда отдавъ помощнику для удержанія въ неподвижномъ положеніи, операторъ беретъ бистурей правою рукою и вводитъ его чрезъ свищъ спинкою по жолобу зонда въ полость прямой кишки, гдѣ захвативъ указательнымъ перстомъ конецъ его, извлекаетъ кнаружи, производя пиловидныя движенія. Такимъ образомъ внутри кнаружи онъ разрѣзываетъ стѣнку кишки, находящуюся между полостію послѣдней и свищемъ, окружающіе мускулы задняго прохода и общіе покровы; но еще прежде такового разрѣза помощникъ извлекаетъ изъ свища зондъ. Наконецъ операторъ, изслѣдывая рану указательнымъ перстомъ, если находитъ, что верхняя стѣнка кишки еще цѣла, то вводитъ по пальцу кривыя ножницы и разрѣзываетъ ими остальную часть кишки, подъ которую простирается свищъ. Если такъ называемый не совершенный или неполный свищъ простирается весьма высоко и не имѣетъ сообще-

щенія съ полостію прямой кишки, то вмѣсто пальца, операторъ употребляетъ деревянный горжереть, а вмѣсто бистурея съ пуговкою ножъ Савиньи, котораго подвижнымъ остроконечіемъ сначала прокалываетъ кишку надъ концемъ горжерета, а потомъ, оттянувъ остроконечіе назадъ, разрѣзываетъ мягкія части этимъ же ножомъ, какъ въ первомъ случаѣ.

Второй моментъ. Послѣ операціи, весьма сильное и внутреннее кровотеченіе, операторъ останавливаетъ помощію прижатія, плотно выполняя всю рану и полость кишки бурдонетами, напитанными уксусомъ, Теденовою водою отъ ранъ; или, обернувъ холстинкою довольно толстую эластическую трубку, вводитъ ее въ прямую кишку больного и потомъ вкладываетъ мѣлкую корпію между трубкою и холстинкою, особенно къ больной сторонѣ до тѣхъ поръ, пока произведетъ достаточное прижатіе того мѣста, изъ котораго происходитъ кровотеченіе; послѣ, въ обоихъ случаяхъ накладываетъ Т-образную повязку, какъ выше сказано, и употребляетъ холодныя примочки на нижнюю часть живота или брюха. Умѣренное кровотеченіе операторъ обыкновенно останавливаетъ частымъ прикладываніемъ къ ранѣ куска грецкой губки съ холодною водою, послѣ перевязываетъ рану слѣдующимъ образомъ: захвативъ корпцангомъ конецъ бурдонета, омащенного масломъ, вводитъ его въ рану до ея дна, потомъ, наружный конецъ бурдонета укрѣпивъ помощію ленточекъ липкаго пластыря близъ раны, кладетъ сверху мѣлкую корпію, компрессъ и укрѣпляетъ Т-образною повязкою, какъ сказано при грыжесѣченіи. Больной послѣ операціи, принявъ нѣсколько капель настойки опія, дабы первые два дня не было испражненія низомъ, долженъ спокойно лежать въ постели на боку до заживленія раны.

87. Операция выпадения прямой кишки. Operatio prolapsus intestini recti per excisionem cutis. Т. XX. Ф. 8.

Аппаратъ инструментовъ и кровоостанавливающихъ средствъ. Пинцетъ, или щипцы, употребляемый при операціи заворота вѣкъ, ножницы изогнутыя по поверхности, куски гречкой губки съ холодною водою, уксусомъ и т. п. а иногда раскаленное желѣзо.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже самыя какъ и въ предъидущей операціи, или которыя описаны при извлеченіи младенца изъ матки помощію щипцовъ.

Операція эта большею частію состоитъ изъ одного момента и производится слѣдующимъ образомъ.

Операторъ, стоя или сидя сзади больного, беретъ лѣвою рукою пинцетъ и захвативъ имъ общіе покровы близъ самаго задняго прохода больного, приподнимаетъ ихъ въ складку; потомъ, правою рукою взявъ ножницы и обративъ вогнутость ихъ къ пинцету, вырѣзываетъ складку такъ, чтобы рана общихъ покрововъ имѣла овальный видъ и была длиною отъ 1 до 2 дюймовъ, а внутренній уголъ ея простирался бы на нѣсколько линий въ задній проходъ. Таковыхъ складокъ онъ вырѣзываетъ большее или меньшее число и притомъ различной длины и ширины, смотря по степени выпаденія прямой кишки и расслабленія общихъ покрововъ промежности. Обыкновенно число ихъ простирается отъ 3 до 5, которыя отъ задняго прохода продолжаютъ въ стороны, лучеобразно. Послѣ операціи, остановивъ кровотеченіе изъ раны помощію куска гречкой губки съ холодною водою, должно положить больного, какъ сказано въ предъидущей операціи; если же кровотеченіе изъ раны происходитъ весьма сильно, то кровоточащее мѣсто должно прижечь раскаленнымъ желѣзомъ.

88. Операция водяной грыжи чрезъ лигатуру или заволочу.
Operatio hydrocelis per setaceum. Т. XVI. Ф. 7. 8. 9.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кривая игла съ рукояткою и снабженная близъ остроконечія ушкомъ, или троакарь и прямая игла съ серебряною трубкою, шелковыя лигатуры или бумажныя нитки, деревянное масло, ленточки липкаго пластыря, мѣлкая корпія, компрессъ и поддерживающая мошонку повязка (*suspensorium scroti.*)

Положеніе больного. Больной долженъ сидѣть на краю стула или скамейки и упираться на полъ нижними конечностями, нѣсколько разведенными въ стороны; или онъ можетъ лежать на постели горизонтально на-спинѣ, какъ сказано при операциі перевязыванія нисходящей начальной артеріи въ брюшной полости.

Операция эта производится слѣдующимъ образомъ:

Операторъ, сидя предъ больнымъ или стоя съ правой стороны его, если больной лежитъ, охватываетъ лѣвою рукою мошонку его сзади и снизу и напрягаетъ ея покровы; а правою рукою, взявъ иглу съ лигатурою, прокалываетъ остроконечіе ея сверху внизъ, чрезъ среднюю часть мошонки, см. Т. XVI. Ф. 9 *a. b*, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить яичка, которое обыкновенно находится кзади и кверху или на срединѣ полости, см. Т. XVII. Ф. 2; потомъ, захвативъ одинъ конецъ лигатуры, извлекаетъ иглу кнаружи. Подобнымъ образомъ онъ проводитъ двѣ лигатуры отдѣльно или, неизвлекая иглы изъ полости мошонки, сначала прокалываетъ ее снизу, см. Т. XVI. Ф. 7. *d*, а потомъ, обративъ остроконечіе иглы кверху, проводитъ другой конецъ лигатуры *c*. Или вмѣсто кривой иглы операторъ употребляетъ тонкой и прямой троакарь, которымъ проколочъ мошонку на нижней ея части, какъ изображено на Т. XVII. Ф. 1, иглу троакара извлекаетъ, кнаружи, а трубочку лѣвою рукою удерживаетъ въ ранѣ

до тѣхъ поръ , пока испражнится вся вода изъ полости мошонки. Послѣ , вынувъ трубочку троакара , какъ сказано при прокалываніи брюха , вводитъ иглу , скрытую въ трубочкѣ , чрезъ рану въ полость мошонки до верхней ея части , которую проколовъ иглою снутри кнаружи , извлекаетъ послѣднюю съ нитками , омащенными масломъ , вверхъ , см. Ф. 3 , а трубочку возвращаетъ назадъ. Концы нитокъ или лигатуры укрѣпляетъ ленточками липкаго пластыря близъ наружной раны , которую покрывъ мѣлкою корпіею или тонкимъ компрессомъ , накладываетъ на мошонку поддерживающую повязку (*suspensorium scroti*). Послѣ операціи концы нитокъ или лигатуръ , продѣтыхъ чрезъ полость мошонки , должно постепенно туже стягивать , а нитки проводить чрезъ рану до тѣхъ поръ , пока произойдетъ въ полости водяной грыжи нагноеніе и совершенное срастѣніе ея стѣнокъ.

89. *Операція водяной грыжи чрезъ проколъ. Punctio s. paracentesis hydrocelis. Т. XVII. Ф. 1.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Тонкій круглый или плоскій троакаръ , или кровопускательный ланцетъ , деревянное масло , мѣлкая корпія , ленточки липкаго пластыря , компрессъ и поддерживающая мошонку повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ при производствѣ этой и слѣдующей операціи тѣже , какія описаны въ предъидущей.

Операція эта обыкновенно производится двоякимъ образомъ : или помощію троакара , или кровопускательнаго ланцета. Въ первомъ случаѣ операторъ , лѣвою рукою охвативъ водяную грыжу сзади и снизу , напрягаетъ покровы на передней ея части , а правою рукою взявъ троакаръ , смазанный масломъ , какъ изображено на Т. XVII. Ф. 1 , прокалываетъ имъ мошонку на нижней и передней ея части. Сначала онъ направляетъ троакаръ прямо спере-

ди кзади, а потомъ, проникнувъ концемъ троакара въ полость грыжи, что узнается изъ уничтоженія противудѣйствія, поднимаетъ конецъ его вверхъ, дабы не повредить яичка, и вводитъ глубже, см. Ф. 2. а. b; потомъ, лѣвою рукою удерживая трубочку троакара въ ранѣ, иглу его извлекаетъ кнаружи. Во второмъ случаѣ операторъ также лѣвою рукою охватываетъ мошонку больного, а большимъ и указательнымъ перстами правой руки взявъ ланцетъ, выдвинутый изъ черешка подъ прямымъ угломъ, вкалываетъ его лезвеемъ кзади и книзу въ самую средину водяной грыжи, а при извлеченіи кнаружи, расширяетъ разрѣзъ кверху. Этотъ способъ употребляется большею частію и съ большею безопасностію отъ поврежденія яичка, при водяныхъ грыжахъ, весьма недавнихъ и малыхъ. Въ обоихъ случаяхъ послѣ операціи рану должно перевязать такъ какъ упомянуто въ предъидущей операціи.

90. *Операція водяной грыжи чрезъ впрыскиваніе раздражающей жидкости.* Operatio hydrocelis per injectionem fluidi irritantis.

Аппаратъ инструментовъ и впрыскиваемая жидкости. Круглой, средней толщины троакаръ, дѣтскій клистирный сифонъ; растворъ іодиновой настойки, отъ одной до двухъ драхмъ на одну унцію воды, равныя количества краснаго портвейна и воды, растворъ бѣлаго купороса полдрахмы на одинъ фунтъ воды; вещи для перевязыванія раны тѣже, какія вычислены въ предъидущей операціи.

Операторъ, выпустивъ помощію троакара воду, какъ выше сказано, вводитъ трубочку его глубже въ полость водяной грыжи и укрѣпляетъ ее пальцами лѣвой руки, а правою рукою взявъ сифонъ, наполненный какою либо изъ упомянутыхъ жидкостей, согрѣтою до 40 градусовъ по Реомюрову термометру и вложивъ кончикъ или трубочку троакара, впрыскиваетъ жидкость въ полость водяной грыжи. При этомъ весьма строго наблюдаетъ, чтобы ко-

онецъ трубочки троакара находился въ самой полости водяной грыжи и впрыскиваемая жидкость не изливалась въ клетчатую плеву, подъ покровы мошонки; въ противномъ случаѣ можетъ послѣдовать рожистое воспаленіе и даже Антоновъ огонь мошонки.

Впрочемъ теплота и крѣпость впрыскиваемой жидкости не всегда должны быть одинаковы, но различны, смотря по степени болѣзни и чувствительности больного. Водяная грыжа застарѣлая, которой оболочки находятся отолстѣвшими и окрѣплыми и притомъ у субъекта преклонныхъ лѣтъ, требуетъ для впрыскиванія жидкость болѣе теплую и сильную, нежели таже болѣзнь, но при противныхъ обстоятельствахъ. Количество впрыскиваемой жидкости можетъ быть нѣсколько меньше выпущенной воды, но она, при давленіи снаружи мошонки пальцами, должна соприкаться всѣмъ точкамъ влагалищной оболочки и находится въ полости водяной грыжи отъ 5 до 10 минутъ, или вообще до тѣхъ поръ, пока произведетъ тоску и довольно сильные боли, простирающіяся по направленію семянаго канатика къ поясищѣ больного. Послѣ операторъ, выпустивъ впрыснутую жидкость, извлекаетъ трубочку троакара и перевязываетъ рану какъ выше сказано. Больной долженъ находиться въ спокойномъ положеніи въ кровати до тѣхъ поръ, пока боли и припадки воспаленія уничтожатся.

91. Операция водяной грыжи чрезъ разръзъ. Operatio hydrocelis per incisionem. Т. XVII. ф. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямой остроконечный бистурей, ланцетъ, жолобоватый зондъ, кривыя ножницы, Бромфильдовъ крючокъ, лигатуры, или пинцетъ для скручиванія артерій, куски гребковой губки, холодная и теплая вода, деревянное масло, бурдонетъ, корпейная связочка; ленточки липкаго пластыря, мѣлая корпія, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать горизонтально на столѣ или краю обыкновенной кровати; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнія его конечности, другой нижнія, которыя должны быть нѣсколько разведены въ стороны, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ мошонки; 2) вскрытіе влагалищной оболочки и выпущеніе жидкости; 3) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ правой стороны больного, разрѣзываетъ общіе покровы его мошонки совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи перваго момента операціи пахомошоночной грыжи.

Второй моментъ. Операторъ, лѣвою рукою охвативъ сзади и снизу мошонку больного, а правою взявъ ланцетъ, какъ выше упомянуто, прокалываетъ имъ влагалищную оболочку на срединѣ опухоли; потомъ въ сдѣланное отверстіе вводитъ указательный перстъ или жолобоватый зондъ и но немъ кривыми ножницами разрѣзываетъ упомянутую оболочку вверхъ, почти до верхней части опухоли, а внизъ до самаго дна мошонки. Если въ полости водяной грыжи кромѣ жидкости находятся еще водянистыя пузырьки (hydatides), то захвативъ ихъ пинцетомъ или пальцами, операторъ вырѣзываетъ ихъ помощію ножницъ. Иногда онъ также вырѣзываетъ одну и даже двѣ продолговатыхъ складки изъ краевъ влагалищной оболочки, если она бываетъ весьма окрѣпшею и отолстѣвшею.

Третій моментъ. Операторъ останавливаетъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска гречкой губки съ холодною водою, или наложеніемъ лигатуръ, помощію Бромфильдова крючка, на кровоточащіе сосуды, или скручиваніемъ ихъ посредствомъ пинцета, а потомъ онъ вводитъ въ полость водяной грыжи бурдонетъ, омащенный масломъ и направляетъ его помощію корнцанга въ верхній уголъ раны, между яичкомъ и влагалищными

оболочками, гдѣ передняя стѣна грыжи еще не разрѣзана. Послѣ операторъ, положивъ омащенную деревяннымъ масломъ корпейную связочку между губами раны, слегка стягиваетъ ихъ ленточками липкаго пластыря и сверху, покрывъ мѣлкою корпѣю и компрессомъ, укрѣпляетъ Т-образною повязкою, какъ сказано при пахомошоночномъ грыжесѣченіи.

92. Вырѣзываніе яичка. Extirpatio testiculi, castratio. Т. XVII. Ф. 6. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямой остроконечный бистурей, или скалпелль, пинцетъ, тупая игла, толстая круглая или плоская лигатура, ножницы, лигатурная палочка, Бромфильдовъ крючекъ, тонкія лигатуры, деревянное масло, грецкая губка, холодная и теплая вода, корпейная связочка, ленточки липкаго пластыря, мѣлкая корпѣя, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какъ и въ предъидущей операціи.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2) отдѣленіе сѣмяннаго канатика; 3) перевязываніе и перерѣзываніе его; 4) вылуценіе яичка; 5) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ разрѣзываетъ общіе покровы мошонки совершенно такъ, какъ сказано при операціи пахомошоночной грыжи, исключая тѣхъ случаевъ, гдѣ покровы находятся изъязвленными или приросшими къ яичку. Въ этомъ случаѣ онъ вырѣзываетъ ихъ помощію скалпелля, двумя полулунными сѣченіями, см. Т. XVII. Ф. 6. с. d.

Второй моментъ. Операторъ, развлекая пальцами лѣвой руки губы раны въ стороны, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, осторожно разрѣзываетъ имъ клѣтчатую плевру по обѣимъ сторонамъ сѣмяннаго кана-

тика и по направленію наружной раны. Потомъ, тѣми-же пальцами лѣвой руки, онъ, захвативъ и приподнявъ сѣмянной канатикъ, отдѣляетъ его помощію скалпелля сзади и снизу вверхъ, почти до брюшнаго кольца.

Третій моментъ. Этотъ моментъ операціи большею частию производится двоякимъ образомъ.

1) Операторъ подводитъ подъ сѣмянной канатикъ помощію пальцевъ, или тупой иглы, толстую и крѣпкую лигатуру, которою онъ перевязываетъ канатикъ такъ сильно, чтобы уничтожилась вся его чувствительность; или стягиваетъ лигатурою сѣмянной канатикъ помощію особенной лигатурной палочки, подобной турникету, употребляемому для перевязыванія артерій при аневризмахъ; потомъ операторъ перерѣзываетъ канатикъ бистурею или скалпеллемъ на полдюйма ниже узла лигатуры.

2) Операторъ, перевязавъ плоскою лигатурою въ видѣ петли весь сѣмянной канатикъ съ относящимъ сосудомъ, или одинъ только первый, дабы воспрепятствовать оттягиванію его въ брюшную полость, перерѣзываетъ его ниже петли, какъ выше-сказано въ первомъ случаѣ, потомъ помощію Бромфильдова крючка, отдѣльно перевязавъ тонкими лигатурами сѣмянные артеріи, снимаетъ петлю и удаляетъ плоскую лигатуру изъ раны.

Четвертый моментъ. Операторъ, захвативъ пальцами лѣвой руки нижній конецъ перерѣзаннаго сѣмяннаго канатика и оттягивая его внизъ и впередъ, отдѣляетъ яичко отъ окололежащихъ частей, обращая лезвее инструмента къ яичку, дабы не повредить губчатыхъ тѣлъ мочеиспускательнаго канала и преграды мошонки. Если однакожъ послѣдняя окажется весьма сильно приросшею къ опухоли разстроеннаго яичка, то операторъ вырѣзываетъ ее вмѣстѣ съ первымъ, остерегаясь въ этомъ случаѣ, чтобы не повредить здороваго яичка, которое помощникъ, оттягиваетъ въ сторону и, помощію куска грецкой губки съ холодною водою, очищаетъ отъ крови рану, дабы операторъ могъ явственно видѣть всѣ ея части.

Пятый моментъ. Операторъ, сблизивъ губки раны между собою и плотно соединивъ ихъ ленточками липкаго пластыря, покрываетъ сверху мѣлкою корпѣю или корпейною связочкою, омащенною деревяннымъ масломъ и, положивъ компрессъ, укрѣпляетъ Т-образною повязкою, какъ сказано въ предъидущей операціи.

93. Операція разширенныхъ венъ яичка. Operatio varicocelis.

При производствѣ этой операціи должно поступать троякимъ образомъ, а именно: разширенныя вены яичка или перевязать, или прижать ихъ снаружи помощію особеннаго инструмента, или наконецъ возбудить въ нихъ слипчивое воспаленіе.

Въ первомъ случаѣ операція эта весьма сходна съ предъидущею, отъ которой отличается третьимъ моментомъ, а именно: операторъ, обнаживъ сѣмянной канатикъ и отдѣливъ значительно припухшія вены его, подводитъ подъ нихъ лигатуру помощію кривой иглы и, перевязавъ довольно крѣпко, одинъ конецъ лигатуры онъ отрѣзываетъ ножницами, а другой укрѣпляетъ кусочкомъ липкаго пластыря снаружи къ губѣ раны.

Во второмъ случаѣ, операторъ, образовавъ изъ покрововъ мошонки вмѣстѣ съ разширенными венами вдольную складку, накладываетъ на нее поперечно щипчики, см. Т. XVIII. ф. 21, такъ, чтобы сѣмянной канатикъ находился въ ихъ вырѣзкѣ, а разширенныя вены между пластинками или концами щипчиковъ, которыхъ половинки операторъ сблизаетъ одна съ другою такъ близко, чтобы они довольно сильно прижимали вены.

Наконецъ, въ третьемъ случаѣ операторъ помощію прямой и длинной иглы проводитъ чрезъ полость разширенной вены бумажную нитку и оставляетъ ее отъ 24 до 48 часовъ для возбужденія къ венѣ воспаленія, потомъ извлекаетъ кнаружи.

94. *Закрытіе неестественнаго отверстія мочеиспускательнаго канала. Operatio hypospadiaseos. Т. XVIII. ф. 1—10.*

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Катетеръ, скапелль, пинцетъ, кривыя иглы, плоскія лигатуры, или карлсбадскіе иглы и бумажныя нитки, деревянное масло, куски грецкой губки, холодная и теплая вода, ленточки липкаго пластыря, мѣлая корпія, небольшой компрессъ и бинтъ или тесемка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при операціи вырѣзыванія яичка.

Моменты операціи. 1) Срѣзываніе или окровавленіе краевъ неестественнаго отверстія; 2) сошвеніе губъ раны; 3) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, при срѣзываніи омолодѣвшихъ краевъ неестественнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, вводитъ обыкновеннымъ образомъ катетеръ въ каналъ далѣе упомянутаго отверстія и потомъ поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано, при образованіи искусственныхъ вѣкъ, въ первомъ моментѣ операціи.

При этомъ онъ вырѣзываетъ съ двухъ сторонъ отверстія, вмѣстѣ съ его краями, треугольныя лоскуты общихъ покрововъ ствола такъ, чтобы вся рана имѣла болѣе или менѣе овальный видъ, простирающійся вдоль, см. Т. XVIII. ф. 2 а, или поперегъ, см. ф. 4. з. з.

Второй моментъ. Операторъ сшиваетъ губы раны тонкими плоскими лигатурами, помощію кривыхъ иглъ, или накладываетъ шовъ осьми-образный, помощію карлсбадскихъ иглъ, какъ описано въ упомянутой операціи. Если при этомъ общіе покровы ствола будутъ весьма сильно стянуты швомъ, то, для уменьшенія напряженія ихъ и губъ раны, операторъ дѣлаетъ одинъ или два разрѣза, простирающіеся вдоль или поперегъ ствола, по сторонамъ шва, см. ф. 1. 3. 8.

Третій моментъ. Операторъ, положивъ на шовъ губъ

раны корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, или мѣлкую корцію, укрѣпляетъ ее ленточками липкаго пластыря и узкимъ бинтомъ или тесемкою вокругъ ствола и далѣе поступаетъ при лѣченіи раны, какъ сказано въ описаніи образованіи искусственныхъ вѣкъ и носа; по заживленіи раны онъ извлекаетъ катетеръ изъ мочеиспускательнаго канала. Для закрытія недавняго и малаго неестественнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, операторъ, сръзавъ или окровавивъ края его, какъ выше сказано, подводитъ подъ губы раны вокругъ ея тонкую лигатуру помощію маленькой кривой иглы, см. Т. XVIII. ф. 9, потомъ концы лигатуры постепенно стягиваетъ ту же узломъ и петлею, и такимъ образомъ сближаетъ между собою окровавленные края отверстія, по заживленіи котораго какъ и въ первомъ случаѣ, онъ извлекаетъ лигатуру кнаружи.

95. Отрѣзываніе крайней плоти. Circumcisio s. amputatio præputii. Т. XXXIII. ф. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Прямые щипцы или на подобіе корнцанга, искривленные ножницы или прямой бистурей, кривыя и прямыя иглы, плоскія тонкія лигатуры, серфины, грецкая губка, холодная вода, корпейная связочка, деревянное масло, Малтійскій крестъ и узкая тесемка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на спинѣ горизонтально на краю обыкновенной кровати; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнія конечности больного, другой нижнія, которыя должны быть нѣсколько разведены въ стороны, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Захватываніе крайней плоти; 2) отрѣзываніе ея; 3) сошвеніе губъ раны; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ стоя съ боку больного, за-

хватываетъ крайнюю плотъ больного большимъ, указательнымъ и среднимъ пальцами лѣвой руки, см. ф. 4. а. и оттягиваетъ ее впередъ отъ головки дѣтороднаго уда такъ чтобы общіе покровы крайней плоти и внутренняя перепонка ея равномерно находились оттянутыми пальцами оператора; потомъ взявъ правою рукою щипцы съ вырѣзными вѣтвями или простыя *b*, накладываетъ ихъ между головкою дѣтороднаго уда и своими пальцами на крайнюю плотъ больного и поручаетъ ихъ держать помощнику.

Второй моментъ. Операторъ взявъ правою рукою прямою бистурей, какъ пишчее перо, отрѣзываетъ имъ между пальцами и головкою дѣтороднаго уда крайнюю плотъ больного такъ, чтобы уздочка ея осталась не отрѣзанною с. При употребленіи щипцовъ съ вырѣзками операторъ проводитъ помощію прямыхъ иглъ плоскія лигатуры сквозь вырѣзки щипцовъ чрезъ складку крайней плоти такъ, чтобы по обѣимъ сторонамъ складки оставались длинныя концы лигатуръ *d*; потомъ прямымъ бистурѣмъ отрѣзываетъ крайнюю плотъ между своими пальцами и вырѣзкою щипцовъ.

Третій моментъ. Въ первомъ случаѣ операторъ, остановивъ кровотеченіе изъ раны, сближаетъ помощію пальцевъ лѣвой руки губы раны, а большимъ и указательнымъ пальцами правой руки взявъ серфинъ, накладываетъ его такъ, чтобы равномерно была захвачена наружная и внутренняя оболочки крайней плоти; число серфиновъ можетъ быть отъ 6—10. ф. 5. а. Во второмъ случаѣ операторъ снявъ щипцы съ крайней плоти больного, оттягиваетъ нѣсколько снаружи средину лигатуръ, проведенныхъ чрезъ складки крайней плоти и перерѣзываетъ ихъ ножницами, чрезъ что образуется двойное число лигатуръ въ ранѣ крайней плоти ф. 6. а. Остановивъ кровотеченіе операторъ связываетъ надъ краями раны отдѣльно каждую лигатуру, а концы ихъ отрѣзываетъ ножницами близъ узловъ ф. 7. а. Въ первомъ случаѣ рана оставляется на одинъ или два дня безъ перевязки до тѣхъ поръ, пока не будутъ сняты серфины, по-

томъ , какъ и во второмъ случаѣ , покрывается корпейною связочкою, омащенною деревяннымъ масломъ и Малтійскій крестъ, который укрѣпляется узкою тесемкою вокругъ дѣтороднаго уда ; при наложеніи лигатуръ должно оставлять ихъ долѣе нежели серфины , пока губы раны плотно срастутся между собою.

96. *Разрѣзъ и отрѣзываніе лоскутовъ крайней плоти.* Incisio et excisio praeputii. Т. XXXIII. Ф. 3. 8. 9.

Для производства этой операціи должно имѣть : кривыя ножницы или остроконечный бистурей , серебряный жолобоватый зондъ и вещи нужныя для перевявыванія раны, которыя вычислены въ аппаратѣ предъидущей операціи.

При разрѣзываніи крайней плоти , операторъ захвативъ конецъ ея большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой , а правою взявъ ножницы, вводитъ въ отверстіе крайней плоти тупой конецъ ихъ надъ верхнею частію головки дѣтороднаго уда до его вѣнчика — corona glandis penis, и разрѣзываетъ ножницами крайнюю плотъ. Ф. 3. а. б.

Если отверстіе крайней плоти весьма узкое, то операторъ вводитъ въ него жолобоватый зондъ и по немъ остроконечнымъ бистурѣмъ разрѣзываетъ крайнюю плотъ, см. Ф. 8. а. б.

При отрѣзываніи лоскутовъ крайней плоти , операторъ захвативъ пинцетомъ одинъ край ея отрѣзываетъ его ножницами , потомъ другой подобнымъ же образомъ , см. Ф. 9. и б.

Въ обоихъ случаяхъ операторъ , остановивъ кровотеченіе изъ раны, помощію прикладыванія къ ней грецкой губки съ холодною водою, кладетъ на губы раны корпейную связочку , омащенною деревяннымъ масломъ и укрѣпляетъ ее Малтійскимъ крестомъ и узкою тесемкою вокругъ дѣтороднаго уда.

97. Операция заворота крайней плоти. Operatio paraphymoseos.
Т. XXXIV. Ф. 1. 2. 3.

При заворотѣ крайней плоти и ущемленіи въ ней головки дѣтороднаго уда операторъ поступаетъ двоякимъ образомъ: 1) или перетягиваетъ крайнюю плоть сзади впередъ чрезъ головку дѣтороднаго уда; или 2) дѣлаетъ разрѣзъ крайней плоти для уничтоженія ущемленія головки.

Въ первомъ случаѣ больной долженъ лежать на кровати или сидѣть на краю ея, операторъ, стоя или сидя предъ больнымъ, кладетъ указательный и средній пальцы обѣихъ рукъ по сторонамъ дѣтороднаго уда больного, а большими перстами каждой руки давитъ головку (glans penis) спереди кзади и передвигаетъ чрезъ нее крайнюю плоть, см. Ф. 1. Или операторъ захвативъ лѣвою рукою дѣтородный удъ больного позади его головки, которую, сжавъ первыми тремя перстами правой руки, давитъ ее спереди кзади и передвигаетъ чрезъ нее крайнюю плоть Ф. 2.

При производствѣ этой операціи предварительно должно смазывать деревяннымъ масломъ крайнюю плоть и головку дѣтороднаго уда больного.

Во второмъ случаѣ, при весьма сильномъ сокращеніи крайней плоти и ущемленіи ею головки дѣтороднаго уда, гдѣ вправливаніе (taxis) оказалось безуспѣшнымъ, операторъ уничтожаетъ ущемленіе помощію небольшого разрѣза крайней плоти. Въ этомъ случаѣ онъ поступаетъ двоякимъ образомъ: а) или дѣлаетъ прямымъ бистуреемъ полойно разрѣзъ ущемленного мѣста крайней плоти, остерегаясь при этомъ повредить пещеристыя тѣла; или б) подводитъ конецъ серебрянаго жолобоватаго зонда подъ край суженной крайней плоти и разрѣзываетъ ее, внутри кнаружи и спереди кзади, помощію искривленнаго острокопечнаго бистурея по жолобоватому зонду, см. Ф. 3.

Въ обоихъ случаяхъ операторъ, уничтоживъ ущемленіе

головки дѣтороднаго уда, передвигаетъ чрезъ нее крайнюю плоть, какъ выше сказано.

98. *Введеніе катетера въ мочеиспускательный каналъ.* Applicatio catheteris s. catheterismus. Т. XVII. Ф. 10.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Катетеры, или зонды металлические, изогнутые по натуральной кривизнѣ мочеиспускательнаго канала, или эластические и гибкіе различной толщины, и длины до 12 дюймовъ, исключая женскихъ, которыхъ длина бываетъ до 7 дюймовъ, деревянное масло, Т-образная повязка, тесемка и кольцо, приготовленное изъ куска холста.

Положеніе больного. Больной можетъ стоять на полу, или лучше, онъ долженъ лежать на постели горизонтально на-спинѣ такъ, чтобы бедра составляли почти прямой уголъ съ туловищемъ и голенями и были разведены въ стороны.

Операция эта производится двоякимъ образомъ: или обыкновеннымъ (*methodus vulgaris*), или съ поворотомъ (*methodus magistralis*.)

Въ первомъ случаѣ, операторъ взявъ правою рукою, какъ писчее перо, согнутый зондъ, или катетеръ и смазавъ конецъ его деревяннымъ масломъ, охватываетъ пальцами лѣвой руки, стоя съ лѣвой стороны больного, дѣтородный удъ его близъ головки, см. Т. XVII. Ф. 10; потомъ, обративъ вогнутость зонда или катетера къ лобковымъ костямъ больного, вводитъ кончикъ его въ мочеиспускательный каналъ съ лѣвой стороны больного и параллельно съ бѣлою линіею его брюха. При этомъ операторъ лѣвою рукою передвигаетъ конецъ дѣтороднаго уда чрезъ выпуклость катетера или зонда впередъ и вверхъ, а кончикъ инструмента опускаетъ внизъ подъ лобковую кость, до луковичы мочеиспускательнаго канала, см. Т. XVIII. Ф. 13. *h.* 2; потомъ рукоятку катетера равномерно наклоняетъ впередъ и внизъ, описывая ею полукругъ, а

конецъ его направляетъ болѣе къ верхней стѣнѣ мочеиспускательнаго канала и такимъ образомъ чрезъ часть перепончатую (*pars membranacea*) и соотвѣтствующую предстательной желѣзѣ онъ вводитъ катетеръ или зондъ, *k*, въ полость мочеваго пузыря, *d*. Если при введеніи катетера кончикъ его упирается на лобковые кости, или останавливается въ складкѣ мочеиспускательнаго канала, то операторъ нѣсколько извлекаетъ катетеръ кнаружи и, въ первомъ случаѣ, наклонивъ рукоятку его болѣе къ брюху больного, опять продвигаетъ далѣе, а во второмъ онъ направляетъ кончикъ катетера въ другую сторону или кверху. При отвердѣніи предстательной желѣзы операторъ вводитъ въ прямую кишку больного лѣвый указательный перстъ свой и давитъ имъ кончикъ или выпуклость катетера, который такимъ образомъ удобнѣе проходитъ въ мочевоу пузырь. Если при этомъ операторъ употребляетъ эластическій катетеръ, то проволоку его нѣсколько оттягиваетъ кнаружи, дабы кончикъ катетера могъ болѣе подняться кверху и удобнѣе перейти окрѣпшую предстательную желѣзу.

Во второмъ случаѣ, операторъ ставъ съ правой стороны больного и взявъ лѣвою рукою конецъ дѣтороднаго уда его, а правою катетеръ, какъ выше сказано, вводитъ его въ мочеиспускательный каналъ, обративъ выпуклость катетера къ дугѣ лобковыхъ костей больного, см. Т. XVIII. ф. 14. 1; потомъ когда кончикъ катетера дойдетъ до перепончатой части канала, тогда довольно скоро, но безъ насилія, наклоняетъ рукоятку катетера сначала внизъ и къ лѣвому бедру больного, а послѣ приподнимаетъ вверхъ, 2, описывая ея полукругъ и далѣе поступаетъ какъ въ первомъ случаѣ.

Этотъ послѣдній способъ введенія катетеровъ или зондовъ не употребляется при лѣченіи сжатій мочеиспускательнаго канала, помощію эластическихъ или тонкихъ и гибкихъ зондовъ или бужей.

99. Вырѣзываніе заслоночекъ или ложныхъ перепонокъ мочеиспускательнаго канала. Т. XVIII. Ф. 18.

Аппаратъ. Серебрѣнный катетеръ снабженный на концѣ шарикомъ, котораго верхняя половина имѣетъ видъ маленькой чашечки съ острыми краями, а нижняя подобна пуговкѣ и укрѣплена къ проволоцѣ, которая проходитъ чрезъ катетеръ и снаружи оканчивается кольцомъ или рукояткою раздѣленною на линіи, см. Ф. 19. 20.

Операторъ при производствѣ этой операціи поступаетъ слѣдующимъ образомъ: сначала вводитъ инструментъ въ мочеиспускательный каналъ, какъ сказано въ первомъ случаѣ предъидущей операціи; потомъ, удаливъ нижнюю половинку полушарика на одну линію отъ верхней, см. Ф. 18. е, нѣсколько извлекаетъ инструментъ кнаружи и опять слегка опускаетъ конецъ его въ мочеиспускательный каналъ, натягивая лѣвою рукою послѣдній, дабы не могли образоваться въ немъ складки. При такомъ движеніи инструмента, находящаяся въ каналѣ заслончка удобно попадаетъ между половинками шарика, е, что узнается изъ препятствія извлекать инструментъ кнаружи или проводить его далѣе въ мочеиспускательный каналъ. Теперь операторъ, помощію рукоятки или кольца проволоки, весьма плотно приближаетъ нижнюю половинку шарика къ верхней и такимъ образомъ вырѣзываетъ перепонку или заслончку мочеиспускательнаго канала и извлекаетъ ее вмѣстѣ съ инструментомъ кнаружи. Послѣ повторяетъ операцію эту подобнымъ образомъ нѣсколько разъ, смотря по числу заслоночекъ, которое можно опредѣлить помощію шарика инструмента. Впрочемъ небольшія и недавнія заслоночки и ложныя перепонки мочеиспускательнаго канала (*valvulae s. frenulae, pseudomembranae*) какъ изображено на Т. XVIII. 18, можно уничтожить, не вырѣзывая ихъ помощію упомянутаго инструмента. Въ этомъ случаѣ должно вводить въ каналъ постепенно толстѣйшіе эластич-

ческіе катетеры и оставлять въ немъ на цѣлыя сутки и болѣе, если чувствительность и раздражительность больного не препятствуютъ. Такимъ образомъ катетеръ, возбуждаетъ легкое раздраженіе въ мочеиспускательномъ каналѣ, и производитъ безпрестанное давленіе на упомянутыя заслонки, или ложныя перепонки, которыя удобно прирастаютъ къ стѣнкамъ канала чрезъ слипчивое воспаленіе или послѣ отдѣляются и выходятъ кнаружи вмѣстѣ съ мочою. Многіе и счастливые случаи убѣдили меня въ справедливости вышесказаннаго.

100. Прокалываніе мочевого пузыря. Punctio s. paracentesis vesicae urinae. T. XVII. ф. 8. 9.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Длинный и согнутый троакаръ простой, или имѣющій двойную трубочку, скалпелль, деревянное масло, компрессы, мѣлкая корпія, ленточки липкаго пластыря и Т-образная повязка.

Операция эта производится тройкимъ образомъ, а именно: проколъ мочевого пузыря дѣлается или спереди чрезъ бѣлую линію брюха больного, см. ф. 8. *и*; или сзади чрезъ прямую кишку у мужчинъ, а у женщинъ чрезъ ручавъ матки, см. ф. 8. *з.* ф. 9. *и*; или наконецъ чрезъ заднепроходную промежность, *у*.

Въ первомъ случаѣ больной долженъ лежать, какъ сказано въ описаніи операціи прокалыванія брюха. Операторъ, стоя съ правой стороны больного, кладетъ надъ соединеніемъ лобковыхъ костей его лѣвый указательный перстъ свой, а правою рукою взявъ троакаръ, какъ выше упомянуто, и смазавъ его деревяннымъ масломъ, прокалываетъ брюшную стѣну надъ концемъ указательнаго перста и между пирамидальными мускулами такъ, чтобы вогнутость троакара была обращена къ соединенію лобковыхъ костей. Потомъ онъ приподнимаетъ рукоятку

троакара вверхъ, по направленію бѣлой линіи брюха, а конецъ его наклоняетъ внизъ въ полость таза.

Такимъ образомъ операторъ, проколовъ мочевоу пузырь, иглу троакара извлекаетъ кнаружи, а трубочку его проводитъ глубже въ пузырь, изъ котораго тотчасъ вытекаетъ моча; при этомъ должно наблюдать все то, что сказано при вышущеніи воды изъ брюшной полости.

Послѣ наложивъ Т-образную паховую повязку вокругъ таза больного и закрывъ пробкою отверстіе трубочки, операторъ окружаетъ ее компрессами и укрѣпляетъ помощію тесемокъ къ повязкѣ. Смотри по количеству накопившейся въ пузырь мочи должно выпускать ее чрезъ трубочку, которая оставляется въ ранѣ иногда до осьмага дня или вообще до тѣхъ поръ, пока моча свободно будетъ вытекать чрезъ мочеиспускательный каналъ. Въ это время операторъ трубочку троакара извлекаетъ кнаружи, а рану перевязываетъ какъ сказано при операциіи прокалыванія брюха.

Во второмъ случаѣ больной долженъ лежать на спинѣ, поперечно на кровати совершенно такъ, какъ описано при операциіи извлеченія младенца помощію щипцовъ, и сверхъ того одинъ помощникъ давитъ верхнее дно мочеваго пузыря надъ лобковыми костями больного.

Операторъ, стоя между согбенными и разведенными въ стороны бедрами больного, вводитъ омащенный деревяннымъ масломъ указательный перстъ лѣвой руки въ прямую кишку больного, или у женщинъ въ рукавъ матки, такъ глубоко, чтобы конецъ перста ладонною поверхностію упирался на дно мочеваго пузыря. Потомъ правою рукою взявъ, какъ выше сказано, омащенный масломъ троакаръ, котораго игла должна быть нѣсколько извлечена и остроконеціе ея скрыто въ трубочкѣ, вводитъ его въ полость прямой кишки выпуклостію по ладонной поверхности лѣваго указательнаго перста, до самаго конца его. Послѣ выдвигаетъ остроконеціе иглы изъ трубочки троакара и прокалываетъ мочевоу пузырь сзади кпереди и

снизу вверхъ, по направленію оси таза, см. Т. XVII. ф. 8. з. ф. 9. w; наконецъ иглу троакара извлекаетъ изъ его трубочки, которую помощію тесемокъ укрѣпляетъ къ Т-образной повязкѣ, какъ сказано въ первомъ случаѣ.

Въ третьемъ случаѣ операторъ, подобнымъ образомъ, какъ будетъ сказано при боковомъ камнеизсѣченіи, обнаживъ переднюю часть предпузырной желѣзы больного, вводитъ въ глубину раны лѣвый указательный перстъ свой и по немъ помощію длиннаго и прямаго троакара, прокалываетъ мочевой пузырь снизу вверхъ и нѣсколько впередъ, также по направленію оси таза ф. 8. y; послѣ поступаетъ такъ, какъ сказано въ первыхъ двухъ случаяхъ.

101. Извлеченіе камня чрезъ разрѣзъ нижней части брюшной стѣны и передней стѣны мочевого пузыря. Cystotomia hypogastrica. Sectio alta. Т. XVIII. ф. 16. 17.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Литотомическій зондъ съ жолобомъ на вогнутой поверхности, или sonde a fleche, состоящій изъ серебряной изогнутой трубочки, въ которой заключается выдвижная пружина съ пуговкою для поднятія передней стѣны мочевого пузыря и игла, также выдвижная, для прокалыванія этой стѣны, скалпелль, жолобоватый зондъ, бистурей прямой съ пуговкою и острокопечный, искривленный съ пуговкою, два тупыхъ крючка, литотомическія щипцы, короткій и нѣсколько изогнутый зондъ, эластическій катетеръ, деревянное масло, куски гредкой губки съ холодною водою, бандельтъ, ленточки липкаго пластыря, мѣлая корпія, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на низкомъ столѣ, или обыкновенной кровати, на спинѣ такъ, чтобы тазъ и грудь его были нѣсколько приподняты посредствомъ подушекъ, для ослабленія брюшныхъ мускуловъ; одинъ помощникъ держитъ верхнія конечности и туловище больного, два укрѣпляютъ

нижнія его конечности, которыя должны быть нѣсколько согбены и разведены въ стороны, см. Т. XVIII. ф. 16; два помогаютъ оператору, который одному изъ нихъ поручаетъ держать рукоятку литотомическаго зонда, введеннаго въ мочевою пузырь больного, какъ выше сказано.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ брюшной стѣны; 2) вскрытіе мочеваго пузыря; 3) извлеченіе камня; 4) перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ правой стороны больного, напрягаетъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки своей общіе покровы его брюха на нижней части бѣлой линіи, надъ соединеніемъ лобковыхъ костей; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скапелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы, длиною отъ 2 до $3\frac{1}{2}$ дюймовъ по самой срединѣ бѣлой линіи, сверху внизъ до соединенія упомянутыхъ костей, гдѣ волосы предварительно должны быть сбриты. Послѣ, повторенными сѣченіями скапелля осторожно разрѣзавъ бѣлую линію близъ соединенія лобковыхъ костей и между пирамидальными мускулами, подводитъ подъ нее жолобоватый зондъ, по которомъ помощію прямаго бистурея съ пуговкою расширяетъ разрѣзъ бѣлой линіи снизу вверхъ по направленію наружной раны. Помощникъ останавливаетъ при этомъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою и помощію тупыхъ крючковъ развлекаетъ губы раны въ стороны.

Второй моментъ. Операторъ вводитъ въ рану указательный перстъ и, отдѣливъ имъ отъ передней стѣны мочеваго пузыря складку брюшины кверху, поручаетъ ее вмѣстѣ съ кишками помощнику отвлекать также указательнымъ перстомъ, къ верхнему углу раны; потомъ самъ правою рукою наклонивъ между бедрами больного, см. ф. 9, рукоятку зонда внизъ, захватываетъ пальцами лѣвой руки надъ лобковыми костями конецъ зонда вмѣстѣ съ приподнятою имъ переднею стѣнкою мочеваго пузыря. Послѣ, отдавъ рукоятку зонда помощнику для укрѣпленія въ сказанномъ по-

ложеніи и взвъ правою рукою прямой остроконечный бистурей, прокалываетъ имъ мочевой пузырь снаружи внутрь, или спереди кзади надъ жолобомъ зонда, по которомъ расширяетъ разрѣзъ книзу до верхняго края дуги лобковыхъ костей. Если вмѣсто упомянутаго жолобоватаго зонда употребляется sonde à flèche, то прокалываніе мочевого пузыря дѣлается снутри кнаружи или сзади кпереди помощію выдвижной иглы, см. ф. 17. Потомъ помощникъ захватываетъ указательнымъ перстомъ или тупымъ крючкомъ верхній уголь раны мочевого пузыря, а операторъ извлекаетъ зондъ кнаружи и вводитъ въ полость пузыря лѣвый указательный перстъ свой и по немъ бистуреетъ съ пуговкою еще болѣе расширяетъ рану пузыря, сообразно величинѣ камня.

Третій моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою литомическія щипцы, вводитъ ихъ чрезъ рану, спереди кзади и нѣсколько внизъ, по лѣвому указательному персту въ полость мочевого пузыря больного, потомъ, раскрывъ ложечки щипцовъ и осторожно захвативъ ими камень, извлекаетъ его кнаружи. При этомъ помощникъ долженъ неподвижно укрѣплять пузырь тупымъ крючкомъ или горжерестомъ введеннымъ въ верхній уголь его раны. Потомъ операторъ вводитъ чрезъ рану въ полость мочевого пузыря указательный перстъ или короткій зондъ и изслѣдываетъ пузырь; если находитъ въ немъ еще другой камень или отломки отъ перваго, то опять подобнымъ образомъ вложивъ въ мочевой пузырь щипцы и захвативъ ими камень или отломки, извлекаетъ ихъ кнаружи какъ выше сказано, остерегаясь, чтобы вмѣстѣ съ ними не захватить складки мочевого пузыря.

Четвертый моментъ. Операторъ, стоя съ лѣвой стороны больного и смазавъ деревяннымъ масломъ эластическій катетеръ вводитъ его, какъ выше упомянуто, чрезъ мочеиспускательный каналъ въ пузырь больного, дабы моча могла безпрестанно вытекать чрезъ катетеръ кнаружи и непослѣдовало изліяніе ея въ полость таза. Потомъ, вложивъ бан-

делетъ въ нижній уголъ раны до самаго пузыря, сближаетъ губы ея между собою и соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря, которыя покрываетъ мѣлкою корпіею и укрѣпляетъ Т-образною повязкою, какъ сказано при операціи цезарскаго сѣченія. Больной послѣ операціи долженъ находиться въ кровати почти въ полусидячемъ положеніи до заживленія раны и испускать мочу чрезъ эластическій катетеръ, или трубку, которую иногда бываетъ нужно перемѣнить, когда засорится или произведетъ сильныя боли въ мочеиспускательномъ каналѣ.

10.2. Боковое камнеизсѣченіе. Lithotomia s. cystotomia lateralis
Т. XVIII. ф. 5. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Литотомическій зондъ съ жолобомъ на выпуклой поверхности, обоюду-острый скалпелль, скрытый въ щели зонда, бистурей (*lithotomus s. cysthotomus occultus*), см. Т. XIX. ф. 7, острый горжеретъ, см. Т. XXI. ф. 5, прямой бистурей съ пуговкою, литотомическія щипцы прямая и искривленные различной величины, см. ф. 4, ложечка, см. ф. 3, круглый и нѣсколько искривленный короткій зондъ, Бромфильдовъ крючекъ, лигатуры, серебряная трубочка, обвернутая тряпкою, или эластическая съ тесемками, деревянное масло, куски грецкой губки, холодная вода, компрессъ, корпія и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. При производствѣ этой и слѣдующихъ операцій камнеизсѣченія, больной, по очищеніи прямой кишки его, за нѣсколько часовъ до операціи посредствомъ клистира, долженъ лежать на столѣ съ приподнятою головою и согбенными нижними конечностями такъ, чтобы голени были приближены къ бедрамъ разведеннымъ въ стороны и составляющимъ прямой уголъ съ его туловищемъ, задница должна выстоять внѣ края стола. Одинъ помощникъ, стоя съ боку больного, лѣвою рукою поднимаетъ мошонку его вверхъ, а правою

держитъ рукоятку литотомическаго зонда такъ, чтобы она составляла совершенно прямой уголъ съ лоннымъ соединеніемъ и была обращена къ правому паху больного, дабы выпуклость зонда съ лѣвой стороны шва заднепроходной промежности образовала примѣтное возвышеніе; два помощника, стоя по сторонамъ больного, укрѣпляютъ нижнія его конечности, охвативъ одною рукою колѣно съ внутренней стороны и прижавъ его къ своей груди или боку, а другою стопу, связанную съ ручною кистью, см. Т. XXI. ф. 1; четвертый помощникъ сидя на столѣ неподвижно удерживаетъ туловище больного и закрываетъ глаза его полотенцемъ; пятый помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ покрововъ и мускуловъ заднепроходной промежности; 2) вскрытіе плевистой части мочеиспускательнаго канала; 3) разрѣзываніе предстательной желѣзы и шейки мочеваго пузыря; 4) извлеченіе камня и остановленіе кровотеченія послѣ операціи.

Первый моментъ. Операторъ, смазавъ масломъ литотомическій зондъ, вводитъ его обыкновеннымъ образомъ въ мочевой пузырь больного, гдѣ отыскавъ камень, отдаетъ рукоятку зонда помощнику для удержанія въ сказанномъ направленіи; потомъ самъ помощію циркулярнаго бинта, въ видѣ двойныхъ петель (*laquei*), наложеннаго на нижнія части предплечій больного, связываетъ ручныя кисти его съ стопами ногъ такъ, что большой перстъ руки находится на тылу стопы, а прочіе на подошвѣ и укрѣпляются концами бинта крестообразно пресѣкающимися на тылу и подошвѣ стопы, см. Т. XIX. ф. 5. Потомъ, сидя на низкомъ стулѣ между бедрами больного или упираясь однимъ колѣномъ на полъ, напрягаетъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки общіе покровы на лѣвой сторонѣ промежности больного, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, обоюдоострый скалпелль, разрѣзываетъ имъ, между упомянутыми перстами, покровы сверху внизъ и нѣсколько кнаружи. Разрѣзъ этотъ онъ начинаетъ, смотря по возрасту больного, въ разстояніи 3 или 4 линій отъ лѣвой

стороны шва заднепроходной промежности и почти на дюймъ ниже дуги лонныхъ костей, или отъ 1 до $1\frac{1}{2}$ дюйма выше задняго прохода, см. Ф. 5. *b. c.*, послѣ проводить параллельно съ восходящею вѣтвію сѣдалищной кости, *e*, въ разстояніи отъ нее на одинъ поперечный перстъ, и оканчивается на срединѣ линіи, проведенной отъ задняго прохода до сѣдалищнаго бугра или даже нѣсколько ниже отверстия перваго, *d*. Длина наружнаго разрѣза бываетъ различна, отъ $1\frac{1}{2}$ до 3 дюймовъ, и болѣе, смотря по величинѣ камня и возрасту больнаго, но вообще лучше и выгоднѣе дѣлать длинный разрѣзъ общихъ покрововъ, нежели короткій, который можетъ затруднять дальнѣйшее производство операціи, особенно при извлеченіи большаго камня кнаружи. Подобнымъ образомъ, какъ общіе покровы, операторъ разрѣзываетъ скалпеллемъ, по направленію наружной раны, поперечные мускулы и артеріи заднепроходной промежности, см. Т. XIX. Ф. 1. *i. k. m.* и ея перепонку, Ф. 8. *f.* и, производя глубокіе разрѣзы нѣсколько короче наружныхъ, лѣвымъ указательнымъ перстомъ отклоняетъ луковицу мочеиспускательнаго канала кверху и къ правой сторонѣ больнаго.

Второй моментъ. Операторъ, вводя лѣвый указательный перстъ глубже въ верхній уголъ раны и, придавливая имъ упомянутую желѣзу, какъ сказано, кверху и къ правой сторонѣ, ставитъ ноготь его на жолобъ зонда; потомъ, наклоняя рукоятку скалпелля болѣе книзу и нѣсколько кнаружи, остріе его направляетъ вверхъ и по ногтю прокалываетъ плевистую часть мочеиспускательнаго канала надъ жолобомъ зонда, между луковицею и лѣвою частію губчатыхъ тѣлъ канала (*crus sinistrum corporis spongiosi urethrae*). Послѣ, поднимая рукоятку скалпелля кверху, проводитъ остроконечіе его внизъ и далѣе отъ 4 до 5 линій по жолобу зонда до предстательной желѣзы. При этомъ помощникъ долженъ крѣпко и неподвижно держать зондъ въ сказанномъ направленіи, не наклоняя рукоятку его внизъ ни къ брюху больнаго; поелику въ первомъ случаѣ опера-

торъ можетъ затрудняться въ отысканіи выпуклости зонда и его жолоба, а во второмъ кончикъ зонда выйдетъ изъ полости мочеваго пузыря, и потому упомянутый разрѣзъ плевистой части мочеиспускательнаго канала нельзя будетъ сдѣлать надлежащимъ образомъ.

Третій моментъ. Разрѣзъ предстательной желѣзы и шейки мочеваго пузыря производится двоякимъ образомъ, а именно : снутри кнаружи, или снаружи внутрь.

Въ первомъ случаѣ, операторъ правою рукою взявъ, какъ троакаръ, рукоятку скрытаго литотома, см. Т. XX. ф. 7, вводитъ его въ рану такъ, чтобы вогнутость была обращена къ зонду, а выпуклость внизъ и кнаружи, и по указательному персту лѣвой руки онъ ставитъ конецъ литотома на жолобъ зонда; потомъ, лѣвою рукою взявъ отъ помощника рукоятку зонда наклоняетъ ее внизъ, а вогнутость послѣдняго поднимаетъ ближе къ дугѣ лонныхъ костей и, въ этоже время правою рукою плотно прижимая конецъ литотома къ жолобу зонда и подвигая его снизу вверхъ, вводитъ въ полость мочеваго пузыря, и самъ встаетъ съ стула или поднимается съ пола. Послѣ, вынувъ зондъ изъ мочеиспускательнаго канала, придавливаетъ рукоятку лезвья литотома и такимъ образомъ, раскрывъ его на разстояніе почти равное меньшему діаметру камня, извлекаетъ горизонтально кнаружи по оси таза, см. Т. XIX. ф. 7. При этомъ операторъ вогнутость или зондъ литотома поднимаетъ къ дугѣ лонныхъ костей, а остріе его обращаетъ внизъ и кнаружи, сообразно направленію наружной раны, и въ такомъ положеніи извлекаетъ инструментъ изъ мочеваго пузыря, остерегаясь повредить во внутренней сторонѣ нижняго угла раны прямую кишку, а въ наружной *arteriam pudendam communem*.

Во второмъ случаѣ, операторъ правою рукою взявъ рукоятку горжерета, см. Т. XXI. ф. 5, котораго остроконечіе поставивъ на жолобъ зонда, беретъ рукоятку послѣдняго лѣвою рукою и, наклоняя ее какъ въ первомъ случаѣ, онъ вводитъ горжеретъ въ полость мочеваго пузыря

по жолобу зонда снизу вверхъ и впередъ, и совершенно такъ, какъ упомянуто при введеніи скрытаго литотома, наклоняя остріе горжерета косвенно внизъ и кнаружи по направленію наружной раны. При этомъ, остроконечіе горжерета операторъ крѣпко придавливаетъ къ жолобу зонда, дабы оно не могло сдвинуться въ сторону и повредить прямой кишки или проложить ложный ходъ между ею и мочевымъ пузыремъ; потомъ извлекаетъ кнаружи зондъ изъ мочеиспускательнаго канала и горжеретъ изъ раны.

Подобнымъ образомъ, особенно у дѣтей, у которыхъ мочевого пузыря лежитъ выше и болѣе кпереди, можно разрѣзать снаружи внутри предстательную желѣзу и шейку пузыря помощію бистурея съ пуговкою или скалпелля. Въ этомъ случаѣ операторъ лѣвою рукою взявъ, какъ выше сказано, рукоятку зонда, наклоняетъ ее къ правому паху больного, а вогнутость зонда поднимаетъ къ соединенію лобковыхъ костей; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, бистурей или скалпель, см. Т. XIX. ф. 3, онъ вводитъ чрезъ рану въ жолобъ зонда конецъ какого либо изъ упомянутыхъ инструментовъ и, направляя лезвее къ нижнему углу раны, осторожно подвигаетъ его по жолобу зонда снизу вверхъ и параллельно съ нисходящею вѣтвію лѣвой сѣдалищной кости; сдѣлавъ достаточный разрѣзъ предстательной желѣзы и шейки мочевого пузыря извлекаетъ кнаружи бистурей или скалпель и зондъ.

Четвертый моментъ. Операторъ, удостовѣрившись помощію лѣваго указательнаго перста, въ надлежащей длинѣ разрѣза, величинѣ и положеніи камня, беретъ правою рукою прямыя литотомическія щипцы и, обративъ ложечки ихъ къ губамъ раны, вводитъ по упомянутому персту въ полость мочевого пузыря снизу вверхъ по направленію оси таза; потомъ нѣсколько раскрывъ щипцы и поворотивъ около четверти ихъ оси такъ, чтобы одна ложечка была обращена вверхъ, а другая внизъ, захватываетъ ими камень, подводя подъ него нижнюю ложечку щипцовъ.

Впрочемъ таковой оборотъ щипцовъ , особенно глубоко введенныхъ въ мочевой пузырь и при камнѣ большомъ и плоскомъ , весьма часто затрудняетъ захватываніе камня потому , что нижняя ихъ ложка не подходитъ подъ камень , но покрываетъ его или находится надъ нимъ , см. Т. ХХІ. Ф. 4. По этому гораздо удобнѣе и вѣрнѣе бываетъ захватить камень введши щипцы , какъ выше сказано , въ мочевой пузырь и , не перемѣняя направленія , раскрыть или развести ложки ихъ въ стороны ; потомъ поднимая рукоятки щипцовъ вверхъ , наклонить ложки ихъ внизъ такъ , что онѣ непременно будутъ находиться съ боковъ камня и при сведеніи ихъ захватятъ его въ такомъ положеніи.

Если судорожное сжатіе мочевого пузыря препятствуетъ захватыванію камня , то нужно удалить или ослабить таковое сжатіе , посредствомъ впрыскиванія въ пузырь теплой воды простой или съ малымъ количествомъ экстракта *belladonæ* , или дать больному внутрь нѣсколько капель настойки опія , или наконецъ уничтожить сжатіе помощію указательнаго перста или литотомической ложечки , вводя ихъ въ мочевой пузырь и освобождая ею камень. Захвативъ камень операторъ , дабы удостовѣриться , что вмѣстѣ съ камнемъ не захваченъ мочевой пузырь , нѣсколько поворачиваетъ щипцы около ихъ оси и даетъ имъ такое направленіе , чтобы ложки ихъ были обращены въ стороны или къ губамъ раны ; потомъ кладетъ конецъ лѣваго указательнаго перста между ложками щипцовъ близъ замка , дабы умѣривать имъ давленіе щипцовъ на камень и въ случаѣ соскальзыванія послѣдняго не ущемить стѣны мочевого пузыря. Если при этомъ весьма большое разстояніе рукоятокъ щипцовъ въ стороны показываетъ , что камень захваченъ въ большомъ діаметрѣ , или онъ находится близъ замка щипцовъ ; то въ первомъ случаѣ операторъ старается , помощію лѣваго указательнаго перста , перемѣнить положеніе камня , а во второмъ удалить его отъ замка щипцовъ къ концамъ ихъ ложечекъ. Потомъ , наклоня рукоятки щипцовъ внизъ , постепенно извлекаетъ камень кнаружи и лѣ-

вымъ указательнымъ перстомъ придавливаетъ заднепроходную промежность больного, дабы части ея не уступали силѣ извлеченія камня, см. Т. XX. ф. 1. Если при этомъ выпадетъ прямая кишка кнаружи, то ее должно вправить или удалить въ сторону до окончанія операціи. Когда камень находится уже въ ранѣ, то операторъ производитъ небольшія движенія щипцами въ стороны и, нѣсколько поднимая рукоятки послѣднихъ вверхъ; извлекаетъ такимъ образомъ камень кнаружи. Потомъ указательнымъ перстомъ или короткимъ зондомъ изслѣдуетъ мочевой пузырь и, если въ полости его находитъ еще другой камень или отломки отъ перваго, то опять вводитъ щипцы и извлекаетъ ими, какъ выше сказано, или литотомическою ложечкою, см. Т. XXI. ф. 3. Для извлеченія камня, находящагося около верхняго дна мочевого пузыря и болѣе кпереди или за предстательною желѣзою, операторъ вводитъ кривыя щипцы, обращенныя вогнутостію къ соединенію лонныхъ костей, потомъ, въ послѣднемъ случаѣ, поворотивъ около половины ихъ оси, захватываетъ камень и извлекаетъ его кнаружи при такомъ направленіи щипцовъ, въ какомъ онѣ были введены.

Послѣ операціи, развязавъ руки и ноги больного, операторъ вышеупомянутыми средствами прекращаетъ умеренное кровотеченіе, а весьма сильное, происходящее изъ перерѣзанныхъ довольно большихъ артерій какъ то: *ex arteria pudenda communi*, см. Т. XIX. ф. 1. *r. art. perinæi s. bulbosa, bulbo urethræ, arteriis prostatæ et colli vesicæ dilatatis*, останавливаетъ помощію серебряной или эластической трубки, которой тонкій конецъ, или внутренній съ отверстіемъ, покрытый трупомъ, онъ вводитъ чрезъ рану въ полость пузыря, а широкій или наружный укрѣпляетъ тесемками къ бедрамъ больного, или Т-образною повязкою, какъ выше сказано при операціи прокалыванія мочевого пузыря чрезъ прямую кишку. Въмѣсто трута можно обернуть трубку простымъ компрессомъ и введши ее въ рану наполнять мѣлкою корпіею промежность, находящуюся между труб-

кою и комарессомъ, до тѣхъ поръ пока остановится кровотечение. Больной послѣ операціи до заживленія раны долженъ лежать болѣе на правомъ боку съ согбенными нижними конечностями.

103. Поперечное камнеизсѣченіе. *Cystotomia transversalis s. bilateralis* T. XX. ф. 2.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же самой, какой вычисленъ въ предъидущей операціи и сверхъ того, вмѣсто простаго или одинаковаго скрытаго литотома, должно имѣть двойной, см. ф. 6.

Операція эта сходна съ предъидущею, отъ которой отличается производствомъ только перваго и третьяго моментовъ.

Первый моментъ. Операторъ, поручивъ помощнику литотомическій зондъ, введенный въ мочевой пузырь больного, держать такъ, чтобы рукоятка его составляла прямой уголъ съ соединеніемъ лонныхъ костей и была параллельна бѣлой линіи, а жолобъ соотвѣтствовалъ заднепроходному шву, самъ занимаетъ положеніе какъ при производствѣ предъидущей операціи. Потомъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки напрягаетъ общіе покровы на правой сторонѣ заднепроходной промежности больного, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ покровы, начиная съ правой стороны между перстами; послѣ проводить его нѣсколько вверхъ къ шву, линій на 6 или 7, выше отверстія задняго прохода и оканчиваетъ на лѣвой сторонѣ шва заднепроходной промежности, на одинаковой высотѣ съ началомъ. Такимъ образомъ наружный разрѣзъ общихъ покрововъ имѣетъ видъ полулуны, выпуклостію обращенный къ соединенію лобковыхъ костей, а вогнутостію къ отверстию задняго прохода, и длину отъ 4 до 5 дюймовъ. Потомъ, перстами лѣвой руки операторъ оттягивая нижнюю губу раны вмѣстѣ съ прямою кишкою внизъ, осторожно разрѣзываетъ скал-

пеллемъ по направленію наружной раны клѣтчатую плеву и волокны мускула поднимающаго задній проходъ (*m. levatoris ani*, см. Т. XIX. ф. 1. *т.*) и обнажаетъ плевистую часть мочеиспускательнаго канала, направляя углы разрывовъ нѣсколько внизъ.

Третій моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ выше сказано, рукоятку двойнаго скрытаго литотома вводитъ его по лѣвомъ указательномъ персту такъ, чтобы вогнутость литотома была обращена вверхъ къ зонду, а выпуклость внизъ къ прямой кишкѣ; потомъ, поставивъ конецъ литотома въ жолобъ зонда и лѣвою рукою взявъ, какъ выше упомянуто, рукоятку послѣдняго, наклоняетъ ее прямо внизъ, а вогнутость зонда поднимаетъ вверхъ къ дугѣ лонныхъ костей. Въ это же время онъ, вставая съ стула или поднимаясь съ пола, правою рукою крѣпко прижимаетъ къ жолобу зонда конецъ литотома и подвигаетъ его снизу вверхъ въ полость мочеваго пузыря. Послѣ, вынувъ зондъ изъ мочеиспускательнаго канала и поворотивъ литотомъ около половины его оси такъ, чтобы выпуклость была обращена кверху, а вогнутость внизъ, прижимаетъ пружину литотома, помощію которой выдвигаются два лезвия его въ стороны на опредѣленное разстояніе посредствомъ винта; наконецъ, поднимая литотомъ къ дугѣ лонныхъ костей, извлекаетъ его горизонтально кнаружи и такимъ образомъ косвенно сверху внизъ разрѣзываетъ въ обѣ стороны предстательную желѣзу и шейку мочеваго пузыря; далѣе поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ предъидущей операціи.

104. Извлеченіе камня чрезъ разрывъ заднепроходной кишки и мочеваго пузыря. Cystotomia recto visicalis. Procto-cystotomia postica. Т. XIX. ф. 2. Т. XX. ф. 1. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей почти такой же, какой описанъ при операціи боковаго камнеизсѣченія, исключая скрытаго литотома и горжерета, вмѣсто

которыхъ нуженъ: прямой остроконечный бистурей или брюшистый скалпелль, см. Т. XIX. ф. 4 k, и расширитель прямой кишки *f. (dilatator intestini recti)*.

Моменты операціи. 1) Разрѣзь нижней части прямой кишки и заднепроходной промежности; 2) разрѣзь плевистой части мочеиспускательнаго канала, предстательной желѣзы и шейки мочеваго пузыря; 3) извлеченіе камня изъ полости мочеваго пузыря.

Первый моментъ. Операторъ вводитъ лѣвый указательный перстъ свой въ задній проходъ больного и давить имъ заднюю стѣнку прямой кишки назадъ, обративъ ладонную поверхность перста вверхъ; потомъ, правою рукою взявъ прямой остроконечный бистурей и плоско положивъ его на ладонную поверхность перста, вводитъ по ней въ отверстіе задняго прохода на дюймъ выше, въ полость прямой кишки. Потомъ, направивъ лезвее бистурея вверхъ и довольно сильно придавивъ хребетъ его помощію указательнаго перста, прокалываетъ остроконечіемъ бистурея переднюю стѣну прямой кишки, которую, извлекая инструментъ и перстъ кнаружи, разрѣзываетъ снутри кнаружи и вверхъ, длиною около девяти линій, втѣстѣ съ сжимательными ея мускулами, клѣтчатую плевою и общими покровами заднепроходной промежности, по направленію шва послѣдней.

Второй моментъ. Операторъ вкладываетъ въ рану лѣвый указательный перстъ свой и ставитъ конецъ или поглотъ его на жолобъ зонда, а правою рукою, взявъ бистурей проводить его по упомянутому персту къ плевистой части мочеиспускательнаго канала, которую прокалываетъ надъ жолобомъ зонда. Потомъ, лѣвою рукою взявъ рукоятку зонда и наклоняя ее прямо внизъ, постепенно подвигаетъ ножъ по жолобу зонда внизъ и разрѣзываетъ имъ, по направленію заднепроходнаго шва, предстательную желѣзу, шейку и отчасти тѣло мочеваго пузыря, такъ высоко, чтобы верхній уголъ его раны находился почти на дюймъ выше таковаго угла раны прямой кишки; послѣ

извлекаетъ изъ мочеваго пузыря зондъ и бистурей кнаружи.

При употребленіи брюшистаго скапелля и разширителя прямой кишки должно поступать какъ изображено на Т. XX. ф. 4.

Третій моментъ. Операторъ при производствѣ этаго момента операціи, поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ сказано въ описаніи четвертаго момента операціи боковаго камнеизсѣченія.

105. Камнеизсѣченіе у женщинъ.

Операція эта весьма во многомъ совершенно сходна съ тремя предъидущими и большею частію производится двоякимъ образомъ, а именно: разрѣзъ мочеиспускательнаго канала и шейки мочеваго пузыря дѣлается внизъ и кнаружи, или вверхъ и къ лѣвой сторонѣ больной.

Въ первомъ случаѣ помощникъ правою рукою держитъ литотомическій зондъ, введенный въ мочеиспускательный каналъ больной и, наклоняя рукоятку его нѣсколько къ правому паху больной, какъ выше сказано, разводитъ перстами лѣвой руки большія и малыя дѣтородныя губы въ стороны. Операторъ, поставивъ лѣвый указательный перстъ свой на выпуклость зонда близъ отверстія мочеиспускательнаго канала больной, а правою рукою взявъ, какъ пишчее перо, бистурей или скапелль, разрѣзываетъ имъ по жолобу зонда мочеиспускательный каналъ и шейку мочеваго пузыря, какъ выше упомянуто, производя разрѣзъ достаточной длины сообразно величинѣ камня и направляя лезвее инструмента внизъ и кнаружи. вмѣсто бистурея или скапелля можно употребить скрытый простой литомъ или горжереть, какъ сказано при боковомъ камнеизсѣченіи.

Во второмъ случаѣ, операторъ вводитъ въ мочеиспускательный каналъ больной длинный жолобоватый зондъ и направляетъ рукоятку его къ лѣвой сторонѣ, а жолобъ

кверху; потомъ, правою рукою взявъ бистурей и обративъ лезвее его вверхъ, разрѣзываетъ имъ по жолобу зонда мочеиспускательный каналъ и шейку мочевого пузыря снизу вверхъ и въ лѣвую сторону больной, остерегаясь при этомъ повредить ея клиторъ, Т. XX. ф. 5, 1.

Въ обоихъ случаяхъ операторъ, сдѣлавъ разрѣзъ мочеиспускательнаго канала и шейки мочевого пузыря, извлекаетъ зондъ и бистурей или скапелль кнаружи и вводитъ чрезъ рану въ мочевой пузырь литотомическія щипцы, которыми захвативъ камень, извлекаетъ его кнаружи и оканчиваетъ операцію, какъ выше сказано.

106. Раздробленіе или просверливаніе камня въ мочевомъ пузырь. Lithotritia s. Lithotripsia. Т. XXI. ф. 2.

Аппаратъ инструментовъ. Серебрёный катетеръ, сифонъ, прямая серебряная трубка имѣющая въ наружномъ концѣ винтъ, щипцы или стальная трубка длиннѣе и тоннѣе первой, въ которую она вкладывается, передній конецъ ея раздѣленъ на 3 или 4 вѣтви нѣсколько различной длины съ загнутыми внутрь концами или крючками, а задній или наружный раздѣленъ на линіи и ввинчивается въ отверстіе серебрянаго кружка; буравчикъ, состоящій изъ стального прутика, котораго передній конецъ снабженъ зубчиками или цилиндрическимъ трепанчикомъ, а наружный раздѣленъ на линіи и укрѣпляется въ мѣдную тарелочку или кружокъ, состоящій изъ двухъ половинокъ и имѣющій снаружи жолобъ или бороздку; лучекъ или смычекъ съ кишечною струною, которая наворачивается на жолобъ мѣдной тарелочки; рукоятка или станокъ для укрѣпленія наружнаго конца серебряной трубки и придавливанія буравчика посредствомъ пружины, заключающейся въ трубчкѣ рукоятки, маленькій скрытый бистурей для разрѣзыванія весьма суженнаго наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, см. Т. XXI. ф. 6; щипчики, которыхъ передній конецъ раздѣленъ на двѣ вѣтви, а на-

ружрый проходить чрезъ вышеописанную серебряную трубку и ввинчивается въ отверстіе серебрянаго кружка; онѣ употребляются для захватыванія и извлеченія маленькихъ кусочковъ камня изъ мочеиспускательнаго канала и мочевого пузыря.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, приготовленный къ операціи, какъ сказано при боковомъ камнеизсѣченіи, долженъ лежать на низкой постели, на спинѣ съ приподнятою головою и тазомъ посредствомъ подушекъ, съ согбенными нѣсколько и разведенными въ стороны нижними конечностями; одинъ помощникъ укрѣпляетъ туловище больного и верхнія конечности; два нижнія, а четвертый помогаетъ оператору. Иногда бываетъ нужно, въ теченіи одной и даже двухъ недѣль, каждый день вводить постепенно толстыя эластическіе бужи въ мочеиспускательный каналъ больного, дабы расширить его и притупить чувствительность. Если наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала весьма узко, то его должно разрѣзать упомянутымъ скрытымъ бистуреомъ, для свободнаго введенія инструмента въ мочевой пузырь.

Моменты операціи. 1) Введеніе въ мочевой пузырь инструмента и захватываніе имъ камня; 2) раздробленіе или просверливаніе камня и извлеченіе инструмента кнаружи.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ лѣвой стороны больного, вводитъ въ мочевой пузырь его серебряный катетеръ, согрѣтый и смазанный деревяннымъ масломъ, какъ выше сказано; потомъ, правою рукою взявъ сифонъ съ теплою водою и вложивъ конецъ его въ наружное отверстіе катетера, медленно и постепенно наполняетъ мочевой пузырь теплою водою до тѣхъ поръ, пока больной почувствуетъ сильное побужденіе испускать мочу, или пузырь его будетъ явственно ощущаться выше соединенія лобковыхъ костей. Такимъ образомъ стѣнки мочевого пузыря, будучи растянуты впрыснутою водою, не могутъ быть захвачены инструментомъ вмѣстѣ съ камнемъ. Теперь операторъ, вынувъ катетеръ и взявъ правою рукою,

какъ псечее перо, согрѣтый, сложенный и смазанный масломъ инструментъ, вводитъ его чрезъ мочеиспускательный каналъ больного въ полость пузыря, гдѣ отыскавъ камень, ставитъ надъ нимъ конецъ инструмента и укрѣпляетъ въ неподвижномъ положеніи такъ, чтобы длинный конецъ щипцовъ былъ обращенъ вверхъ. Потомъ, лѣвою рукою удерживая задній конецъ внутренней трубки, наружную постепенно отвлекаетъ правою рукою назадъ, дабы щипцы первой могли разойтись въ стороны; тогда, подобнымъ образомъ оттянувъ нѣсколько кнаружи буравчикъ или сверло, опускаетъ инструментъ болѣе внизъ и впередъ, въ полость пузыря такъ, чтобы щипцы внутренней его трубки находились по сторонамъ камня. Теперь, подвигая внизъ наружную трубку, сближаетъ ею концы или щипцы внутренней, которыми охвативъ камень, укрѣпляетъ внутреннюю трубку въ наружной помощію винта, находящагося въ заднемъ концѣ послѣдней.

Второй моментъ. Если масштабъ внутренней турбки показываетъ, что захваченный ею щипцами камень не большой, и притомъ глухой и неясный звукъ, происходящій при давленіи или треніи камня буравчикомъ, удостовѣряетъ, что камень рыхлъ и мягокъ; то операторъ, лѣвою рукою неподвижно укрѣпивъ наружные концы обѣихъ трубокъ, обхватываетъ большимъ, указательнымъ и среднимъ перстами правой руки мѣдный кружокъ или тарелочку, находящуюся на наружномъ концѣ буравчика. Потомъ помощію упомянутыхъ перстовъ и тарелочки онъ, повертывая буравчикъ попеременно около половины его оси и прижимая имъ камень, старается просверлить или раздробить послѣдній на маленькіе кусочки. Въ противномъ случаѣ, при большомъ и твердомъ камнѣ, операторъ кладетъ задній конецъ наружной трубки въ станокъ или рукоятку и придавливаетъ пружиною ея буравчикъ къ камню; потомъ, поручивъ эту рукоятку помощнику для укрѣпленія въ неподвижномъ положеніи, самъ обводитъ по жолобку, вокругъ упомянутой тарелочки, струну смычка, по-

мощію котораго попеременно вертитъ буравчикъ вокругъ его оси и такимъ образомъ раздробляетъ или просверливаетъ камень, дѣйствуя смычкомъ сначала слабо и медленно, а послѣ сильнѣе и скорѣе, см. Т. XXI. ф. 2. Если камень, будучи просверленъ въ поперечникѣ насквозь, не разламывается на части и не выпадаетъ изъ щипцовъ внутренней трубки; то операторъ сначала, нѣсколько раскрывъ инструментъ, старается переменить въ немъ положеніе камня быстрымъ поворотомъ инструмента вокругъ его оси; или, совершенно освободивъ камень, опять захватываетъ его, какъ выше сказано, въ другомъ положеніи или діаметрѣ, дабы вторично просверлить или раздробить его на маленькіе кусочки, которые вмѣстѣ съ мочею могли бы выйти кнаружи; послѣ, сложивъ инструментъ, извлекаетъ его изъ мочевого пузыря. Такимъ образомъ иногда бываетъ нужно нѣсколько разъ повторять операцію чрезъ 6 или 8 дней, смотря потому, какъ уничтожуются припадки раздраженія въ мочевомъ пузырьѣ и мочеиспускательномъ каналѣ больного, и пока весь камень будетъ раздробленъ. Кусочки камня, остановившіеся въ мочеиспускательномъ каналѣ, операторъ захватываетъ помощію щипчиковъ, см. Т. XXII. ф. 18. 19. и извлекаетъ кнаружи; подобнымъ образомъ, для извлеченія таковыхъ же кусочковъ, оставшихся въ мочевомъ пузырьѣ, онъ вводитъ длинныя прямыя щипцы въ пузырь, которыя выдвинувъ изъ трубочки и захвативъ ими кусочикъ камня, укрѣпляетъ наружный конецъ винтомъ и извлекаетъ, какъ выше упомянуто.

Больной, употребляя по временамъ теплыя ванны, долженъ находиться въ спокойномъ положеніи до тѣхъ поръ, пока всѣ кусочки раздробленнаго камня выдутъ изъ мочевого пузыря кнаружи.

107. *Разбиваніе или раздавливаніе камня въ мочевомъ пузырь.*
Lithotripsia s. lithotritia per concussionem s. compressionem calculi in vesica urinaria. Т. XXII.

Аппаратъ инструментовъ. Серебряный катетеръ, см. Т. XXII. ф. 8. съ краномъ ф. 7, сифонъ ф. 6, камнеразбиватель ф. 10, который бываетъ различной толщины, смотря по возрасту больного и величинѣ камня, и притомъ простой или снабженный винтомъ ф. 9. 15, молотокъ ф. 16, или винтъ ф. 12, 13, рукоятка ф. 5, инструментъ для извлеченія кусочковъ камня изъ мочевого пузыря (*percuteur à cuiller*) ф. 17, длинныя щипцы, подобныя полипнымъ или заключающіяся въ серебряной трубочкѣ, для извлеченія кусочковъ камня, остановившихся въ мочеиспускательномъ каналѣ, ф. 18. 19.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, приготовленный къ операціи, какъ сказано при камнеисверленіи, долженъ лежать на особенно устроенной кровати, см. Т. XXII. ф. 3, на спинѣ такъ, чтобы тазъ его находился близъ самаго передняго края этой кровати и былъ приподнятъ посредствомъ подложенной подъ него подушки, дабы камень по своей тяжести болѣе подвинулся ко дну мочевого пузыря, гдѣ гораздо удобнѣе можно его захватить инструментомъ, нежели близъ шейки пузыря; для этой же цѣли грудь и голова больного, находящіяся на подушкѣ, см. ф. 3. *k*, и подпираемая клиновиднымъ ящикомъ *i*, для ослабленія брюшныхъ стѣнъ, могутъ опускаться чрезъ пониженія головнаго конца кровати *l, s*. Нижнія конечности больного, полусогбенныя въ колѣняхъ и тазовыхъ членосоединеніяхъ, должны быть разведены въ стороны и укрѣплены двумя помощниками, стоящими по сторонамъ кровати, какъ сказано при боковомъ камнеиссѣченіи; сверхъ того онѣ должны подошвами упираться на подножки, выдвигающіяся изъ ножнаго края кровати, *m. m*. и снабженныя нѣсколькими приподнятыми бушмаками,

р. р. въ которыхъ помѣщаются пальцы ногъ больного. Персты верхнихъ конечностей, полусогбенныхъ въ локтяхъ, должны находиться на груди больного и быть оди- нъ съ другими сложенными. Туловище больного, который долженъ открыть ротъ и не задерживать выдыханіе, укрѣп- ляется въ сказанномъ положеніи помощію широкаго пояса *k*, котораго середина прикладывается къ затылку, а концы проводятся чрезъ грудь и соединяются съ пряжками или пуговками, находящимися на боковыхъ краяхъ кровати.

Впрочемъ, производя нѣсколько разовъ литотритію надъ больными разнаго возраста, я совершенно удостовѣрился изъ опыта и замѣчанія Его Свѣтлости Князя Меншикова въ томъ, что описанное положеніе больного и обязанности помощниковъ весьма часто бываютъ невѣрны и небезопас- ны при операціи; во первыхъ потому что помощники не могутъ равномѣрно и съ одинаковою силою удерживать нижнія конечности больного, который, равно какъ и безъ помощниковъ, безпрестанно сокращаетъ мускулы, находя- щіеся на внутреннихъ сторонахъ бедръ и препятствуетъ оператору свободно дѣйствовать инструментами; во вто- рыхъ потому, что тазъ больного всегда болѣе или менѣе подвигается въ ту сторону, съ которой помощникъ сильнѣе держитъ нижнюю конечность, или удаляется назадъ, ког- да больной сгибаетъ свое туловище. Такимъ образомъ въ обоихъ случаяхъ нарушается опредѣленное и необходимое разстояніе мочеваго пузыря отъ конца подпоры, въ кото- рой утверждается камнеразбиватель. Для предотвращенія таковыхъ опасныхъ и произвольныхъ движеній больна- го при операціи, я придѣлалъ къ кровати Гертелупа двѣ деревянныя подставки, снабженныя на верхнихъ кон- цахъ широкими и мягкими петлями или ремнями съ пряж- ками, см. ф. 4. *a. b.* Обѣ петли, окруживъ колѣна боль- ного, укрѣпляютъ ихъ къ верхнимъ концамъ подставокъ и неподвижно удерживаютъ въ опредѣленномъ положеніи тазъ больного при операціи, см. ф. 1. Нижніе концы под- ставокъ имѣютъ отверстія, чрезъ которыя проходятъ вин-

ты, укрѣпляющіе подставки къ наружнымъ поверхностямъ переднихъ ножекъ кровати. Посредствомъ этихъ винтовъ можно поднимать подставки выше или опускать ихъ ниже, смотря по возрасту и длинѣ нижнихъ конечностей больного, который будучи укрѣпленъ, какъ изображено на ф. 1, лежитъ гораздо спокойнѣе и безопаснѣе при операциіи. Хотя придѣланныя мною подставки еще болѣе увеличиваютъ сложность описанной кровати, но онѣ съ большею пользою замѣняютъ двухъ помощниковъ и поясъ для укрѣпленія больного, который видя меньшее число окружающихъ его, бываетъ спокойнѣе при операциіи.

Моменты операциіи. 1) Введеніе камнеразбивателя въ мочевою пузырь и захватываніе имъ камня; 2) разбиваніе или раздавливаніе камня и извлеченіе инструмента кнаружи.

Первый моментъ. Операторъ, теплою водою наполнивъ мочевою пузырь больного, какъ сказано въ предъидущей операциіи, и взявъ правою рукою камнеразбиватель сложенный, согрѣтый и омащенный деревяннымъ масломъ, вводитъ его обыкновеннымъ образомъ чрезъ мочеиспускательный каналъ въ полость мочевого пузыря больного. Потомъ, отыскавъ камень и раскрывъ инструментъ, наклоняетъ передній конецъ его къ шейкѣ пузыря и подавливаетъ нижнею вѣтвію камнеразбивателя заднюю стѣнку мочевого пузыря, дабы камень по своей тяжести, или самъ собою упалъ въ раскрытыя вѣтви инструмента. Но я, при захватываніи камня, поступаю слѣдующимъ образомъ: отыскавъ камень и приставивъ къ нему выпуклость загнутаго конца камнеразбивателя, сдвигаю этотъ конецъ немного въ сторону и помѣщаю его съ боку камня, какъ изображено на Т. XXII. ф. 2, не прижимая заднюю стѣну мочевого пузыря болѣе или менѣе раздраженную давлениемъ на нее камня; въ противномъ случаѣ больной, чувствуя при этомъ сильныя боли, не произвольно перемѣняетъ свое положеніе, затрудняетъ захватываніе камня и производство операциіи, которая, отъ давленія стѣнокъ

пузыря инструментомъ , можетъ имѣть неблагопріятный исходъ. Помѣстивъ въ сказанномъ положеніи камнеразбиватель, не разкрывая вѣтвей его, какъ нѣкоторые совѣтуютъ, я правою рукою слегка произвожу нмъ полуобороты около его оси такъ, чтобы загнутый конецъ инструмента, ударяясь при этомъ объ камень, могъ вѣрно опредѣлить его положеніе съ лѣвой или правой стороны. Теперь, лѣвою рукою укрѣпивъ нижнюю вѣтвь камнеразбивателя, а правою оттянувъ верхнюю кзади на разстояніе равное предполагаемому діаметру камня, я осторожно поворачиваю инструментъ около четверти его оси въ ту сторону, гдѣ находится камень ; потомъ , не перемѣняя направленія инструмента , подвигаю верхнее звено его впередъ и захватываю камень, который при описанномъ дѣйствіи оператора всегда будетъ находиться между загнутыми и раскрытыми концами вѣтвей обращеннаго къ нему камнеразбивателя. При этомъ , совершенно не удостоившись въ упомянутомъ положеніи камня , никогда не должно на удачу разкрывать, поворачивать и опять закрывать инструментъ въ мочево́мъ пузырьѣ , въ противномъ случаѣ кончиками или зубцами его звенъ можно не только оцарапать , но даже ущемить стѣнку пузыря.

При захватываніи камней плоскихъ и лежащихъ глубоко за припухшею предстательною желѣзою и близъ шейки мочеваго пузыря, операторъ дѣлаетъ оборотъ камнеразбивателемъ почти около половины его оси такъ, чтобы загнутые и разведенные концы звенъ инструмента были обращены внизъ , а выпуклость ихъ кверху ; или подвигая и складывая кпереди головныя ножки кровати *g*, опускаетъ этотъ край ея *l. s.* на полъ и такимъ образомъ наклоняетъ туловище больнаго внизъ. При этомъ камень по своей тяжести болѣе или менѣе удаляется отъ прежняго мѣста и подвигается ближе ко дну мочеваго пузыря, гдѣ операторъ весьма удобно захватываетъ его, какъ выше сказано. Захвативъ камень онъ опять поворачиваетъ инструментъ такъ, чтобы подвижная вѣтвь его была обра-

щена вверхъ и легкими его движеніями удостовѣряется въ свободномъ положеніи камня въ мочевомъ пузырьѣ. Если разстояніе наружнаго конца верхней вѣтви камнеразбивателя или его масштабъ показываютъ, что камень захваченъ въ весьма большомъ діаметрѣ; то операторъ, оттянувъ нѣсколько назадъ верхнюю вѣтвь и освободивъ камень, старается захватить его въ меньшемъ діаметрѣ.

Второй моментъ. При производствѣ этаго момента операторъ, стоя между бедръ больнаго, обыкновенно поступаетъ двоякимъ образомъ, а именно: или разбиваетъ камень помощію молотка, или раздавливаетъ его посредствомъ винта.

Въ первомъ случаѣ, онъ сначала приводитъ передній конецъ инструмента съ камнемъ въ такое положеніе, въ которомъ бы конецъ этотъ, не касаясь стѣнокъ мочевого пузыря, находился по срединѣ его полости; потомъ, перстами лѣвой руки плотно удерживая тарелочки обѣихъ вѣтвей камнеразбивателя, помѣщаетъ наружный конецъ нижней или неподвижной вѣтви въ вырѣзкѣ желѣзнаго станка или подставки, выдвигающейся изъ ножнаго края кровати, см. Т. XXII. ф. 3. *b*, и утверждаетъ его въ этой вырѣзкѣ помощію винта, см. ф. 10. Послѣ, правою рукою, взявъ молотокъ, ф. 16. производитъ удары по тарелочкѣ верхней вѣтви камнеразбивателя, сначала тихіе и медленные, а потомъ сильные и частые до тѣхъ поръ, пока камень разломится или разобьется на части, тогда опять тихіе и скорые, которыми совершенно сближаетъ загнутый конецъ верхней вѣтви съ таковымъ же концемъ нижней. При этомъ операторъ перстами лѣвой руки безпрестанно подвигаетъ верхнюю вѣтвь камнеразбивателя впередъ и придавливаетъ ею камень, дабы онъ при сотрясеніи отъ ударовъ молотка не могъ выскользнуть изъ загнутыхъ концовъ вѣтвей инструмента. Въмѣсто желѣзнаго станка можно употребить для укрѣпленія камнеразбивателя особенную рукоятку, въ видѣ щипцовъ, см. ф. 5, которой нижніе концы *b b*. сближаетъ между собою и неподвижно

удерживаетъ лѣвою рукою самъ операторъ, а боковые *d d.* два сильные помощники, стоящіе по сторонамъ больного, который при этомъ можетъ лежать на обыкновенной кровати.

Во второмъ случаѣ больной можетъ находиться на постели, близъ нижняго или ножнаго ея края, какъ сказано въ предъидущей операціи. Операторъ, стоя предъ больнымъ или съ лѣвой его стороны и давъ инструменту направленіе, какъ въ первомъ случаѣ, укрѣпляетъ наружный конецъ нижней или неподвижной вѣтви лѣвою рукою, помощію особенной рукоятки, а правою рукою вертитъ винтъ, см. ф. 9. *a b*, 12. *m*, 13. 15, посредствомъ котораго верхняя вѣтвь инструмента, постепенно подвигаясь впередъ, раздавливаетъ камень. При этомъ операторъ старается, какъ можно крѣпко и неподвижно удерживать инструментъ въ сказанномъ положеніи, дабы при оборотахъ винта онъ неповорачивался около своей оси и не давилъ стѣнокъ мочевого пузыря. Обороты винта онъ производитъ до тѣхъ поръ, пока верхнюю вѣтвь совершенно приблизитъ къ нижней, поэтому загнутый конецъ послѣдней долженъ имѣть щель или сквозную вырѣзку, см. ф. 15; въ противномъ случаѣ остатки камня или песокъ весьма часто остаются въ большемъ или меньшемъ количествѣ между концами вѣтвей и, препятствуя совершенному ихъ сближенію между собою, затрудняютъ извлеченіе инструмента изъ пузыря чрезъ мочеиспускательный каналъ кнаружи. Таковаго неблагопріятнаго обстоятельства въ первомъ случаѣ не бываетъ потому, что камень, отъ ударовъ молоткомъ и сотрясенія инструмента разбиваясь, рассыпается весь такъ, что загнутые концы вѣтвей камнеразбивателя плотно сходятся между собою. Послѣдній этотъ случай или способъ употребляется большею частію для раздавливанія камней въ мочевомъ пузырьѣ небольшихъ мягкихъ или остатковъ крѣпкаго камня, послѣ разбиванія его молоткомъ.

Въ обоихъ случаяхъ операторъ, смотря по величинѣ

камня и раздражительности больного, захватывает и разбивает или раздавливает инструментом камень отъ 2 до 6 разъ, а послѣ, плотно сложивъ обѣ вѣтви инструмента, осторожно извлекаетъ его изъ мочевого пузыря кнаружи и далѣе поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ предъидущей операціи. Для извлеченія кусочковъ камня, оставшихся въ мочевомъ пузырьѣ, операторъ употребляетъ инструментъ, подобный камнеразбивателю, см. ф. 17, а для остановившихся въ мочеиспускательномъ каналѣ щипчики, ф. 18, 19. Если камень остановился въ мочеиспускательномъ каналѣ и ущемился въ немъ такъ крѣпко, что операторъ не можетъ вышеупомянутыми способами извлечь его кнаружи, или помощію зонда возвратить назадъ въ мочевой пузырь, и если при этомъ находятся сильные припадки раздраженія и совершенный запоръ мочи; то въ этомъ случаѣ онъ вскрываетъ мочеиспускательный каналъ и чрезъ рану извлекаетъ камень кнаружи.

108. Вскрытіе мочеиспускательнаго канала. Urethrotomia.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Жолобоватый литотомическій зондъ, бистурей съ пуговкою, скрытый бистурей, см. Т. XXI. ф. 6, пинцетъ или корнцангъ, небольшая ложечка, эластическій катетеръ, два бинта для связыванія рукъ и ногъ больного, куски гречкой губки, холодная вода, деревянное масло, корпейная связочка, ленточки липкаго пластыря, мѣлкая корпія, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ, при вскрытіи задней части мочеиспускательнаго канала тѣже самыя, какія назначены при боковомъ камнеизсѣченіи; если должно вскрыть среднюю или переднюю часть канала, то больной можетъ лежать на обыкновенной постели, какъ сказано при просверливаніи камня.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и

вскрытіе мочеиспускательнаго канала ; 2) извлеченіе камня кнаружи и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Если камень находится въ плевистой части мочеиспускательнаго канала, или ниже соединенія лонныхъ костей такъ глубоко, что нельзя ощущать его снаружи и захватить чрезъ покровы пальцами; то операторъ, правою рукою взявъ согрѣтый и смазанный деревяннымъ масломъ жолобоватый литотомическій зондъ, вводитъ его обыкновеннымъ образомъ въ мочеиспускательный каналъ больного до самаго камня. Потомъ, поднявъ рукоятку зонда прямо вверхъ такъ, чтобы конецъ его весьма явственно выстоялъ въ заднепроходной промежности, поручаетъ помощнику зондъ неподвижно удерживать въ сказанномъ положеніи, почти какъ при боковомъ камнеизсѣченіи. Послѣ, большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки напрягая общіе покровы противъ конца зонда, разрѣзываетъ ихъ помощію скалпелля сверху внизъ, отъ 1 до 2 дюймовъ и, производя глубокіе разрѣзы постепенно короче наружныхъ, осторожно вскрываетъ мочеиспускательный каналъ надъ концемъ зонда, какъ сказано при упомянутой операциіи. Потомъ операторъ вводитъ серебряный жолобоватый зондъ въ рану и продвигаетъ конецъ его между камнемъ и стѣнкою мочеиспускательнаго канала, который, помощію бистурея съ пуговкою, разрѣзавъ внизъ на пространство, равное величинѣ камня, извлекаетъ инструменты кнаружи. Если камень находится въ средней или передней части мочеиспускательнаго канала, то операторъ, пальцами лѣвой руки захвативъ его съ боковъ и напрягая надъ нимъ общіе покровы, разрѣзываетъ ихъ помощію скалпелля, а потомъ вскрываетъ каналъ, какъ выше сказано.

Второй моментъ. Операторъ, пальцами лѣвой руки развлекая губы раны въ стороны, а правою рукою взявъ пинцетъ или корнцангъ, вводитъ его чрезъ рану въ мочеиспускательный каналъ и, захвативъ имъ камень, извлекаетъ его кнаружи. Если камень находится близъ шейки мочевого пузыря, то помощникъ вводитъ омащенный деревяннымъ

масломъ указательный перстъ свой въ прямую кишку больного и, дабы камень при захватываніи не возвратился опять въ мочевою пузырь, удерживаетъ его неподвижно, или выдавливаетъ снутри кнаружи. Остановивъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, операторъ вводитъ въ мочеиспускательный каналъ больного эластическій катетеръ и укрѣпляетъ его, какъ выше сказано, для испражненія мочи, дабы она не излилась чрезъ рану подъ общіе покровы и не сѣзился мочеиспускательный каналъ. Потомъ, сблизивъ губы раны, плотно соединяетъ ихъ помощію ленточекъ липкаго пластыря, сверхъ которыхъ кладетъ мѣлкую корпию, компрессъ и укрѣпляетъ, какъ упомянуто при операциіи свища задняго прохода. Послѣ операциіи больной долженъ лежать въ постели и до заживленія раны испражнять мочу чрезъ катетеръ.

109. Вырываніе носовыхъ полиповъ. Evulsio s. extractio polyporum nasi. T. XXIII. ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Круглый серебряный или изъ китовыхъ усовъ зондъ, для изслѣдыванія мѣстоположенія и формы полипа, полипныя щипцы прямые, см. ф. 11, или кривыя, имѣющія на рукояткахъ кольцо ф. 1, пинцетъ, холодная вода со льдомъ или уксусомъ и другія кровоостанавливающія средства, сифонъ, серебряная трубочка съ стальною пружиною, имѣющею на выдвигномъ концѣ пуговку или ушко, см. ф. 12, двѣ шелковыхъ довольно толстыхъ и крѣпкихъ лигатуры, длинная корпия или бурдонеты и ленточки липкаго пластыря.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, при производствѣ этой и трехъ слѣдующихъ операций, долженъ сидѣть на стулѣ или скамейкѣ, противъ свѣта; одинъ помощникъ, стоя сзади больного, наклоняетъ его голову нѣсколько назадъ и укрѣпляетъ ее къ своей груди обѣими руками, плоско приложенными къ вискамъ боль-

наго; другой удерживаетъ верхнія конечности и туловище больного, третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Введеніе полипныхъ щипцовъ въ полость носа и захватываніе ими корня полипа; 2) вырываніе полипа и извлеченіе его съ щипцами кнаружи; 3) оставленіе кровотечения изъ носа.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и удостовѣрившись о мѣстѣ прикрѣпленія, формѣ и величинѣ полипа, помощію зонда или указательнаго перста, вводя его чрезъ ротъ больного за небную заповѣску въ полость носа, кладетъ лѣвую руку свою на лобъ больного и большимъ перстомъ ея поднимаетъ кончикъ его носа, кверху. Потомъ правою рукою взявъ, какъ ножницы, закрытыя полипныя щипцы и заставивъ больного сморкнуть, вводитъ ихъ сначала горизонтально въ ноздрю больного, а послѣ направляетъ ложечки щипцовъ къ корню полипа и, растворивъ ихъ, подвигаетъ далѣе кзади и кверху такъ, чтобы онѣ находились по сторонамъ корня полипа и плотно охватили его. При употребленіи щипцовъ, состоящихъ изъ двухъ отдѣльныхъ звень, операторъ сначала вводитъ одно звено чрезъ ноздрю въ полость носа больного и, приложивъ его къ одной сторонѣ корня полипа, подобнымъ образомъ проводитъ другое звено и прикладываетъ его къ другой сторонѣ корня полипа; потомъ, крестообразно сложивъ оба звена щипцовъ, соединяетъ ихъ на срединѣ замкомъ.

Если полипъ выполняетъ всю носовую полость такъ плотно, что нельзя вложить въ ноздрю больного щипцы и захватить ими корень полипа; то операторъ сначала разрѣзываетъ крыло носа помощію скалпелля или бистурея съ пуговкою на жолобоватомъ зондѣ, а потомъ поступаетъ какъ выше сказано.

Второй моментъ. Операторъ, захвативъ щипцами корень полипа, сближаетъ рукоятки ихъ какъ можно сильнѣе обѣими руками, дабы крѣпче сжать и удерживать его; потомъ медленно поворачиваетъ щипцы около ихъ оси попеременно въ одну и другую сторону до тѣхъ поръ, пока полипъ

отдѣлится отъ своего основанія или прикрѣпленія, остерегаясь при этомъ, чтобы не отломить нижней раковины; послѣ извлекаетъ щипцы почти горизонтально кнаружи вмѣстѣ съ полипомъ. Если при поворотѣ или извлеченіи щипцовъ изъ полости носа, онѣ соскользнули съ корня полипа, то операторъ опять вводитъ ихъ какъ выше сказано и старається крѣпче захватить ими полипъ и осторожниѣе извлечь его кнаружи.

Подобнымъ образомъ онъ извлекаетъ, помощію щипцовъ или пинцета, оставшіеся въ носовой полости куски полипа или спекшейся крови.

Третій моментъ. Умѣренное кровотеченіе обыкновенно останавливается втягиваніемъ, или впрыскиваніемъ помощію сифона, въ носовую полость холодной воды съ уксусомъ, растворомъ квасцовъ, теденовой воды отъ ранъ, кровоостанавливающей жидкости (aqua hæmostatica) Ак. Пелюбина и т. п. Но весьма сильное и упорное кровотеченіе операторъ останавливаетъ вкладываніемъ въ больную ноздрю связочки длинной корпіи или свертка небольшого компресса, намоченными въ упомянутыхъ жидкостяхъ; или онъ затворяетъ заднее и переднее отверстія носовой полости бурдонетами или длинною корпіею и производитъ ими прижатіе кровоточиваго мѣста.

Въ послѣднемъ случаѣ операторъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: взявъ правою рукою, какъ писчее перо, трубочку съ выдвижною пружинкою, см. Т. XXIII. ф. 12, вводитъ ее горизонтально чрезъ больную ноздрю спереди кзади, до полости зѣва и, за небною занавѣскою выдвинувъ изъ трубочки пружину въ ротъ больного, извлекаетъ ее кнаружи большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки. Здѣсь, укрѣпивъ два конца толстой шелковой лигатуры къ пуговкѣ пружины, возвращаетъ ее въ ротъ больного и чрезъ полость носа, сзади кпереди, извлекаетъ вмѣстѣ съ трубочкою и концами лигатуры кнаружи, см. ф. 2. а. Отрѣзавъ отъ пружины оба конца этой лигатуры и привязавъ къ срединѣ ея довольно толстый и короткій

бурдонетъ съ другою лигатурою, дабы можно было послѣ возвратить назадъ первый, извлекаетъ концы лигатуры изъ ноздри больного кнаружи и такимъ образомъ плотно запираетъ бурдонетомъ заднее отверстіе носовой полости. Потомъ, между передними концами лигатуры, см. ф. 2. а, положивъ длинную корпію, связываетъ надъ ея серединою концы лигатуры такъ крѣпко узломъ и петлею, чтобы корпія совершенно затворила ноздрю или наружное отверстіе носовой полости. По прошествіи 3 или 4 дней, операторъ, развязавъ наружные концы первой лигатуры, вынимаетъ сначала длинную корпію изъ ноздри больного, а послѣ помощію второй лигатуры извлекаетъ внутренний бурдонетъ изъ задняго отверстія носовой полости.

110 Перевязываніе носовыхъ полиповъ. Ligatura polyporum nasi.
Т. XXIII. ф. 6. 10.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Серебряная трубочка, на переднемъ концѣ нѣсколько искривленная, а на заднемъ или наружномъ имѣющая два кольца, см. ф. 8. с; кольцообразныя щипчики, заключающіяся въ прямой серебряной трубочкѣ (porte-poeud) см. ф. 8. а, лигатурная палочка (serre-poeud) ф. 4, или двойная серебряная трубочка, ф. 6, довольно толстая шелковая лигатура, мѣлкая корпія и одноглавый бинтъ.

Моменты операціи. 1) Вкладываніе лигатуры въ носовую полость и обведеніе ея вокругъ корня полипа; 2) стягиваніе концовъ лигатуры.

Первый моментъ. Операторъ сначала одинъ конецъ лигатуры проводитъ чрезъ трубочку, а другой чрезъ отверстіе кольцообразныхъ щипчиковъ, потомъ, передніе концы обоихъ инструментовъ вмѣстѣ вложивъ въ больную ноздрю, приставляетъ ихъ къ самому корню полипа. Послѣ, поручивъ послѣдній инструментъ помощнику для укрѣпленія его въ неподвижномъ положеніи, или самъ лѣвою рукою удерживая этотъ инструментъ (porte-poeud), а правую

взявъ трубочку, обводитъ помощію передняго ея конца лигатуру вокругъ корня полипа, обращая вогнутость трубочки къ полипу. Теперь, сблизивъ оба инструмента, поворачиваетъ вокругъ ихъ оси вмѣстѣ, или переводитъ параллельно одинъ чрезъ другой такъ, чтобы концы лигатуры, обведенной вокругъ корня полипа, крестообразно пересѣкали другъ друга надъ передними концами обоихъ инструментовъ. Т. XXIII. ф. 5.

Второй моментъ. Операторъ, поручивъ помощнику держать щипчики въ прежнемъ положеніи близъ корня полипа, самъ осторожно извлекаетъ изъ полости носа трубочку кнаружи и оба конца лигатуры проводитъ чрезъ ушко лигатурной палочки или двойную трубочку, см. ф. 6. Потомъ, одною рукою укрѣпивъ проведенные высящіе концы лигатуры, другою постепенно подвигаетъ по нимъ, какой либо изъ упомянутыхъ инструментовъ, въ полость носа до самага корня полипа и отдаетъ помощнику для укрѣпленія въ сказанномъ положеніи. Теперь, дабы освободить лигатуру изъ щипчиковъ (*porte-noeud*) операторъ, взявъ этотъ инструментъ отъ помощника, оттягиваетъ трубочку назадъ и, такимъ образомъ открывъ кольцообразный конецъ ихъ, извлекаетъ кнаружи. Потомъ, чтобы сильно сжать корень полипа лигатурою, притягиваетъ концы ея и укрѣпляетъ ихъ къ наружному концу двойной трубочки, см. ф. 6, или лигатурной палочки, см. ф. 4, которую окружаетъ мѣлкою корпією дабы не производила раздраженія или давленія на стѣнки и край наружнаго отверстія носовой полости. По мѣрѣ того, какъ петля лигатуры, постепенно сжимая корень полипа, дѣлается слабѣе, операторъ болѣе натягиваетъ наружные концы ея, особенно когда полипъ значительно припухаетъ или происходитъ изъ него кровотеченіе, и напротивъ того ослабляетъ лигатуру, если она производитъ раздраженіе и сильныя боли. Послѣ операціи должно очищать носовую полость больного отъ слизи и вонючей гнойной матеріи

впрыскиваніемъ, посредствомъ сифона, ароматныхъ жидкостей.

111. Перевязываніи полиповъ зѣва. Ligatura polyporum pharyngis. Т. XXIII. Ф. 3.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго въ предъидущей операціи, должно имѣть: серебряную трубочку, въ которой заключается выдвижная пружина, снабженная на концѣ пуговкою или ушкомъ, кривыя щипцы или корнцангъ.

Операція эта весьма сходна съ предъидущею, исключая перваго момента, который производится слѣдующимъ образомъ.

Операторъ, стоя предъ больнымъ и взявъ правою рукою, какъ писчее перо, трубочку съ выдвижною пружиною, см. Ф. 12, вводитъ ее горизонтально чрезъ ноздрю больной стороны спереди кзади, между корнемъ полипа и стѣнкою носовой полости; потомъ, выдвинувъ изъ трубочки пружину въ зѣвъ больного и захвативъ ее корнцангомъ или большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки, извлекаетъ кнаружи. Послѣ, укрѣпивъ одинъ конецъ лигатуры къ пуговкѣ пружины, возвращаетъ послѣднюю въ ротъ и зѣвъ больного, а оттуда чрезъ ноздрю извлекаетъ кнаружи трубку вмѣстѣ съ пружиною и лигатурою. Отрѣзавъ этотъ конецъ лигатуры отъ пуговки, операторъ опять вводитъ трубочку чрезъ ноздрю больного въ его зѣвъ съ другой стороны корня полипа и подобнымъ образомъ, помощію ея, извлекаетъ другой конецъ лигатуры, которая при этомъ, образуя срединною петлю, окружаетъ корень полипа сзади и съ боковъ.

Если полипъ небольшой и корень его тонокъ, то можно вмѣстѣ оба конца лигатуры провести сзади кпереди чрезъ носовую полость кнаружи, какъ сказано при останавливаніи кровотеченія послѣ вырванія носовыхъ полиповъ.

Дабы петля лигатуры удобнѣе и лучше окружила полипъ, то операторъ разводитъ ее помощію указательнаго и средняго перстовъ правой руки своей и накладываетъ ими на корень полипа въ полости зѣва больного, см. Т. XXIII. ф. 3; при этомъ лѣвою рукою извлекаетъ наружные концы лигатуры кпереди и послѣ, вложивъ ихъ въ отверстіе лигатурной палочки, натягиваетъ и укрѣпляетъ, какъ сказано во второмъ моментѣ предъидущей операціи.

Послѣ операціи, больной, для очищенія матеріи довольно часто выполаскивая ротъ теплою водою или настойкою ароматныхъ средствъ, долженъ спокойно лежать въ постели на боку съ наклоненною впередъ и внизъ головою, дабы отдѣлившійся полипъ не опустился въ полость зѣва или глотки и не задушилъ бы его. Для предотвращенія таковой опасности, кромѣ сказаннаго положенія больного, операторъ иногда преждевременно долженъ извлечь помощію щипцовъ полипъ кнаружи, когда основаніе его сдѣлалось весьма слабымъ, или почти совершенно разрушилось посредствомъ наложенія лигатуры.

112. Перевязываніе ушныхъ полиповъ. Ligatura polyporum auris. Т. XXIII. ф. 7.

Операторъ, при производствѣ этой операціи, поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано при перевязываніи носовыхъ полиповъ, употребляя въ этомъ случаѣ инструменты меньшей величины. Сверхъ того, вмѣсто простой маленькой лигатурной палочки, можно употребить особый инструментъ подобный турникетику, описанному при перевязываніи аневризмъ, см. Т. IV. ф. 9, съ которымъ совершенно сходенъ въ способѣ наложенія.

113. Перевязываніе полиповъ матки. Ligatura polyporum uteri. Т. XXIII. ф. 8. 9.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. До-

вольно длинная серебряная трубочка , на переднемъ концѣ нѣсколько искривленная, см. ф. 8. с, кольцообразныя щипчики (*porte-neud, d*), лигатурная палочка, ф. 5 с, толстая и круглая шелковая лигатура, компрессъ и Т-образная повязка.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія описаны при операціи извлеченія младенца помощію щипцовъ.

При перевязываніи маточныхъ полиповъ помощію упомянутыхъ инструментовъ , операторъ подобнымъ образомъ поступаетъ , какъ сказано въ описаніи операціи перевязыванія носовыхъ полиповъ. Для предотвращенія изъязвленій маточнаго рукава, отдѣляющагося изъ полипа гнойною и фдкою матеріею , нужно дѣлать , посредствомъ сифона, впрыскиванія ароматныхъ жидкостей , какъ выше упомянуто. Послѣ операціи больная, до отдѣленія полипа, должна находиться въ спокойномъ положеніи въ постели.

114. Перевязываніе артерій и венъ для остановленія кровотеченія. Ligatura vasorum sangviferorum. Т. IV. ф. 4. 5. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Бромфильдовъ крючекъ, пинцетъ, кривая игла, скалпелль, ножницы , шелковыя навощенные круглыя лигатуры различной толщины, куски грецкой губки съ холодною и теплою водою, ленточки липкаго пластыря.

Моменты операціи. 1) Захватываніе артеріи помощію крючка или пинцета и извлеченіе конца ея кнаружи; 2) наложеніе лигатуры и перевязываніе ею наружнаго или перерѣзаннаго конца артеріи.

Первый моментъ. Операторъ , обнаживъ рану , которая должна быть надлежащимъ образомъ освѣщена , и очистивъ ее отъ крови помощію куска грецкой губки съ теплою водою , удостовѣряется о мѣстоположеніи кровоточащаго сосуда; потомъ, правою рукою взявъ какъ писчее перо Бромфильдовъ крючекъ , или пинцетъ , съ наложенною

на него лигатурою, вводитъ его въ рану почти параллельно съ кровоточащимъ сосудомъ. Послѣ, остроконечіемъ крючка проколовъ обѣ стѣнки выстоящаго въ ранѣ конца артеріи, наклоняетъ рукоятку крючка чрезъ губу раны внизъ или кнаружи и такимъ образомъ захваченный конецъ артерій онъ осторожно извлекаетъ нѣсколько впередъ, см. ф. 5. а, не повреждая другихъ частей. Если артерія находится сросшеюся съ веною, нервомъ или другими окололежащими частями, то операторъ взявъ скальпель весьма осторожно отдѣляетъ имъ конецъ артеріи отъ упомянутыхъ частей.

Второй моментъ. Помощникъ, взявъ оба конца лигатуры, какъ изображено на Т. IV. ф. 1, подвигаетъ узелъ или петлю ея съ крючка или пинцета на артерію, которую перевязываетъ сначала однимъ узломъ такъ крѣпко, чтобы полость ея совершенно затворилась и внутренняя оболочка лопнула, какъ сказано при операціяхъ аневризмъ; при этомъ указательными перстами онъ удерживаетъ въ ранѣ узелъ лигатуры, которою подобнымъ образомъ сдѣлавъ другой, одинъ конецъ ея отрѣзываетъ ножницами, а другой извлекаетъ изъ раны кнаружи и укрѣпляетъ къ ея губѣ помощію ленточекъ липкаго пластыря. Если операторъ не можетъ захватить Бромфильдовымъ крючкомъ, или пинцетомъ конца артеріи, весьма глубоко скрывшагося въ ранѣ; то обводитъ вокругъ его чрезъ мягкія части лигатуру помощію кривой иглы, какъ изображено на ф. 6. d. e., и перевязываетъ артерію вмѣстѣ съ мягкими частями такъ крѣпко, чтобы уничтожилась вся жизнѣнность частей, находящихся въ узлѣ лигатуры.

115. *Скручиваніе артерій и венъ для остановленія кровотеченій.* Torsio vasorum sangviferorum ad sistendam hæmorrhagiam.

Т. IV. ф. 7. 8.

Аппаратъ инструментовъ. Два пинцета, изъ коихъ одинъ имѣетъ широкіе концы съ надрѣзами на внутренней

ихъ поверхности и задвижку, посредствомъ которой обѣ пластинки его, будучи сближены между собою, весьма плотно и крѣпко удерживаются въ такомъ положеніи, Т. XXIV, ф. 9; другой пинцетъ съ круглыми концами, въ одномъ изъ нихъ находится на внутренней поверхности шпилька или крючекъ, который входитъ въ отверстие, сдѣланное на другомъ концѣ, см. ф. 10.

Скручиваніе артерій производится троякимъ образомъ.

1) Скручиваніе конца артеріи помощію одного пинцета; 2) помощію двухъ; 3) скручиваніе конца артеріи помощію двухъ пинцетовъ съ заворачиваніемъ внутренней оболочки артеріи кверху.

Въ первомъ случаѣ операторъ, взявъ пинцетъ и захвативъ имъ конецъ перерѣзанной артеріи, плотно сближаетъ пластинки пинцета помощію задвижки и извлекаетъ артерію изъ раны нѣсколько кнаружи; потомъ, большимъ и указательнымъ перстами другой руки удерживая захваченный конецъ артеріи близъ пинцета, см. Т. IV, ф. 7, поворачиваетъ послѣдній вокругъ его оси отъ 6 до 10 разъ или, при скручиваніи большихъ артерій, до тѣхъ поръ пока оторветъ конецъ артеріи.

Во второмъ случаѣ, при скручиваніи конца артеріи помощію двухъ пинцетовъ, операторъ, сначала захвативъ артерію, извлекаетъ конецъ ея кнаружи, какъ въ первомъ случаѣ; потомъ, другимъ пинцетомъ съ круглыми концами укрѣпивъ въ ранѣ артерію подъ прямымъ угломъ, см. Т. IV, ф. 8, и отдѣливъ отъ нее клѣтчатую плеву, производитъ первымъ пинцетомъ скручиваніе захваченнаго имъ конца артеріи сначала медленно, а потомъ скорѣе. Здѣсь второй пинцетъ замѣняетъ большой и указательный персты оператора, который въ первомъ случаѣ подобнымъ образомъ укрѣпляетъ имъ артерію.

Въ третьемъ случаѣ операторъ, захвативъ первымъ пинцетомъ конецъ артеріи и укрѣпивъ его подъ прямымъ угломъ вторымъ пинцетомъ съ круглыми концами, сначала нѣсколько удаляетъ или подвигаетъ этотъ пинцетъ отъ пер-

ваго, дабы лопнувшую внутреннюю оболочку артеріи заворотить кверху (avec refoulement); потомъ помощію перваго пинцета операторъ скручиваетъ завороченный конецъ артеріи, подобнымъ образомъ какъ сказано во второмъ случаѣ.

116. Отнятіе плеча круговымъ спъченіемъ. Amputatio brachii sectione iterata s. circulari. T. XXIV. Ф. 1.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Турникетъ съ пелотомъ, см. Т. XXV. Ф. 5, ампутаціонный ножъ Ф. 11, скалпелль, кусокъ холста, или компрессъ до половины разрѣзанный (linteum fissum), ампутаціонная пила, Ф. 10, прирѣзные щипцы, Ф. 12, или пястная пилочка, см. Т. XXXII. Ф. 9. 13, Бромфильдовъ крючекъ, пинцетъ, кривыя иглы, шелковыя круглыя навощенные лигатуры различной толщины, ножницы, куски грецкой губки, холодная и теплая вода, деревянное масло, корпейная связочка, ленточки липкаго пластыря, мѣлая корпія, компрессъ и одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной при производствѣ этой и трехъ слѣдующихъ операцій, долженъ сидѣть на стулѣ или, если слабъ, лежать на столѣ или постели, на спинѣ; больная конечность его должна быть отведена отъ туловища, если можно, подъ прямымъ угломъ, нѣсколько согбена въ локтѣ и надлежащимъ образомъ освѣщена. Одинъ помощникъ, оборотясь спиною къ туловищу больного и, вокругъ обхвативъ плоскими руками верхнюю часть больной конечности не много выше того мѣста, гдѣ должны быть разрѣзаны общіе ея покровы, оттягиваетъ послѣдніе вверхъ вмѣстѣ съ мягкими частями, см. Т. XXIX. Ф. 1. d; другой помощникъ, стоя противъ перваго, подобнымъ образомъ обхватываетъ нижнюю часть больного плеча и, напрягая общіе его покровы, тянетъ ихъ и мягкія части внизъ къ локтевому суставу; см. Т. XXIX. Ф. 1. c; третій укрѣпляетъ туловище больного и здоровую

его верхнюю конечность, а четвертый помогает оператору.

Моменты операции. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ; 2) отдѣленіе ихъ кверху; 3) перерѣзываніе мягкихъ частей до кости; 4) перепиливаніе кости; 5) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, при производствѣ этой и трехъ слѣдующихъ операций, стоя съ наружной или внутренней стороны больной конечности, накладываетъ на верхнюю часть ея турникетъ такъ, чтобы тесма окружала весь членъ, пелоть его съ пряжкой находился надъ самою артеріею, а пластинки съ винтомъ на противоположной сторонѣ, которую покрываетъ маленькимъ компрессомъ для предотвращенія сильнаго давленія турникетомъ. Потомъ, укрѣпивъ конецъ тесмы вокругъ винта, удаляетъ помощію послѣдняго верхнюю пластинку турникета отъ нижней, см. Т. XXV. ф. 5, и натягиваетъ тесму его до тѣхъ поръ, пока совершенно прекратится кругообращеніе крови въ больной конечности и перестанетъ бѣеніе пульса. Если нужно отнять плечо на верхней его части такъ высоко, что нельзя наложить на него турникета, то въ этомъ случаѣ помощникъ прижимаетъ подключичную артерію, какъ будетъ сказано при вырѣзываніи плеча изъ его существа. Послѣ операторъ, правою рукою взявъ ампутаціонный ножъ такъ, чтобы большой перстъ его находился близъ лезвия ножа, а мизинецъ былъ обращенъ къ концу рукоятки, подводитъ эту руку съ ножомъ подъ больную конечность и наклоняясь или упираясь колѣномъ на полъ, ставитъ лезвие ножа пяткою на переднюю или наружную часть большого плеча, см. Т. XXIX. ф. 1. а; послѣ, большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки *b* слегка придавливая конецъ ножа, равномерно разрѣзываетъ общіе покровы до перепонки плеча (*fascia brachii*). При этомъ операторъ дѣйствуетъ ножомъ свободно и, разрѣзывая имъ вокругъ плеча покровы, преслѣдуетъ глубину раны, остерегаясь чтобы преждевременно не перерѣзать мускуловъ или сосу-

довъ, и не подвергнуть больного лишнему мученію и потерѣ крови. Разрѣзъ общихъ покрововъ операторъ дѣлаетъ однимъ сѣченіемъ ихъ или двумя, соединяя первый разрѣзъ со вторымъ, или верхній уголъ раны начало разрѣза, съ нижнимъ угломъ ея или окончаніемъ разрѣза, другимъ сѣченіемъ болѣе или менѣе короткимъ, производя его нѣсколько скорѣе перваго.

Второй моментъ. Операторъ, большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки захвативъ верхній край раны общихъ покрововъ, а правою рукою взявъ, какъ писчее перо скалпелль, отдѣляетъ имъ отъ плечевой перепонки покровы кверху, производя скалпеллемъ длинныя и ровныя сѣченія. Впрочемъ, если больной истощенъ и общіе покровы на отнимаемой конечности весьма тонки, то операторъ вмѣстѣ съ ними разрѣзываетъ и отдѣляетъ плечевую перепонку, дабы чрезъ нее болѣе доставить питанія общимъ покровамъ. Чѣмъ толще больная конечность, тѣмъ болѣе онъ отдѣляетъ общіе покровы кверху и наоборотъ, если она представляется тонкою. Вообще должно отдѣлять общіе покровы на такое пространство, которое составляло бы половину діаметра раны. Отдѣливъ такимъ образомъ вокругъ больной конечности общіе покровы, операторъ заворачиваетъ ихъ отъ мягкихъ частей и поручаетъ помощнику удерживать и оттягивать кверху концами перстовъ обѣихъ рукъ.

Третій моментъ. Операторъ, опять взявъ правою рукою ампутаціонный ножъ, перерѣзываетъ имъ близъ завороченныхъ общихъ покрововъ мягкія части до кости подобнымъ образомъ, какъ сказано въ первомъ моментѣ, направляя лезвее ножа нѣсколько кверху и остерегаясь, чтобы не повредить завороченныхъ общихъ покрововъ. Потомъ помощію скалпелля онъ отдѣляетъ отъ кости ея плеву кверху, накладываетъ раздвоенный компрессъ (linteum fissum) такъ, чтобы въ углу разрѣза находилась кость, а половинны его плотно покрывали всѣ перерѣзанныя мягкія

части, которыя помощникъ посредствомъ этого компресса обѣими руками болѣе отвлекаетъ кверху.

Четвертый моментъ. При пиленіи костей правыхъ конечностей, операторъ находится съ внутренней стороны послѣднихъ, а при отпиливаніи костей на лѣвыхъ конечностяхъ онъ стоитъ съ наружной стороны больного члена; потомъ, пальцами лѣвой руки охвативъ нижнюю или ту часть кости, которая должна быть отпилена, ставитъ ноготь большого перста этой руки близъ самаго компресса на верхнюю часть кости, гдѣ оканчивается обнаженіе ея отъ мягкихъ частей и гдѣ нужно перепилить ее. Послѣ, правою рукою взявъ ампутаціонную пилу, смазанную деревяннымъ масломъ, и перпендикулярно поставивъ ее пяткою на кость надъ ногтемъ упомянутаго перста, сначала притягиваетъ ее къ себѣ, а потомъ производитъ пиленіе кости медленными и тихими движеніями пилы, удерживая ее большимъ лѣвымъ перстомъ въ должномъ направленіи, дабы не перепилить кость весьма низко; средину кости операторъ перепиливаетъ скорыми и длинными движеніями пилы, которыя подъ конецъ пиленія опять производитъ медленнѣе, тише и короче до тѣхъ поръ, пока совершенно перепилить кость. При этомъ помощникъ долженъ держать нижнюю часть больной конечности, какъ можно равномернѣе, не поднимая ее вверхъ и не опуская внизъ, дабы въ первомъ случаѣ не ущемить пилу въ щели кости, а въ послѣднемъ не отломить кость преждевременно. Если на нижнемъ краѣ верхняго конца перепиленной кости остаются неровности, то операторъ отрѣзываетъ ихъ помощію щипцовъ, см. Т. XXV. ф. 12.

Пятый моментъ. При производствѣ этого момента операторъ, перевязывая плечевую артерію, находящуюся во внутренней сторонѣ раны и *ramos musculares*, поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ предъидущей операціи, или вышеописанной при перевязываніи артеріи и венъ. Потомъ, укрѣпивъ спаружи короткою ленточкою липкаго

пластыря концы лигатуръ, онъ накладываетъ на больное плечо циркулярный бинтъ отъ верхней части его внизъ до губъ раны (*dolabris descenditibus*), дабы предотвратить сокращеніе мускуловъ. Послѣ, вертикально сблизивъ губы раны, соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря, которыя накладываетъ такъ, чтобы онѣ надъ самою раной пересѣкались подъ острыми углами. Сверхъ пластырей кладетъ немного мѣлкой корпии, или омащенную деревяннымъ масломъ корпейную связочку, которую, при лѣченіи раны чрезъ нагноеніе (*per suppurationem s. secundam intentionem*), помѣщаетъ между губами раны. Наконецъ операторъ, покрывъ рану компрессомъ, укрѣпляетъ другимъ циркулярнымъ бинтомъ. Послѣ операціи больной до заживленія раны долженъ лежать въ постели на-спинѣ, а верхняя больная его конечность находится на подушкѣ, покрытой клеенкою.

117. *Отнятие плеча съ оставленіемъ лоскута, или чрезъ образованіе двухъ боковыхъ разрывовъ. Amputatio brachii paniculata.*

Т. XXIV. Ф. 1. т. и. v. Ф. 2. у. з. zz.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же самой, какой описанъ въ предъидущей операціи, исключая ампутаціоннаго ножа, вмѣсто котораго нужно имѣть экстирпаціонный, снабженный обоюду острымъ концемъ.

Моменты операціи. 1) Образованіе наружнаго и внутренняго лоскутовъ; 2) разрѣзъ мягкихъ частей до кости; 3) перепиливаніе кости; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, наложивъ турникетъ на верхнюю часть больнаго плеча и ставъ съ наружной стороны этой конечности, захватываетъ пальцами лѣвой руки мягкія части, покрывающія наружную поверхность больнаго плеча, и оттягиваетъ ихъ отъ кости; потомъ, правою рукою взявъ экстирпаціонный ножъ, какъ изображено на

Т. XXIX. ф. 5. 6, лезвеемъ обращенный внизъ, и поставивъ конецъ его перпендикулярно къ кости въ томъ мѣстѣ, гдѣ должно перепилить ее, прокалываетъ имъ мягкія части сверху внизъ до кости, которую обошедъ съ наружной стороны, проводитъ конецъ ножа кзади. Послѣ пилосвидными движеніями ножа близъ самой кости разрѣзываетъ мягкія части внизъ около дюйма, а потомъ кнаружи. Подобнымъ образомъ поступаетъ операторъ при образованіи внутренняго лоскута, а именно: пальцами лѣвой руки онъ, захвативъ мягкія части на внутренней поверхности плеча, оттягиваетъ ихъ отъ кости; потомъ, въ верхній уголъ раны поставивъ конецъ ножа на кость, операторъ обходитъ послѣднюю съ внутренней ея стороны, и прокалываетъ ножъ кзади чрезъ мягкія части, которыя разрѣзываетъ какъ въ первомъ случаѣ. Впрочемъ, смотря по состоянію мягкихъ частей, не всегда бываетъ возможно образовать изъ нихъ два равныхъ лоскута, какъ выше сказано; а потому, если мягкія части находятся изъязвленными на какой либо сторонѣ больной конечности, то операторъ дѣлаетъ одинъ только лоскутъ съ противоположной или здоровой стороны, см. Т. XXIV. ф. 1. 7. 9. 5.

Второй моментъ. Помощникъ отвлекаетъ оба лоскута кверху, а операторъ, перерѣзавъ всѣ мягкія части до кости, отдѣляетъ помощію скальпеля надкостную плеву отъ кости кверху; потомъ онъ, покрывъ верхнюю часть раны раздвоеннымъ до половины компрессомъ или кускомъ холста, оканчиваетъ операцію эту совершенно такъ, какъ сказано при производствѣ четвертаго и пятаго моментовъ предъидущей операціи.

118. *Отнятіе передняго плеча круговымъ сѣченіемъ.* Amputatio antibrachii circularis. Т. XXIV. ф. 1. a. b., c. d.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго при операціи отнятія верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, нужно имѣть небольшой обоюдоострый

ножь (culter anseps), для перерѣзыванія межкостной перепонки, и компрессъ съ двумя на срединѣ разрѣзами до половины (lintheum bifissum).

Операція эта нѣсколько отличается отъ упомянутой третьимъ и четвертымъ моментами.

Третій моментъ. Операторъ, перерѣзавъ ампутаціоннымъ ножомъ мягкія части до костей, ставитъ лѣвый указательный перстъ въ верхней части раны на то мѣсто, гдѣ должны быть перепилены кости; правою рукою взявъ какъ пишущее перо, обоюдоострый ножъ, прокалываетъ имъ по упомянутомъ персту мягкія части, лежащія между костями передняго плеча и на передней ихъ поверхности. При этомъ онъ обращаетъ одну поверхность ножа внизъ, а другую вверхъ такъ, что онѣ составляютъ прямые углы съ переднимъ больнымъ плечомъ; послѣ наклоня рукоятку ножа попеременно внутрь и кнаружи и производя имъ пилообразныя движенія спереди кзади, перерѣзываетъ мягкія части на передней и внутренней поверхностяхъ костей. Подобнымъ образомъ операторъ проводитъ ножъ сзади кпереди между костями и раздѣляетъ имъ мягкія части, находящіяся на этой поверхности. Наконецъ, отдѣливъ помощію скапелля надкостную плеву кверху отъ обѣихъ костей, проводитъ между ими сзади кпереди среднюю часть надрѣзаннаго компресса и поднимаетъ ее кверху, а боковыми его половинками плотно покрывъ верхнюю часть раны, поручаетъ ихъ помощнику удерживать обѣими руками въ надлежащемъ положеніи.

Четвертый моментъ. Помощники, поворотивъ больное плечо такъ, что передняя поверхность его обращена вверхъ, задняя внизъ, а обѣ кости имѣютъ горизонтальное направленіе на одной поверхности, неподвижно удерживаютъ это плечо въ такомъ положеніи. Операторъ, взявъ ампутаціонную пилу, какъ выше сказано, равномерно перепиливаетъ ею обѣ кости, прижимая пилою болѣе ту изъ нихъ, которая оказывается толще или крѣпче; при этомъ онъ старается, чтобы окончить пиленіе костей въ одно время или

за однимъ разомъ. Послѣ операторъ, остановивъ кровотечение, сближаетъ губы раны по направленію костей такъ, чтобы одинъ уголъ ея былъ обращенъ кнаружи, а другой внутрь, и перевязываетъ рану какъ сказано въ предыдущей операциіи.

119. Отнятіе передняго плеча съ образованіемъ лоскута. Amputatio antibrachii paniculata. Т. XXIV, Ф. 1. 10. x. y.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ описаннаго при отнятіи верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, нужно имѣть: экстирпаціонный ножъ съ обоюдоострымъ концемъ, и небольшой ножъ ампутаціонный обоюдоострый.

Моменты операциіи. 1) Образованіе лоскута; 2) разрѣзъ и отдѣленіе общихъ покрововъ кверху; 3) перерѣзываніе мускуловъ до костей; 4) разрѣзъ межкостной связки; 5) перепиливаніе костей; 6) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, наложивъ турникетъ, какъ выше сказано, на верхнее плечо больной конечности, которая должна быть въ полусогбенномъ положеніи, и захвативъ пальцами лѣвой руки мягкія части на передней поверхности передняго плеча, оттягиваетъ ихъ отъ костей; потомъ, правою рукою экстирпаціонный ножъ, обращенный однимъ лезвеемъ вверхъ къ локтю, а другимъ внизъ къ ручной кисти больнаго плеча, операторъ поперечно прокалываетъ ножомъ мягкія части, близъ самыхъ переднихъ поверхностей. Послѣ, производя пиловидныя движенія ножомъ и придерживаясь плечевыхъ костей, онъ разрѣзываетъ мягкія части внизъ дюйма на два, а потомъ кпереди, окончивая таковымъ сѣченіемъ образованіе передняго лоскута, который помощникъ отвлекаетъ кверху.

Второй моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ ампутаціонный ножъ или скалпелль, поперечно разрѣзываетъ имъ общіе покровы на задней поверхности больнаго пе-

редняго плеча, на одинъ дюймъ ниже основанія сдѣланнаго лоскута; потомъ, помощію скалпелля отдѣливъ общіе покровы, какъ выше сказано, кверху до самаго основанія лоскута, онъ поручаетъ помощнику отвлекать ихъ кверху и далѣе поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ упомянуто въ предыдущей операціи.

120. Отнятіе пальцевъ руки. Amputatio digitorum manus.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей для производства этой операціи потребенъ тотъ же самой, какой описанъ при отнятіи верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, исключая: турникетъ, ампутаціонный большой ножъ и таковую же пилу, вмѣсто которой нужно имѣть маленькую пилочку съ дужкою, см. Т. XXXII. ф. 9, или ф. 15.

Что касается до самаго производства этой операціи, то оно совершенно сходно съ тѣмъ, которое описано при отнятіи верхняго плеча, т. е. операторъ разрѣзываетъ общіе покровы круговымъ сѣченіемъ, или образуетъ изъ нихъ помощію скалпелля два лоскута: тыльный и ладонный; потомъ, поручивъ помощнику оттягивать оба лоскута или общіе покровы кверху, онъ отдѣляетъ надкостную плеву и обнажаетъ кость; послѣ, покрывъ верхнюю часть раны компрессомъ, до половины раздвоеннымъ, перепиливаетъ кость маленькою пилочкою и оканчиваетъ операцію, какъ выше сказано.

121. Отнятіе бедра круговымъ сѣченіемъ. Amputatio femoris circularis s. iterata. Т. XXIX. ф. 2.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же самой, какой описанъ при отнятіи верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, при производствѣ этой и двухъ слѣдующихъ операцій, долженъ лежать на столѣ или кровати такъ, чтобы туло-

вище его находилось въ полусогбенномъ положеніи, а бедра выстояли внѣ края стола. Одинъ помощникъ, ставъ съ наружной стороны больной, полусогбенной въ коѣнѣ нижней конечности и охвативъ обѣими руками общіе покровы на верхней части больного бедра, оттягиваетъ ихъ кверху; другой подобнымъ образомъ напрягаетъ покровы внизъ и поддерживаетъ больное бедро въ сказанномъ положеніи; третій укрѣпляетъ здоровую конечность, которая при этомъ можетъ находиться на стулѣ или креслѣ; четвертый удерживаетъ туловище больного, а пятый помогаетъ оператору, который находится съ наружной стороны больного бедра.

Производство этой операціи во всемъ совершенно сходно съ отнятіемъ верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, исключая наложеніе турникета, котораго пелоть операторъ кладетъ на верхнюю часть больного бедра, съ внутренней стороны длиннаго бедреннаго мускула (*m. sartorius*), а пластинки съ винтомъ на противоположную поверхность бедра, покрывъ ее не большимъ компрессомъ; потомъ онъ окружаетъ бедро тесною турникета такъ, чтобы пряжка находилась надъ пелотомъ, а конецъ былъ обведенъ вокругъ винта, помощію котораго удаляя одну пластинку турникета отъ другой, сжимаетъ бедро до тѣхъ поръ, пока кровообращеніе въ немъ совершенно остановится.

122. Отнятіе бедра коническимъ сѣченіемъ. Amputatio femoris conica. T. XXIX. Ф. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кроме описаннаго при производствѣ операціи отнятія верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, вмѣсто прямого ампутаціоннаго ножа, должно имѣть большой ножъ съ широкимъ и выпуклымъ лезвиемъ.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и мягкихъ частей до кости; 2) перепиливаніе костей; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, наложивъ турникетъ, какъ сказано въ предъидущей операціи, на больное бедро и ставъ съ наружной стороны послѣдняго, беретъ правою рукою ампутаціонный ножъ и подводитъ его подъ больное бедро, упираясь при этомъ правымъ колѣномъ на полъ; потомъ операторъ, поставивъ ножъ на переднюю поверхность бедра, разрѣзываетъ сначала общіе покровы, какъ выше сказано, которые помощникъ болѣе отвлекаетъ кверху, а онъ вторымъ круговымъ сѣченіемъ перерѣзываетъ мускулы до половины ихъ толщины, направляя лезвее ножа кверху; наконецъ, подобнымъ образомъ производя третье сѣченіе, операторъ разрѣзываетъ до кости всѣ мягкія части, которыя поручаетъ помощнику еще болѣе оттягивать кверху.

Второй моментъ. Операторъ, отдѣливъ надкостную плеву отъ кости, покрываетъ верхнюю часть раны надрѣзаннымъ компрессомъ, котораго концы помощникъ, захвативъ обѣими руками, напрягаетъ вверхъ; потомъ операторъ, правою рукою взявъ ампутаціонную пилу, смазанную деревяннымъ масломъ, перепиливаетъ ею кость, наблюдая при этомъ все то, что сказано въ описаніи четвертаго момента отнятія верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ.

Третій моментъ. Операторъ, остановивъ кровотечение помощію перевязыванія или скручиванія ствола бедренной артеріи и ея глубокой вѣтви, изъ коихъ первая имѣетъ положеніе въ верхней, а вторая въ нижней половинахъ раны, см. Т. XXV. ф. 1, накладываетъ повязку слѣдующимъ образомъ: сдѣлавъ одноглавымъ бинтомъ два или три хода вокругъ таза, операторъ покрываетъ больное бедро низходящими круговыми ходами сверху внизъ, до губъ раны, которую перевязываетъ, какъ сказано при отнятіи верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ.

123. Отнятіе бедра съ образованіемъ лоскута. Amputatio femoris paniculata. Т. XXIX. ф. 5.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ вычисленнаго при операціи отнятія верхняго плеча круговымъ сѣченіемъ, нужно имѣть, вмѣсто ампутаціоннаго ножа, длинный обоюдоострый, см. Т. XXV. ф. 9. Моменты операціи этой тѣже самые, какіе описаны при отнятіи верхняго плеча съ образованіемъ лоскутовъ, и при дѣланіи ихъ, операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ упомянутой операціи.

Для удобнѣйшаго соединенія лоскутовъ раны нѣкоторые употребляютъ кровавый шовъ, накладывая его на верхнюю, среднюю и нижнюю части лоскутовъ. Послѣ операціи, больной до заживленія раны долженъ лежать въ постели съ приподнятымъ туловищемъ для расслабленія мускуловъ больнаго бедра, которое также должно быть приподнято посредствомъ подложенной подъ него небольшой подушки или сложенной простыни.

124. Отнятіе голени круговымъ сѣченіемъ. Amputatio cruris circularis. Т. XXIX. ф. 3.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей тотъ же, какой описанъ при операціи отнятія передняго плеча круговымъ сѣченіемъ.

Положеніе больнаго и обязанности помощниковъ. Больной, при производствѣ этой и слѣдующей операціи, долженъ лежать прямо противъ свѣта или окна, на краю стола или кровати такъ, чтобы больная конечность его находилась свободно внѣ края; одинъ помощникъ, ставъ съ наружной стороны бедра и охвативъ обѣими руками верхнюю часть голени, какъ изображено на Т. XXIX. ф. 3, оттягиваетъ общіе покровы вверхъ, а другой подобнымъ образомъ напрягаетъ ихъ внизъ; третій помощникъ укрѣп-

ляетъ туловище больного , четвертый здоровую его нижнюю конечность , а пятый помогаетъ оператору .

Производство операціи этой совершенно сходно съ описаннымъ при отнятіи передняго плеча круговымъ сѣченіемъ , исключая наложеніе турникета , помощію котораго операторъ прижимаетъ подколѣнную артерію сзади между бедренныхъ мышечковъ , дабы больноі менѣе потерялъ крови . При перепиливаніи костей , помощники поворачиваютъ больную конечность такъ , чтобы большой перстъ ея былъ обращенъ внутрь и обѣ голенныя кости находились горизонтально на одной поверхности , какъ сказано въ четвертомъ моментѣ , при описаніи операціи отнятія передняго плеча . Послѣ операторъ , остановивъ кровотеченіе изъ перерѣзанныхъ артерій большеберцовой передней , задней , малоберцовой и нѣкоторыхъ артеріальныхъ вѣтвей мускуловъ (*art. tibialis antica , postica , peronea et rami musculares*) , соединяетъ губы раны ленточками липкаго пластыря почти поперечно , такъ чтобы одинъ уголь ея былъ обращенъ вверхъ и внутрь , а другой внизъ и снаружи , по направленію голенныхъ костей . Наконецъ , покрывъ верхнюю часть голени , отъ колѣна до губъ раны , низходящими круговыми ходами одноглаваго бинта , операторъ перевязываетъ рану , какъ выше сказано . Послѣ этой и слѣдующей операціи , больноі до заживленія раны долженъ лежать на спинѣ въ постели , съ полусогбенною въ колѣнѣ больною конечностію , подъ которую подкладывается мягкая подушка , покрытая клеенкою и укрѣпляется циркулярнымъ бинтомъ къ краямъ кровати .

125. Отнятіе голени съ образованіемъ лоскута . Amputatio cruris paniculata , à lambeau . T. XXIX. Ф. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей для производства этой операціи потребенъ тотъ же самой , каковой описанъ при отнятіи передняго плеча съ лоскутомъ .

Моменты операціи . 1) Образованіе задняго лоскута ; 2)

разрѣзъ общихъ покрововъ на передней поверхности голени; 3) перерѣзываніе мускуловъ до костей; 4) разрѣзъ межкостной перепонки или связки и отдѣленіе надкостной плевы; 5) перепиливаніе голенныхъ костей; 6) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ наружной стороны больной голени, или съ внутренней — при производствѣ операціи на правой конечности, захватываетъ пальцами лѣвой руки икру больного и оттягиваетъ ее кзади; потомъ, правою рукою взявъ длинный обоюдоострый ножъ, прокалываетъ имъ поперечно мягкія части такъ, чтобы одна поверхность ножа была обращена къ задней поверхности голенныхъ костей, а лезвее его внизъ къ пяткѣ; послѣ, производя пиловидныя движенія ножомъ внизъ близъ самыхъ костей, отдѣляетъ отъ нихъ мягкія части дюйма на три и, оканчивая разрѣзъ кзади, образуетъ лоскутъ, который помощникъ оттягиваетъ вверхъ. При прокалываніи ножомъ мягкихъ частей, должно остерегаться, чтобы конецъ его не прошелъ между костями.

Второй моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы поперечно, или полулуннымъ сѣченіемъ, на дюймъ ниже прокола или основанія лоскута; потомъ, пальцами лѣвой руки захвативъ ихъ, отдѣляетъ помощію скалпелля кверху, до начала лоскута, и поручаетъ помощнику удерживать ихъ въ такомъ положеніи.

Третій моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ ампутаціонный ножъ, перерѣзываетъ имъ мускулы близъ завороченнаго лоскута и общихъ покрововъ, до самыхъ голенныхъ костей, какъ выше сказано.

При производствѣ четвертаго и пятаго моментовъ этой операціи, операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ упомянуто въ описаніи третьяго и четвертаго моментовъ операціи отнятія передняго плеча круговымъ сѣченіемъ.

Четвертый моментъ. Операторъ, остановивъ кровотеченіе изъ артерій, упомянутыхъ въ предыдущей операціи,

и очистивъ рану помощію куска грецкой губки съ теплою водою , заворачиваетъ общіе покровы и лоскутъ на рану ; потомъ , покрывъ больную голень одноглавымъ бинтомъ , какъ выше сказано , накладываетъ ленточки липкаго пластыря съ задней поверхности голени , чрезъ лоскутъ и губы раны , на переднюю поверхность ; сверхъ пластырей онъ кладетъ компрессъ и укрѣпляетъ концы его циркулярнымъ бинтомъ .

126. Вырѣзываніе ключицы. Exarticulatio s. extirpatio claviculae.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скалпелль, тупые крючки, широкая остроконечная игла называемая резекціонною , Бромфильдовъ крючекъ , лигатуры, куски грецкой губки, холодная вода , деревянное масло, ленточки липкаго пластыря , корпейная связочка , мѣлкая корпія, компрессъ, клиновидная подушечка, длинный бинтъ и косынка (mitella).

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ противъ свѣта или окна; одинъ помощникъ , ставъ сзади больного, укрѣпляетъ обѣими руками къ своей груди его голову и наклоняетъ ее нѣсколько на больную сторону и впередъ , а лице къ здоровому боку; другой удерживаетъ больную конечность въ полусогбенномъ положеніи и поднимаетъ плечо кверху ; третій укрѣпляетъ здоровую конечность и туловище больного, а четвертый помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ ; 2) вылушеніе концовъ кости изъ сустава ; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ , ставъ съ наружной и страждущей стороны больного и взявъ правою рукою, какъ писчее перо , скалпелль , разрѣзываетъ имъ общіе покровы вдоль надъ ключицею, отъ одного конца ея до другаго ; при этомъ пальцами лѣвой руки онъ напрягаетъ по-

кровы въ стороны. Потомъ, большимъ и указательнымъ лѣвыми перстами захвативъ заднюю губу раны, отдѣляетъ первую вмѣстѣ съ надкостною плевою, помощію скапелля или резекціонной иглы, отъ верхней и задней поверхностей ключицы, перерѣзывая при этомъ во внутреннемъ углу раны ключичную часть грудинососкового мускула и остерегаясь, чтобы не повредить наружной или внутренней яремной вены. Послѣ, подобнымъ образомъ отдѣляетъ переднюю губу раны отъ верхней и передней поверхностей ключицы по всему ея продолженію.

Второй моментъ. Помощникъ тупыми крючками развлекать губы раны въ стороны, а операторъ, скапеллемъ осторожно перерѣзавъ связки наружнаго конца ключицы и захвативъ его пальцами лѣвой руки, поднимаетъ вверхъ; при этомъ резекціонною иглою или рукояткою скапелля отдѣляетъ отъ нижней поверхности ключицы надкостную плеву вмѣстѣ съ подклюичнымъ мускуломъ, остерегаясь при этомъ, чтобы неповредить кровеносныхъ сосудовъ и нервовъ. Потомъ операторъ, поднимая наружный конецъ ключицы болѣе кверху, вылушиваетъ передній ея конецъ изъ сустава съ грудною костью и, перерѣзавъ его связки, извлекаетъ ключицу кнаружи.

Третій моментъ. Операторъ остановивъ кровотеченіе изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска грецкой губки съ холодною водою, или наложеніемъ помощію Бромфильдова крючка, лигатуръ на концы кровоточащихъ сосудовъ, сближаетъ губы раны между собою и укрѣпляетъ ихъ ленточками липкаго пластыря. Потомъ, сверхъ пластырей положивъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, и компрессъ, укрѣпляетъ циркулярнымъ бинтомъ, котораго ходы почти крестообразно пересекаются надъ ранюю и вокругъ большаго плеча составляютъ колосовидную повязку (*spica brachii*). Наконецъ операторъ налагаетъ на больную конечность, полусогбенную въ локтѣ, обыкновенную повязку, употребляемую при лѣченіи перелома ключицы. Послѣ операціи больной до за-

живленія раны долженъ находиться въ постели, въ горизонтальномъ положеніи на спинѣ.

127. *Вырѣзываніе плеча изъ соединенія его съ лопаткою. Exarticulatio s. extirpatio brachii.* Т. XXV. Ф. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Турникетъ, пелоть, длинный обоюдоострый экстирпаціонный ножъ, см. Т. XXV, Ф. 9, скалпелль, бистурей, пилочка; Бромфильдовъ крючекъ съ лигатурами, или два пинцета, для скручиванія артерій, см. Т. XXIV. Ф. 9. 10, ножницы, кривыя иглы, куски грецкой губки, холодная вода, лепточки липкаго пластыря, корпейная связочка, деревянное масло, мѣлкая корпія, компрессъ и циркулярный бинтъ или сложная грудная повязка, состоящая изъ квадратнаго куска холста съ четырьмя бинтами, пришитыми къ его угламъ (*suspensorium mamillare compositum*).

Почти такой же аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей потребенъ и для производства слѣдующихъ операций вырѣзыванія членовъ изъ ихъ суставовъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на креслѣ или стулѣ такъ, чтобы верхняя его больная конечность, полусогбенная въ локтѣ, была обращена къ окну и освѣщена надлежащимъ образомъ: одинъ помощникъ, стоя сзади больного, прижимаетъ (большимъ перстомъ, пелотомъ, рукояткою большаго ключа или турникета, обвивъ ее тесемкою) подключичную артерію больной стороны къ первому ребру, близъ наружнаго края передняго лѣсничнаго мускула; другой удерживаетъ упомянутую верхнюю конечность въ сказанномъ положеніи; третій укрѣпляетъ помощію полотенца нижнія конечности больного къ ножкамъ стула или кресла; четвертый, стоя съ здоровой стороны, удерживаетъ въ неподвижномъ положеніи туловище больного обѣими руками или помощію широкаго полотенца; пятый помогаетъ оператору, который, при вырѣзываніи праваго плеча, стоитъ

съ боку и спереди больного, а при операціи на лѣвой конечности, онъ находится съ боку и сзади.

Моменты операціи 1) Вскрытіе плечевого сустава; 2) обнаженіе головки плечевой кости; 3) образованіе нижняго или внутренняго лоскута; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ вскрываетъ плечевой суставъ двоякимъ образомъ: снаружи внутрь, или снутри кнаружи, образуя одинъ верхній лоскутъ или два боковыхъ.

Въ первомъ случаѣ, операторъ, ставъ съ страждущей стороны больного и взявъ лѣвою рукою верхнее его плечо, а правою экстирпаціонный ножъ, разрѣзываетъ имъ общіе покровы и поперечно делтообразный мускулъ снаружи внутрь, противъ сустава, на полдюйма ниже акроміальнаго отростка лопатки, см. Т. XXIV. ф. 1. 6, 4, ф. 2. 8, 7. Т. XXX. ф. 5. а. При этомъ онъ, производя пиловидныя движенія ножомъ и направляя лезвее его къ верхушкѣ головки плечевой кости, перерѣзываетъ сухую жилу двуглаваго плечевого мускула и сумочную связку сустава, остерегаясь чтобы не повредить членосуставнаго хряща лопатки. Сверхъ того, плечевой суставъ можно также вскрыть помощію скалпелля, разрѣзывая имъ общіе покровы и делтообразный мускулъ сверху внизъ, отъ акроміальнаго отростка лопатки до прикрѣпленія упомянутаго мускула къ плечевой кости; потомъ отъ окончанія этаго разрѣза провести два поперечныхъ, одинъ кпереди, а другой кзади, см. Т. XXX. ф. 2. 3.

Во второмъ случаѣ операторъ, захвативъ лѣвою рукою общіе покровы и делтообразный мускулъ, оттягиваетъ ихъ кнаружи, а правою взявъ экстирпаціонный-ножъ такъ, чтобы его поверхности и лезвее находились почти въ горизонтальномъ направленіи, прокалываетъ имъ плечевой суставъ на правой сторонѣ надъ отросткомъ подобнымъ вороньему носу, спереди кзади, — а на лѣвой подъ акроміальнымъ отросткомъ, сзади кпереди; при этомъ операторъ, руковод-

ствуясь двумя упомянутыми отростками лопатки больной стороны, старается проникнуть ножомъ чрезъ суставъ. Потомъ, производя пиловидныя движенія ножомъ вокругъ головки плечевой кости снаружи и сверху внизъ близъ самой кости, дюйма на два, послѣ направляя лезвее снаружи, онъ образуетъ верхній лоскутъ, который помощникъ, поднимая кверху, плоскою рукою прижимаетъ въ немъ кровоточащія сосуды, см. Т. XXX. ф. 9. а.

Второй моментъ. Операторъ, въ обоихъ случаяхъ и особенно при образованіи наружнаго или боковыхъ лоскутовъ, безопасно вскрываетъ суставъ помощію скапелля, и старается перерѣзать имъ вокругъ головки плечевой кости связки и сухія жилы какъ можно ближе къ членосоставной впадинѣ лопатки (*cavitas glenoidalis scapulæ*); въ противномъ случаѣ упомянутыя части, переходя въ помертвѣніе и нагноеніе, препятствуютъ скорому заживленію раны.

Третій моментъ. Помощникъ поворачиваетъ локоть больнаго плеча болѣе внутрь и впередъ, а операторъ, лѣвою рукою охвативъ головку этаго плеча, оттягиваетъ ее снаружи и, отрѣзывая мягкія части отъ верхней и внутренней стороны плечевой кости, образуетъ нижній или внутренний лоскутъ. При этомъ лезвее экстирпаціоннаго ножа операторъ обращаетъ къ кости, какъ выше сказано, а помощникъ, охвативъ нижній лоскутъ, прижимаетъ пальцами артерію, см. Т. XXX. ф. 9. с. Лоскутъ этотъ долженъ имѣть длину отъ 2 до 3 дюймовъ, или равную верхнему лоскуту, см. ф. 8. а. b. Если по вскрытіи сустава окажется, что членосуставная впадина лопатки нѣсколько поражена костоѣдою, или значительно разстроена; то операторъ въ первомъ случаѣ прижигаетъ ее раскаленнымъ желѣзомъ, а во второмъ, обнаживъ шейку лопатки, отпиливаетъ ее маленькою пилюшкою, см. Т. XXXII. ф. 15, или помощію остеотома Гейне.

Четвертый моментъ. Операторъ, остановивъ кровотечение, какъ выше сказано, изъ артерій: крыльцовой, окру-

жающей плечо передней и задней, сближает лоскуты между собою, или покрывает рану нижним лоскутомъ, если не находится верхній; потомъ, плотно укрѣпивъ губы раны ленточками липкаго пластыря, кладетъ на нихъ корпѣйную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, и компрессъ; послѣ онъ покрываетъ больное плечо сложною грудною повязкою, которой горизонтальные бинты обводитъ вокругъ туловища, а перпендикулярные спереди и сзади вверхъ, на здоровое плечо. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ лежать въ постели на спинѣ съ приподнятымъ туловищемъ, для удобнѣйшаго истеченія матеріи изъ раны кнаружи.

128. Вырѣзываніе передняго плеча. Exarticulatio s. extirpatio antibrachii. T. XXIV. Ф. 2. s. и. з.

Моменты операціи. 1) Образованіе передняго лоскута; 2) разрѣзъ и отдѣленіе кверху общихъ покрововъ на задней поверхности локтя; 3) вскрытіе плечеваго сустава и вылущеніе изъ него передняго плеча; 4) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первые два момента этой операціи совершенно сходны съ таковыми же моментами операціи отнятія передняго плеча съ образованіемъ лоскута, исключая прокола мягкихъ частей, которыя операторъ прокалываетъ близъ наружнаго мышелка плечевой кости, или надъ самымъ локтевымъ суставомъ.

Третій моментъ. Помощникъ заворачиваетъ передній лоскутъ и натягиваетъ общіе покровы кверху, а операторъ, взявъ правою рукою скалпелль, перерѣзываетъ имъ связки локтеваго сустава и такимъ образомъ вылушиваетъ изъ него переднее плечо. При этомъ нѣкоторые совѣтуютъ, обнаживъ локтевой отростокъ, перепилить его помощію ампутаціонной пилы и оставить въ ранѣ, не перерѣзывая его связокъ.

Четвертый моментъ. Операторъ, остановивъ крово-

теченіе изъ артерій плечевой или, если она раздѣляется на локтевую и лучевую выше локтеваго сустава, то перевязавъ упомянутыя вѣтви, покрываетъ рану переднимъ лоскутомъ и соединяетъ края его съ задними губами раны помощію ленточекъ липкаго пластыря. При этомъ одни концы лигатуръ онъ отрѣзываетъ, а другіе укрѣпляетъ короткимъ кусочкомъ ленточки липкаго пластыря снаружи и покрываетъ все переднее плечо низходящими ходами одноглаваго бинта до самой раны. Потомъ, сверхъ пластырей положивъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ и компрессъ, укрѣпляетъ ихъ бинтомъ какъ выше сказано. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ лежать въ постели на спинѣ, а конечность его должна находиться на подушкѣ, покрытой клеенкою.

*129. Вырѣзываніе ручной кисти. Exarticulatio manus. Т. XXVI.
Ф. 1. Т. XXVII Ф. 4.*

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ или лежать на постели, страждущая конечность его должна находиться отведенною отъ туловища и обращенною внизъ ладонью; одинъ помощникъ, охвативъ нижнюю часть передняго плеча больной конечности такъ, чтобы большіе персты его находились надъ суставомъ ручной кисти, а прочіе прижимали лучевую артерію, удерживаетъ ее въ сказанномъ положеніи; другой укрѣпляетъ туловище больного, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Образованіе задняго или тыльнаго лоскута; 2) вскрытіе сустава; 3) образованіе передняго или ладоннаго лоскута; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и лѣвою рукою охвативъ страждущую ручную кисть его, а правою взявъ скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы

до сухихъ жилъ мускуловъ разгибающихъ персты и ручную кисть. Разрѣзъ этотъ онъ начинаетъ на лѣвой конечности отъ нижняго конца луча и полукругомъ проводитъ чрезъ тыльную поверхность руки къ шиловидному отростку локтевой кости, см. Т. XXVI. ф. 1. о. р, а на правой конечности наоборотъ. Потомъ, пальцами лѣвой руки захвативъ верхній край разрѣза, отдѣляетъ общіе покровы помощію скалпелля кверху до самаго сустава руки, наблюдая при этомъ все то, что было сказано во второмъ моментѣ операций отнятія конечностей круговымъ сѣченіемъ.

Второй моментъ. Помощникъ оттягиваетъ задній лоскутъ кверху, а операторъ перерѣзываетъ сухія жилы упомянутыхъ мускуловъ, помощію скалпелля, надъ самымъ суставомъ; потомъ, лѣвою рукою болѣе сгибая больную кисть руки, вскрываетъ суставъ ея съ тыльной поверхности. При этомъ лезвие скалпелля онъ направляетъ внизъ къ пястнымъ костямъ и, остерегаясь, чтобы не повредить нижнихъ концовъ луча и локтевой кости, перерѣзываетъ связки этого сустава.

Третій моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ средней величины ампутаціонный ножъ, отрѣзываетъ имъ мягкія части отъ ладонной поверхности ручной кисти сверху внизъ, обращая лезвие ножа къ костямъ пястья, и образуетъ передній или ладонный лоскутъ, который долженъ быть равенъ первому, см. Т. XXVII. ф. 4.

Четвертый моментъ. Операторъ, при производствѣ этого момента операции, поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ сказано въ описаніи такового момента предыдущей операции.

130. *Вырѣзываніе пястья.* Exarticulatio metacarpi. Т. XXVI. ф. 8. 7.

Операция эта весьма во многомъ сходна съ предыдущею и операторъ при производствѣ ея поступаетъ такъ,

какъ сказано въ упомянутой операціи, исключая вырѣзыванія одной какой либо пястной кости съ ея пальцемъ.

Вырѣзываніе большого перста и мизинца производится почти одинаковымъ образомъ, см. Т. XXVI. ф. 11. 13. Операторъ, лѣвою рукою взявъ больной палецъ, а правою прямой бистурей или скальпелль, разрѣзываетъ общіе покровы двумя сѣченіями, которыя подъ острымъ угломъ должны сходиться надъ самымъ суставомъ пястной кости съ запястьемъ, см. ф. 17. *a. b. c*, ф. 13. *g. h*. Потомъ, отдѣливъ мягкія части отъ тыльной поверхности кости, оба разрѣза внизу соединяетъ на ладони третьимъ поперечнымъ и такъ же, отдѣляя здѣсь мягкія части, образуетъ ладонный лоскутъ, см. ф. 12; послѣ, вскрывъ суставъ, вылушиваетъ кость, наблюдая при этомъ все то, что было сказано при вырѣзываніи другихъ костей изъ суставовъ. Въ обоихъ случаяхъ, т. е. при вырѣзываніи большого перста и мизинца, вмѣсто ладоннаго лоскута, можно сдѣлать одинъ крайній помощію бистурея или меньшаго обоюдоостраго ножа, которымъ операторъ, отдѣливъ больной перстъ съ запястною его костью отъ прочихъ и вылушивъ изъ сустава, образуетъ крайній лоскутъ, см. Т. XXVI. ф. 4. 6.

Вырѣзываніе указательнаго перста съ пястною его костью производится слѣдующимъ образомъ: помощникъ удерживаетъ больную кисть руки такъ, чтобы ладонная поверхность ея была обращена внизъ (*pronatio*), а здоровые пальцы были согбены и отведены въ стороны; операторъ, лѣвою рукою охвативъ больной указательный перстъ, а правою взявъ прямой бистурей или меньшей ампутиціонный ножъ, разрѣзываетъ имъ насквозь мягкія части, съ одной и другой стороны кости, снизу вверхъ до сустава, см. ф. 13. *a. b. c*; потомъ, перерѣзавъ сухія жилы мускуловъ, сгибающихъ и разгибающихъ указательный перстъ, и вскрывъ его суставъ, вырѣзываетъ какъ выше сказано. Послѣ операторъ, остановивъ кровотеченіе, сближаетъ губы раны или лоскуты между собою и укрѣпляетъ ихъ лен-

точками липкаго пластыря, какъ упомянуто при другихъ подобныхъ операціяхъ.

131. *Вырѣзываніе пальцевъ. Extirpatio digitorum manus.*
Т. XXVII. ф. 3. Т. XXVI.

Помощникъ, при произвоествѣ этой операціи, укрѣпляетъ больную ручную кисть, какъ сказано въ предъидущей операціи, а операторъ, вырѣзывая пальцы изъ первыхъ суставовъ, образуетъ два боковыхъ лоскута, см. Т. XXVI. ф. 3. *a*, а при вылуцненіи изъ вторыхъ или третьихъ суставовъ, онъ дѣлаетъ одинъ лоскутъ полулунный задній или тыльный, а другой таковой же передній или ладонный, см. ф. 2. *a*.

Въ первомъ случаѣ операторъ, лѣвою рукою охвативъ больной перстъ, наклоняетъ его въ сторону, а правою взявъ бистурей, разрѣзываетъ имъ общіе покровы и мягкія части до кости, обращая къ ней лезвее инструмента; потомъ, поворотивъ перстъ въ другую сторону, подобнымъ образомъ перерѣзываетъ мягкія части на противоположномъ краю такъ, чтобы на тыльной поверхности оба разрѣза соединились подъ острымъ угломъ надъ самымъ суставомъ. Послѣ онъ вскрываетъ этотъ суставъ, перерѣзывая при этомъ связки, сухія жилы мускуловъ, сгибающихъ и разгибающихъ больной перстъ, который, наклоняя внизъ или поворачивая болѣе въ сторону, операторъ вылуцчиваетъ изъ его сустава, остерегаясь, чтобы, проводя бистурей чрезъ суставъ, не повредить головки пястной кости.

Во второмъ случаѣ операторъ, наклоняя внизъ лѣвою рукою больной перстъ, нѣсколько сгибаетъ его суставъ, ниже котораго, линіи на три, разрѣзываетъ общіе покровы полулуннымъ сѣченіемъ отъ одного боку къ другому, см. Т. XXVI. ф. 1, *a. b*; потомъ, отдѣливъ этотъ лоскутъ кверху, онъ перерѣзываетъ сумочную и боковыя связки сустава, чрезъ который осторожно проводитъ бистурей на ладонную поверхность и, направляя лезвее его къ вырѣ-

ываемой кости, пиловидными движеніями образуетъ передній или ладонный лоскутъ, см. Т. XXVII. ф. 3. е. f. Въ обоихъ случаяхъ, операторъ, остановивъ кровотечение изъ раны, сближаетъ лоскуты ея и укрѣпляетъ помощію узкихъ ленточекъ липкаго пластыря, какъ выше сказано.

132. *Вырѣзываніе бедра.* Exarticulatio s. extirpatio femoris.
Т. XXX. ф. 13. 14. 15. Т. XXXII. ф. 4.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ почти тѣже, какія описаны при операціи отнятія бедра круговымъ сѣченіемъ.

Моменты операціи. 1) Образование наружнаго лоскута; 2) внутренняго; 3) вскрытіе бедреннаго сустава и вылученіе изъ него больнаго бедра; 4) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ съ наружной стороны больной конечности и взявъ правою рукою экстирпаціонный ножъ, прокалываетъ имъ мягкія части спереди, на дюймъ ниже передней и верхней ости подвздошной кости; при этомъ конецъ ножа, обошедъ снаружи головку бедра, долженъ проникать нѣсколько ниже сѣдалищнаго бугорка, или около одного дюйма отъ задняго прохода. Потомъ операторъ, производя пиловидныя движенія ножомъ и направляя лезвее его внизъ, обходитъ шейку бедренной кости и большой вертлугъ внизъ, отъ 4 до 5 дюймовъ, а послѣ кнаружи; при этомъ операторъ, захвативъ лѣвою рукою мягкія части надъ бедреннымъ суставомъ, оттягиваетъ ихъ кнаружи, а помощникъ поворачиваетъ эту конечность такъ же кнаружи, дабы удобнѣе можно было образовать лоскутъ.

Если изъ перерѣзанныхъ сосудовъ происходитъ весьма сильное кровотеченіе, то операторъ остановивъ его, какъ выше сказано, поднимаетъ лоскутъ кверху и поручаетъ помощнику удерживать въ сказанномъ положеніи.

Второй моментъ. Помощникъ опять поворачиваетъ боль-

ное бедро нѣсколько внутрь, а операторъ, отвлекая мягкія части въ эту сторону, прокалываетъ ихъ ножомъ въ верхнемъ углу перваго прокола или раны, спереди кзади; при этомъ конецъ ножа проводитъ ниже бедренной головки съ внутренней стороны ея шейки въ верхній уголъ задней раны или прокола. Потомъ, подобнымъ образомъ какъ въ первомъ случаѣ, направляя лезвее ножа внизъ и къ внутренней сторонѣ бедренной кости, операторъ пиловидными движеніями отдѣляетъ мягкія части сверху внизъ дюйма на два, а послѣ косвенно внутрь — къ другому бедру; сдавлявъ такимъ образомъ внутренній лоскутъ, онъ тотчасъ останавливаетъ кровотеченіе изъ ствола бедренной артеріи и глубокой ея вѣтви, см. Т. XXX. ф. 15. *q. r.* а помощникъ отвлекаетъ этотъ лоскутъ внутрь и кверху.

Третій моментъ. Операторъ, поворачивая больное бедро кнаружи и внизъ, перерѣзываетъ, помощію скапелла, вокругъ вертлужной впадины сумочную и круглую связки, а потомъ мягкія части на задней и наружной сторонѣ шейки и большаго вертела бедренной кости; при этомъ лезвее ножа онъ направляетъ къ больному бедру, остерегаясь, чтобы не повредить хряща вертлужной впадины. Нѣкоторые, образовавъ наружный лоскутъ, какъ выше сказано, вскрываютъ суставъ и потомъ перерѣзываютъ обыкновеннымъ образомъ мягкія части для внутренняго лоскута, см. Т. XXXII. ф. 4; а нѣкоторые, предварительно перевязавъ бедренную артерію ниже Пупарціевой связки, образуютъ лоскуты, какъ выше описано.

Четвертый моментъ. Операторъ, кромѣ упомянутыхъ артерій, перевязываетъ бедренную вену, см. Т. XXX. ф. 15. *r.* артерій: запирательную, *circumflexam externam* *t.* *ischiatricam* *u.* *gluteam* *et ramos musculares*; потомъ сблизивъ оба лоскута, перевязываетъ рану, какъ сказано при операциіи отнятія бедра чрезъ образованіе двухъ лоскутовъ.

133. Выпъзываніе голени. Exarticulatio cruris. Т. XXXI. ф. 8.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при операціи отнятія голени.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ, или образованіе передняго лоскута и вскрытіе колѣннаго сустава; 2) образованіе нижняго лоскута; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, наложивъ турникетъ на верхнюю часть больного бедра, для прижатія артеріи, а правою рукою взявъ скалпелль, или небольшой ампутаціонный ножъ, разрѣзываетъ имъ общіе покровы на передней поверхности колѣннаго сустава, ниже надколѣнной косточки. Разрѣзъ этотъ долженъ имѣть полулунный видъ, выпуклостію обращенный внизъ и простираться отъ наружнаго до внутренняго мыщелка бедренной кости, см. Т. XXXI. ф. 8. а. b. c. Потомъ операторъ, пальцами лѣвой руки захвативъ выпуклость или верхній край разрѣза, отдѣляетъ общіе покровы помощію скалпелля и поручаетъ ихъ помощнику оттягивать кверху, а самъ, перерѣзавъ сухую жилу мускуловъ разгибающихъ голенъ, вскрываетъ суставъ; при этомъ онъ, сгибая больную голенъ, перерѣзываетъ сумочную, боковыя и крестообразныя связки колѣннаго сустава.

Второй моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ длинный ампутаціонный ножъ и направивъ лезвее его чрезъ вскрытый суставъ къ заднимъ поверхностямъ большой и малой берцовыхъ костей, отрѣзываетъ отъ нихъ мягкія части сверху внизъ, а потомъ кзади; при этомъ онъ производитъ пиловидныя движенія и наблюдаетъ все то, что было сказано при операціи отнятія голени съ образованіемъ лоскута. Задній лоскутъ долженъ имѣть такую длину, которая была бы достаточна для прикрытія колѣннаго сустава или бедренныхъ мыщелковъ.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ подко-

лѣнной артеріи и ея вѣтвей, операторъ перевязываетъ рану, какъ упомянуто при операціи отнятія голени чрезъ образованіе задняго лоскута.

134. Частное выпрѣзываніе стопы. Extirpatio s. exarticulatio pedis partialis. Т. XXVII. Ф. 6. о. р.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ, или лежать въ постели на спинѣ; одинъ помощникъ, оборотясь спиною къ больному, обхватываетъ страждущую его конечность обѣими руками надъ суставомъ стопы и оттягиваетъ общіе покровы вверхъ, см. Т. XXXI. Ф. 13. а. b; другой укрѣпляетъ туловище и верхнія конечности больного, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Образованіе верхняго или тыльнаго лоскута; 2) вскрытіе суставовъ таранной и пяточной костей съ ладьеобразною и кубовидною; 3) образованіе нижняго или подошвеннаго лоскута; остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ, охватываетъ лѣвою рукою страждущую его стопу такъ, что ладонь первой находится на тыльной поверхности послѣдней, которую наклоняетъ внизъ и къзади; потомъ правою рукою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы, начиная на дюймъ ниже внутренней лодыжки полудушно проводя чрезъ тылъ стопы, оканчиваетъ на полдюйма ниже наружной лодыжки. Или операторъ дѣлаетъ по краямъ стопы два разрѣза, длиною отъ 2 до 3 дюймовъ, начиная ихъ ниже лодыжекъ на упомянутомъ разстояніи; потомъ передніе концы этихъ разрѣзовъ онъ соединяетъ третьимъ, поперечно постирающимся чрезъ тыльную поверхность стопы, и образуетъ, вмѣсто овальнаго, четырехугольный лоскутъ см. Т. XXVIII. Ф. 12. Послѣ, операторъ, пальцами лѣвой руки захвативъ верхній край разрѣза, отдѣляетъ помощію скалпелля общіе по-

кровы отъ тыльной перепонки стопы и сухихъ жилъ до угловъ раны и поручаетъ помощнику лоскутъ этотъ оттягивать кверху.

Второй моментъ. Операторъ, перерѣзавъ помощію скальпеля сухія жилы мускуловъ близъ завороченнаго лоскута, вскрываетъ суставъ надъ бугоркомъ ладьеобразной кости; при этомъ, наклоняя стопу болѣе внизъ, сначала разрѣзываетъ связки, соединяющія таранную кость съ ладьеобразною, къ которой направляетъ лезвее скальпеля, дабы не повредить членосуставной поверхности или головки первой кости; потомъ, подобнымъ образомъ перерѣзавъ связки пяточной кости съ кубовидною, совершенно открываетъ суставъ упомянутыхъ четырехъ костей.

Третій моментъ. Операторъ, правою рукою взявъ ампутаціонный ножъ и направляя лезвее его къ нижнимъ поверхностямъ плюсневыхъ костей, разрѣзываетъ мягкія части на подошвѣ; при этомъ онъ производитъ пиловидныя движенія ножомъ близъ самыхъ костей сзади кпереди дюйма на два, а потомъ косвенно или прямо внизъ, см. Т. XXXI ф. 13. Если тыльный лоскутъ имѣетъ овальный видъ, или четвероугольный, см. Т. XXVIII. ф. 10. 12, то такой же формы долженъ быть и нижній и притомъ тѣмъ длиннѣе, чемъ короче первый, котораго иногда нельзя бываетъ сдѣлать, по причинѣ разстройства мягкихъ частей на тыльной поверхности стопы.

Четвертый моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ артерій: тыльной, подошвенной наружной и внутренней, а иногда изъ артерій лодыжечныхъ, операторъ сближаетъ лоскуты между собою и края ихъ плотно соединяетъ помощію ленточекъ липкаго пластыря, какъ выше сказано; сверху пластырей кладетъ корпейную связочку омашенную деревяннымъ масломъ, компрессъ и укрѣпляетъ одностороннимъ бинтомъ, котораго верхніе ходы должны окружать суставъ стопы съ голенью въ видѣ осмиобразной повязки. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, дол-

женъ лежать въ постели на спинѣ или на здоровомъ боку, нѣсколько согнувъ большую конечность.

135. Вырѣзываніе стопы съ отпиливаніемъ нижнихъ концовъ костей голени. Exarticulatio s. amputatio pedis extremi.

T. XXXIV. ф. 1. 2. 3. 4.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Турникетъ, небольшой ампутаціонный ножъ, пила обыкновенная или цепочная Жефрея, прирѣзные щипцы, Бромфильдовъ крючекъ съ лигатурами, пинцетъ, простые и градусные компрессы, бинтъ, деревянное масло, корпейныя связочки, мѣлкая корпія, ленточки липкаго пластыря, куски грѣцкой губки, холодная и теплая вода.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать въ постели на спинѣ. Одинъ помощникъ, оборотясь спиною къ больному, обхватываетъ согнутую въ коленѣ страждущую его конечность обѣими руками надъ суставомъ стопы и оттягиваетъ общіе покровы кверху; другой укрѣпляетъ туловище и верхнія конечности больного, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Образованіе подошвеннаго и тыльнаго лоскутовъ; 2) вскрытіе таранно-голеннаго сочлененія; 3) отпиливаніе передняго конца пяточной кости и нижнихъ концовъ голени; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя предъ больнымъ, обхватываетъ лѣвою рукою пятку страждущей стопы, которая должна быть нѣсколько отведена отъ края кровати, а правою взявъ, какъ писчее перо, небольшой ампутаціонный ножъ, дѣлаетъ имъ разрѣзъ общихъ покровъ, который начинается отъ верхушки наружной лодыжки, (если вырѣзывается лѣвая стопа), ведетъ внизъ чрезъ пятку и подошву впереди пяточной кости и оканчивается при нижнемъ концѣ внутренней лодыжки см. ф. 1. a. b. c. d. Этимъ разрѣзомъ образуется пяточный лоскутъ. Потомъ

операторъ отъ окончанія перваго разрѣза начинаетъ второй, который проводитъ чрезъ тыльную поверхность стопы и оканчиваетъ при началѣ перваго *e. f. g. h.* на поперечный палецъ впереди пяточно-голеннаго сочлененія. Этимъ разрѣзомъ образуется тыльный горизонтально-полулунный лоскутъ, выпуклостію обращенный впередъ.

Второй моментъ. Операторъ, отсепаровавъ нѣсколько тыльный лоскутъ кверху, перерѣзываетъ помощію того же ампутаціоннаго ножа сухія жилы мускуловъ, связки таранно-пяточного сустава и дѣлаетъ въ этомъ сочлененіи искусственный вывихъ стопы такъ, что она держится только на ахилловой жилѣ и задней части пяточной кости.

Третій моментъ. Операторъ правою рукою взявъ пилу, и лѣвою удерживая и оттягивая впередъ стопу, перепиливаетъ поперечно сверху внизъ пяточную кость, позади таранно-пяточного сочлененія; потомъ, защитивъ компресомъ мягкія части и оттянувъ ихъ кверху, операторъ отпиливаетъ горизонтально сзади и спереди обѣ ладыжки и всю сочленительную поверхность нижняго конца голени, см. ф. 2.

Четвертый моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ артерій: тыльной, подошвенной наружной и внутренней и ладыжечныхъ, операторъ сближаетъ лоскуты между собою см. ф. 3. а и края ихъ плотно соединяетъ помощію ленточекъ липкаго пластыря или кроваваго шва. Сверхъ пластырей или шва кладетъ корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, а по сторонамъ Ахилловой жилы градусные лопьеты и все это, покрывъ компресомъ, укрѣпляетъ одноглавымъ бинтомъ. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ лежать въ постели на спинѣ или на здоровомъ боку, нѣсколько согнувъ больную конечность.

136. *Вырѣзываніе плюсны. Exarticulatio metatarsi. Т. XXVII. Ф. 9.*

Операція эта совершенно сходна съ предъидущею , но производство ея бываетъ гораздо труднѣе , по причинѣ большаго числа суставовъ , имѣющихъ различное направленіе , см. Т. XXVII. Ф. 8. *т. н.* ; а потому , точное анатомическое знаніе соединенія плюсневыхъ костей и направленія суставныхъ поверхностей ихъ , составляетъ необходимое условіе къ скорому и успѣшному производству этой операціи , которой второй моментъ труднѣе прочихъ , описанныхъ выше при другихъ подобныхъ операціяхъ.

Второй моментъ. Операторъ , лѣвою рукою наклоняя больную стопу внизъ и поворачивая ее внутрь , сначала перерѣзываетъ помощію скальпеля связки пятой плюсневой косточки тотчасъ позади бугорка ея ; потомъ , направляя ножъ внутрь и нѣсколько кзади , вскрываетъ суставы второй и третьей плюсневыхъ костей , изъ коихъ первая простирается линіи на двѣ кзади далѣе пятой косточки ; наконецъ , наклоняя переднюю часть стопы болѣе внизъ , перерѣзываетъ связки прочихъ плюсневыхъ костей и образуетъ нижній лоскутъ ампутаціоннымъ ножомъ , какъ сказано въ предъидущей операціи.

137. *Вырѣзываніе ножныхъ пальцевъ. Exarticulatio digitorum pedis. Т. XXVII. Ф. 1—8.*

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже , какія назначены при частномъ вырѣзываніи стопы.

При вырѣзываніи однихъ ножныхъ пальцевъ и вмѣстѣ съ плюсневыми ихъ костями , операторъ поступаетъ совершенно такъ , какъ описано въ производствѣ операціи вырѣзыванія ручныхъ перстовъ.

138. Выпиливаніе или вырѣзываніе части верхней челюсти.
Resectio, s. excisio maxillæ superioris, partialis. T. VI. Ф. 12.
 13. 4.

Операция эта обыкновенно производится помощію Гейнова остеотома, какъ подробно описано въ способѣ выпиливанія костей упомянутымъ инструментомъ, стр. 37; но при употребленіи крѣпкаго и остраго ножа или долота и молотка, операторъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: разрѣзавъ общіе покровы больной стороны или лица, какъ изображено на Ф. 12 или 13, и отдѣливъ ихъ въ сторону, см. Ф. 14, онъ беретъ правою рукою крѣпкій ножъ такъ, чтобы рукоятка находилась въ ладони руки, а указательный перстъ на хребтѣ ножа, или какъ обрѣзной ножъ при черепосверленіи, см. Ф. 6; потомъ обрѣзываетъ имъ мягкіе края кости и извлекаетъ ихъ кнаружи, помощію пинцета или перстовъ. Для отдѣленія испорченныхъ, по крѣпкихъ частей верхней челюсти, операторъ употребляетъ прирѣзные щипцы, долото и молотокъ, или небольшую пилочку; см. Т. XXXII. Ф. 15; послѣ, остановивъ кровотеченіе помощію средствъ, вычисленныхъ при выпиливаніи верхней челюсти Гейновымъ остеотомомъ, перевязываетъ рану, какъ сказано въ описаніи упомянутой операции.

139. Выпиливаніе боковой или средней части нижней челюсти.
Resectio s. amputatio maxillæ inferioris. T. VI. Ф. 2.

Равнымъ образомъ и эта операция весьма удобно производится помощію Гейнова остеотома, какъ описано въ упомянутомъ сочиненіи, стр. 42; но при употребленіи широкой и выпуклой ампутаціонной пилы, операторъ поступаетъ слѣдующимъ образомъ: обнаживъ нижнюю челюсть отъ мягкихъ частей, подводитъ подъ нее роговую, кожаную, изъ толстой бумаги или лубка сдѣланную пластинку

или лопатъ и отдаетъ помощнику для укрѣпленія; потомъ, наклонивъ голову больного назадъ и охвативъ лѣвою рукою нижнюю его челюсть, беретъ правою рукою пилу и перепиливаетъ ею челюсть снизу вверхъ и спереди кзади. При этомъ операторъ можетъ стоять предъ больнымъ или сзади его, и, въ послѣднемъ случаѣ, чрезъ лицо больного защищая компрессомъ верхнюю губу, щеку и носъ его, производитъ пиленіе кости сначала на одной, а потомъ на другой ея сторонѣ. Послѣ останавливаетъ кровотеченіе и перевязываетъ рану, какъ сказано при описаніи выпиливанія нижней челюсти помощію Гейнова остеотома, стр. 47.

140. Частное выпиливаніе ребра. Resectio costæ partialis.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скалпелль, резекціонная игла, два тупыхъ крючка, тонкій лубокъ, Геева пилочка, Бромфильдовъ крючекъ, лигатуры, куски грецкой губки, холодная вода, корпейная связочка, деревянное масло, ленточки липкаго пластыря, компрессъ и бинтъ или грудная повязка, называемая scapulir.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при операціи вскрытія грудной полости.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и отдѣленіе мягкихъ частей вокругъ ребра; 2) перепиливаніе ребра и извлеченіе его изъ раны; 3) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, пальцами лѣвой руки напругая общіе покровы надъ больнымъ ребромъ, а правою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ покровы и мягкія части до самаго ребра. Разрѣзъ этотъ онъ дѣлаетъ вдоль и по срединѣ выпиливаемого ребра, болѣе или менѣе длинный, смотря потому, какое пространство занимаетъ разстройство кости; при выпиливаніи нѣсколькихъ реберъ, операторъ разрѣзываетъ общіе покровы

Т-образно или крестообразно, см. Т. XII. ф. 6. с. d.; потомъ помощію скапелля отдѣляетъ ихъ отъ большого ребра въ стороны, и поручаетъ помощнику развлекать тупыми крючками; послѣ весьма осторожно, посредствомъ резекціонной иглы, отдѣляетъ отъ ребра надкостную плеву и вмѣстѣ подреберную, какъ сказано въ описаніи способа выпиливанія костей помощію Гейнова остеотома.

Второй моментъ. Операторъ подводитъ подъ обнаженное ребро тонкій лубокъ или лопъетъ, какъ упомянуто въ предъидущей операціи и отдаетъ помощнику для укрѣпленія; потомъ, правою рукою взявъ Гееву пилочку, перепиливаетъ ею большое ребро, укрѣпляя ее пальцами лѣвой руки, дабы предотвратить сотрясеніе грудныхъ органовъ. Такимъ образомъ перепиливъ ребро въ переднемъ и заднемъ углахъ раны, осторожно извлекаетъ его кнаружи помощію пальцевъ или пинцета. О употребленіи при этой операціи Гейнова остеотома, см. упомянутое сочиненіе стр. 50.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе и очистивъ рану, операторъ сближаетъ края или губы ея между собою и плотно соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря; потомъ кладетъ на рану корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ или компрессъ и укрѣпляетъ ходами циркулярнаго бинта или грудною повязкою (scapulir). Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ лежать въ постели на спинѣ, наклонясь нѣсколько на больную сторону, для удобнѣйшаго истеченія изъ раны матеріи кнаружи.

141. Отпиливаніе конца ключицы. Resectio claviculae partialis.
Т. XII. ф. 10.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Кромѣ вычисленнаго при описаніи операціи вырѣзыванія ключицы, должно имѣть: узкій и тонкій лубокъ, Гееву пилочку или Гейновъ остеотомъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ при

производствѣ этой операціи тѣже, какія назначены при упомянутой, отъ которой она отличается вторымъ моментомъ. Помощникъ развлекаетъ тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ, ставъ предъ больнымъ и подложивъ подъ обнаженный конецъ ключицы лубокъ, для защищенія мягкихъ частей, захватываетъ ее лѣвою рукою и осторожно перепиливаетъ помощію Геевой пилочки, или Гейнова остеотома, см. стр. 60.

142. Отпиливаніе головки плечевой кости. Decapitatio ossis brachii s. humeri. Т. XXX. ф. 5. 6. 7. Т. XXXI. ф. 1. 6.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Скапелль, длинный экстирпаціонный ножъ, или небольшой ампутаціонный, два тупыхъ крючка, тонкій лубокъ, компрессъ или кусокъ холста до половины разрѣзанный, пила, прирѣзные щипцы, Бромфильдовъ крючекъ, кривыя иглы, круглыя и плоскія лигатуры, ножницы, ленточки липкаго пластыря, деревянное масло, корпейная связочка, мѣлкая корпія, компрессы и клиновидная подушечка.

Подобный аппаратъ инструментовъ нуженъ и при слѣдующихъ операціяхъ выпиливанія костей.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при вырѣзываніи плеча изъ соединенія его съ лопаткою.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и вскрытіе плечеваго сустава; 2) обнаженіе головки плечевой кости; 3) перепиливаніе кости; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. При вскрытіи плечеваго сустава операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи перваго момента операціи вырѣзыванія плеча изъ сустава; или — онъ образуетъ наружный лоскутъ, имѣющій четвероугольную, Т-образную, треугольную или другую форму, см. Т. XXXI. ф. 2. 6. Что касается до разрѣза общихъ покрововъ, простирающагося отъ плечеваго отрост-

ка лопатки сверху вниз, по наружной сторонѣ плеча, см. ф. 1, то онъ съ большою пользою можетъ быть употребленъ при отпиливаніи плечевой головки помощію остеотома Гейне, см. способъ выпиливанія костей, стр. 62. Т. VI. 6.

Второй моментъ. Одинъ помощникъ поднимаетъ и укрѣпляетъ верхній лоскутъ, или тупыми крючками разводитъ губы раны въ стороны; другой, приводя нижнюю часть больного плеча къ туловищу, верхнюю направляетъ кнаружи, а операторъ, перерѣзавъ скапеллемъ сумочную связку и сухую жилу двуглаваго мускула, обнажаетъ головку плечевой кости; потомъ, отдѣливъ мускулы прикрѣпляющіеся къ верхней части плеча (подлопаточный, верхній и нижній лопаточной ости и круглый меньшей), охватываетъ пальцами лѣвой руки головку плечевой кости и выводитъ ее кнаружи, см. Т. XXX. ф. 12. с. Послѣ, покрывъ рану надрѣзаннымъ компрессомъ такъ, чтобы цѣльная его часть была обращена кверху, а раздвоенная внизъ и окружала кость спереди и сзади.

Третій моментъ. Операторъ, подложивъ лубокъ подъ обнаженную кость съ внутренней стороны и поручивъ его помощнику удерживать въ неподвижномъ положеніи, беретъ правою рукою ампутаціонную пилу и, смазавъ ее масломъ, перепиливаетъ кость какъ можно ближе къ нижнему углу раны или мягкимъ частямъ, дабы конецъ ея послѣ операціи не оставался въ ранѣ обнаженнымъ. При этомъ онъ, нижнюю часть больного плеча укрѣпляетъ помощію лѣвой руки и наблюдаетъ все то, что сказано въ описаніи четвертаго момента отнятія верхняго плеча, остерегаясь, чтобы при окончаніи перепиливанія кости не повредить мягкихъ частей.

Четвертый моментъ. Остановивъ кровоточеніе, которое при этой операціи бываетъ весьма умѣренное, операторъ плотно сближаетъ губы раны между собою и соединяетъ ихъ посредствомъ ленточекъ липкаго пластыря; потомъ, сверхъ пластырей кладетъ корпейную связочку, омащен-

ную деревяннымъ масломъ, компрессъ и укрѣпляетъ колосовидною повязкою, помощію одноглаваго бинта (*spica brachii*). Послѣ, поднявъ больное плечо такъ, чтобы конецъ перепиленной кости былъ приближенъ къ членосуставной поверхности или впадинѣ лопатки *cavitas glenoidalis scapulae*), операторъ кладетъ подъ больную мышку клиновидную подушечку и укрѣпляетъ страждущую конечность къ туловищу циркулярнымъ бинтомъ, а переднее плечо, полусогбенное въ локтѣ, подвязываетъ косынкою (*mitella*), какъ при лѣченіи перелома ключицы. Нѣкоторые, для соединенія губъ раны или краевъ лоскута, употребляютъ кровавый шовъ вмѣсто сухаго или ленточекъ лишакаго пластыря, см. Т. XXX. Ф. 6.

143. Выпиливаніе средней части плечевой кости. *Resectio corporis brachii.*

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на низкомъ столѣ, или таковой же кровати на спинѣ, а страждущая конечность его полусогбенная въ локтѣ и нѣсколько отведенная отъ туловища, должна находиться на подложенной подъ нее и покрытой клеенкою подушкѣ. Одинъ помощникъ обѣими руками укрѣпляетъ верхній конецъ плечевой кости, а другой нижній, третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и обнаженіе кости или концовъ ложнаго сустава; происшедшаго отъ несросшагося перелома плеча; 2) отпиливаніе концовъ ложнаго сустава плечевой кости; 3) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы и мускулы на наружной сторонѣ больного плеча, охвативъ его съ внутренней стороны лѣвою рукою. Разрѣзъ этотъ долженъ находиться надъ самымъ поврежденнымъ мѣстомъ плечевой кости, или ложнымъ ея суставомъ и простираться

отъ 1 до 2 дюймовъ, смотря по толщинѣ мягкихъ частей или обширности поврежденія. Потомъ, операторъ помощію скалпелля или резекціонной иглы отдѣляетъ мягкія части съ надкостною плевою вокругъ обоихъ концовъ ложнаго сустава кости и поручаетъ помощнику развлекать тупыми крючками губы раны въ стороны.

Второй моментъ. Операторъ, поворотивъ внутрь локоть больного плеча, выводитъ изъ раны кнаружи сначала одинъ конецъ кости и, подложивъ подъ него лубокъ и до половины разрѣзанный компрессъ, перепиливаетъ помощію пилы, какъ сказано въ предъидущей операціи; потомъ подобнымъ образомъ поступаетъ при отпиливаніи другаго конца кости и оба извлекаетъ кнаружи посредствомъ перстовъ или пинцета.

Операція эта съ большею пользою можетъ быть произведена помощію Гейнова остеотома, потому что разрѣзъ общихъ покрововъ въ этомъ случаѣ дѣлается гораздо меньше, нежели при отпиливаніи концовъ кости обыкновенною пилою; сверхъ того, мягкія части окружающія суставъ, остаются совершенно въ спокойномъ положеніи, слѣдовательно всегда можно ожидать лучшаго успѣха операціи.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе, операторъ плотно сближаетъ между собою концы кости, а края раны соединяетъ ленточками липкаго пластыря и покрываетъ корпейною связочкою, омащенію деревяннымъ масломъ. Потомъ налагаетъ на все верхнее больное плечо многоглавую повязку и сверху два или три лубка, которые связываетъ тесемками совершенно такъ, какъ сказано при лѣченіи сопряженныхъ переломовъ костей. Послѣ операціи, до заживленія раны, больная конечность должна находиться въ такомъ положеніи, въ какомъ она была во время операціи.

Впрочемъ, вмѣсто описаннаго обыкновеннаго способа перевязыванія больной конечности лубками, съ большею пользою я употребляю въ этомъ случаѣ клейстерную по-

вязку. Она состоитъ изъ трехъ простыхъ многоглавыхъ повязокъ, приготовленныхъ изъ большихъ компрессовъ или кусковъ холста, по краямъ надрѣзанныхъ на 6 или 8 головокъ; двухъ бумажныхъ лубковъ, изъ коихъ передній долженъ простираться отъ локтеваго сгиба до наружнаго конца ключицы и на внутреннемъ краю верхняго конца имѣть выемку для подкрыльцовой впадины; задній лубокъ отъ верхней части передняго плеча долженъ простираться, чрезъ локоть и заднюю поверхность больнаго члена, до акроміальнаго отростка лопатки и даже длиннѣе такъ, чтобы онъ могъ сходиться съ верхнимъ концемъ передняго лубка надъ больнымъ плечомъ. Оба лубка должны быть такой ширины, чтобы, по наложеніи ихъ на больное плечо, оставалось между краями пространство не болѣе полдюйма. Сначала обыкновеннымъ образомъ, приведши концы кости во взаимное между собою соприкосновеніе, налагаю на больную конечность первую повязку отъ нижней части передняго плеча, покрывая ею локтевой суставъ и все верхнее плечо; потомъ, смазавъ наружную поверхность этой повязки клейстеромъ, помощію кисточки, кладу вторую повязку, такимъ же образомъ, какъ и первую, и такъ же смазываю наружную ея поверхность клейстеромъ; наконецъ къ передней и задней поверхности больнаго плеча прикладываю два бумажныхъ лубка, немного смочивъ ихъ въ горячей водѣ и съ обѣихъ сторонъ смазанные клейстеромъ, и укрѣпляю третьею повязкою верхніе концы обоихъ лубковъ, подложивъ подъ нихъ компрессъ, я загибаю надъ плечевымъ суставомъ и укрѣпляю колосовидною повязкою (*spica brachii*), какъ послѣ вставляванія вывихнутой головки плечевой кости. По прошествіи нѣсколькихъ часовъ, когда повязка высохнетъ, или накопленіе мокротъ въ ранѣ будетъ беспокоить больнаго, должно сдѣлать, помощію скапелля или кривыхъ ножницъ, отверстіе въ повязкѣ противъ самой раны, для свободнаго истеченія матеріи наружи. Наложенная такимъ образомъ повязка, покрывая плечевой суставъ и локоть, неподвижно удерживаетъ всю

верхнюю конечность, препятствуетъ расхожденію концевъ ея и, не требуя перемѣны, способствуетъ къ скорѣйшему сращенію кости и заживленію раны.

144. Отпиливаніе нижняго конца плечевой кости. Resectio extremitatis inferioris brachii. Т. XXXII. Ф. 3.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать въ постели, на брюхѣ такъ, чтобы страждущая конечность его находилась свободною вѣ края постели; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнее плечо этой конечности, другой переднее, третій туловище больного, а четвертый помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и образование задняго лоскута; 2) вскрытіе локтеваго сустава и обнаженіе мышечковъ плечевой кости; 3) перепиливаніе кости; 4) остановленіе кровотоčenія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, лѣвою рукою натягивая общіе покровы на задней и нижней части больного плеча, а правою взявъ, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ мягкія части до кости, сначала надъ внутреннимъ, а потомъ надъ наружнымъ мышечками, оканчивая оба разрѣза нѣсколько ниже локтеваго сустава. Послѣ, соединивъ нижніе концы этихъ вдольныхъ разрѣзовъ однимъ поперечнымъ, отдѣляетъ вверхъ общіе покровы и мягкія части отъ кости и, такимъ образомъ, дѣлаетъ задній лоскутъ, который поручаетъ помощнику оттягивать кверху и удерживать его въ такомъ положеніи. При этомъ, операторъ перерѣзываетъ нижнюю часть трехглаваго плечеваго мускула и отдѣляетъ надъ внутреннимъ мышечкомъ локтевой нервъ, который, посредствомъ пальца или тупаго крючка, помощникъ отвлекаетъ въ сторону.

Второй моментъ. Операторъ, нѣсколько согнувъ въ локтѣ больную конечность, осторожно перерѣзываетъ помощію скалпелля связки локтеваго отростка, а потомъ — лучевой кости и, такимъ образомъ, сзади кпереди вскры-

ваетъ суставъ, наблюдая всѣ тѣ предосторожности, какія упомянуты при вскрытіи другихъ суставовъ; послѣ, перерѣзавъ переднія связки локтеваго сустава, весьма осторожно отдѣляетъ кверху мягкія части отъ нижней и передней поверхности плечевой кости, которую обнаживъ отъ надкостной плевы, покрываетъ рану разрѣзаннымъ до половины компрессомъ, какъ выше сказано.

Третій моментъ. Помощникъ удерживаетъ лубокъ, подведенный подъ обнаженный нижній конецъ плечевой кости, см. Т. XXXII. Ф. 3. g, а операторъ, лѣвою рукою укрѣпивъ больное плечо, а правую взявъ ампутаціонную пилу, смазанную деревяннымъ масломъ, перепиливаетъ ею кость въ верхней части раны, близъ начала или основанія задняго лоскута, завороченнаго вверхъ; потомъ, оставшіяся неровности на переднемъ краю перепиленной кости, отрѣзываетъ помощію щипцовъ, какъ упомянуто при отніятіяхъ конечностей.

Четвертый моментъ. Операторъ, остановивъ кровотечение изъ раны частымъ прикладываніемъ къ ней куска гречкой губки съ холодною водою, или помощію перевязыванія или скручиванія кровоточащихъ сосудовъ, покрываетъ рану лоскутомъ; потомъ, края этого лоскута плотно соединивъ съ краями раны, посредствомъ кроваваго или сухаго шва, онъ кладетъ сверху раны корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, компрессъ и укрѣпляетъ одноглавымъ бинтомъ въ видѣ осмиобразной повязки, какъ сказано при кровопусканіи изъ руки. Послѣ операціи, до заживленія раны, больной долженъ лежать въ постели на спинѣ такъ, чтобы страждущая конечность его, полусогбенная въ локтѣ, находилась въ спокойномъ положеніи на подушкѣ.

145. *Отпиливаніе верхняго конца лучевой кости. Resectio extremitatis superioris radii.* Т. XXXII. Ф. 1.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ находиться въ такомъ положеніи, какое назначено при производствѣ предъидущей операціи, или онъ долженъ сидѣть на стулѣ такъ, чтобы больная конечность его, полусогбенная въ локтѣ, была обращена заднею поверхностію къ свѣту или окну. Одинъ помощникъ укрѣпляетъ нижнюю часть передняго больного плеча; другой верхнее плечо, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и образование наружнаго лоскута; 2) вскрытіе сустава и обнаженіе верхняго конца лучевой кости; 3) перепиливаніе кости; 4) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою скальпель, разрѣзываетъ имъ общіе покровы сверху внизъ, сначала отъ передней, а потомъ отъ задней поверхности наружнаго плечеваго мышелка такъ, чтобы нижніе концы обоихъ разрѣзовъ сходились между собою на наружномъ краю передняго плеча и проникали до самой кости. Потомъ, пальцами лѣвой руки захвативъ верхній край разрѣза, онъ отдѣляетъ помощію скальпеля мягкія части кверху, до локтеваго сустава, и поручаетъ помощнику удерживать лоскутъ въ сказанномъ положеніи. Т. XXXII. Ф. 1. *б.*

Второй моментъ. Операторъ, болѣе согнувъ больную конечность въ локтѣ, осторожно перерѣзываетъ скальпелемъ связки, соединяющія верхній конецъ лучевой кости съ плечевою и локтевою костями, наблюдая при этомъ все то, что было сказано при вскрытіи другихъ суставовъ; потомъ, помощію скальпеля, или резекціонной иглы, онъ отдѣляетъ съ внутренней стороны луча межкостную перепонку и надкостную плеву на такое пространство, какое занимаетъ разстройство кости, подъ которую подводитъ лубокъ и компрессъ, какъ выше сказано.

Третій моментъ. При производствѣ этого момента, операціи и слѣдующаго, операторъ поступаетъ совершенно такимъ образомъ, какъ сказано въ описаніи таковыхъ же моментовъ предъидущей операціи.

146. Отпиливаніе локтеваго отростка. Resectio olecrani.

Операція эта во многомъ весьма сходна съ предъидущею, отъ которой отличается однимъ только наружнымъ разрѣзомъ, а именно: операторъ, лѣвою рукою охвативъ больную конечность въ локтевомъ сгибѣ, напрягаетъ общіе покровы, потомъ, правою рукою взявъ, какъ пишущее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы по обѣимъ сторонамъ локтеваго отростка такъ, чтобы верхніе концы этихъ разрѣзовъ сходились между собою надъ упомянутымъ отросткомъ; послѣ, отдѣливъ общіе покровы и мускулы внизъ, въ видѣ треугольника, операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ выше сказано.

147. Отпиливаніе концовъ костей локтеваго сустава. Resectio ossium cubiti. T. XXXI. ф. 14.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ, или кровати, на-спинѣ; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнее, а другой переднее плечо больной конечности, которая должна находиться въ прямомъ и нѣсколько отведенномъ отъ туловища положеніи, третій помощникъ помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и вскрытіе локтеваго сустава; 2) отпиливаніе концовъ костей; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, наложивъ турникетъ на верхнюю часть плеча, для прижатія плечевой артеріи, охватываетъ лѣвою рукою больной локоть, а правою взявъ скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы спереди или сзади, смотря потому, гдѣ находится значительное раз-

стройство ихъ или изъязвленіе. При этомъ онъ образуетъ два разрѣза, которыхъ середина должна находиться надъ самымъ локтевымъ суставомъ, а нижніе концы соотвѣтствовать положенію костей передняго плеча, см. Т. XXXI. ф. 14. *a. b. c. d*; потомъ, средину обоихъ прямыхъ и параллельныхъ между собою разрѣзовъ, соединяетъ третьимъ поперечнымъ разрѣзомъ, *e. f.* простирающимся надъ самымъ локтевымъ суставомъ. Послѣ операторъ, отдѣливъ общіе покровы или лоскуты вверхъ а внизъ, вскрываетъ помощію скальпеля локтевой суставъ и обнажаетъ всѣ суставные концы костей этого сустава, остерегаясь, чтобы не повредить плечевой артеріи и нерва, которые помощникъ отвлекаетъ тупымъ крючкомъ внутрь.

Второй моментъ. Операторъ, при производствѣ этого и слѣдующаго моментовъ операцій, поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи таковыхъ же моментовъ предыдущихъ трехъ операцій.

148. Отпиливаніе нижняго конца локтевой кости. *Resectio extremitatis inferioris ulnæ.* Т. XXXII. ф. 2. *b.*

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, при производствѣ этой и слѣдующихъ двухъ операцій, долженъ лежать на постели или сидѣть на стулѣ, положивъ на столъ, ладонью внизъ, больную конечность свою, полусогбенную въ локтѣ. Одинъ помощникъ обѣими руками укрѣпляетъ верхнюю часть передняго плеча этой конечности; другой держитъ ручную кисть, нѣсколько согнувъ ее персты, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операцій. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и обнаженіе кости; 2) перепиливаніе локтевой кости и вылученіе нижняго конца ея изъ сустава руки; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою скальпель, разрѣзываетъ имъ общіе покровы надъ шиловиднымъ отросткомъ локтя, длиною отъ 2 до 2½ дюймовъ,

по направленію упомянутой кости; потомъ, отъ нижняго конца этого разрѣза, онъ проводитъ кнаружи подъ прямымъ угломъ второй, простирающійся на тыльную поверхность ручнаго сустава и имѣющій меньшую длину, нежели первый. Послѣ, пальцами лѣвой руки, онъ, захвативъ уголъ этого разрѣза, отдѣляетъ помощію скапелля общіе покровы кверху и обнажаетъ кость отъ мягкихъ частей и надкостной плевы посредствомъ резекціонной иглы, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить локтевой артеріи и сухой жилы мускула, разгибающаго ручную кисть.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ подводитъ подъ кость цѣпочную пилу, которою перепиливаетъ кость въ верхнемъ углу раны внутри кнаружи; потомъ, пальцами лѣвой руки, или острыми щипцами, захвативъ отпиленный конецъ локтевой кости, извлекаетъ его изъ раны кнаружи, осторожно перерѣзывая при этомъ, помощію скапелля, связки, соединяющія этотъ конецъ кости съ лучемъ и ручною кистью.

Третій моментъ. Операторъ, остановивъ кровотеченіе изъ раны и соединивъ губы ея посредствомъ ленточекъ липкаго пластыря, накладываетъ на все переднее плечо обыкновенную повязку, употребляемую при лѣченіи перелома лучевой кости, наблюдая при этомъ, чтобы ручная кисть находилась въ натуральномъ и неподвижномъ положеніи. Послѣ операціи, до заживленія раны, переднее плечо больной конечности, полусогбенной въ локтѣ, должно поддерживать помощію треугольной повязки (mitella).

149. Отпиливаніе нижняго конца лучевой кости. Resectio extremitatis inferioris radii. T. XXXII. ф. 2, с.

Операція эта весьма сходна съ предъидущею, отъ которой отличается только первымъ моментомъ или разрѣзомъ общихъ покрововъ, а именно: операторъ сначала дѣлаетъ, помощію скапелля, разрѣзъ общихъ покрововъ, начиная

нѣсколько ниже шиловиднаго отростка луча и проводя вверхъ по наружному краю лучевой кости, длиною до трехъ дюймовъ; потомъ, на тыльной поверхности ручной кисти, онъ проводитъ отъ нижняго конца перваго разрѣза другой поперечный, имѣющій длину не болѣе одного дюйма, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить тыльной вѣтви лучевой артеріи и сухихъ жилъ мускуловъ, разгибающихъ ручную кисть. Послѣ, операторъ поступаетъ совершенно такъ, какъ сказано въ описаніи производства предыдущей операціи.

150. Выпиливаніе запястныхъ костей. *Resectio ossium metacarpi.*

Моменты этой операціи тѣже, какіе описаны при отпиливаніи нижняго конца локтевой кости.

Первый моментъ. Разрѣзъ общихъ покрововъ и мягкихъ частей операторъ дѣлаетъ различно, смотря потому, должно ли отпилить одинъ конецъ запястной кости, или вмѣстѣ съ нимъ отнять и палецъ. Въ первомъ случаѣ, онъ помощію скальпеля разрѣзываетъ общіе покровы на тыльной поверхности руки, по направленію испорченной кости; во второмъ, операторъ, взявъ лѣвою рукою больной перстъ, а правою прямой бистурей, на подобіе смычка, и нѣсколько приподнявъ больную руку, разрѣзываетъ всѣ мягкія части съ наружной и внутренней стороны разстроенной кости, обращая къ ней остріе ножа, снизу вверхъ до того мѣста, гдѣ кость должна быть перепилена. Такимъ образомъ происходятъ два лоскута: наружный или лучевой и внутренний или локтевой; при этомъ, помощникъ прижимаетъ пальцами обѣихъ рукъ, на нижней и передней части больнаго предплечія, лучевую и локтевую артеріи, для предотвращенія обильнаго кровотеченія. Операторъ, сдѣлавъ разрѣзъ общихъ покрововъ и мягкихъ частей, или образовавъ изъ нихъ лоскуты, отдѣляетъ, помощію резекціонной иглы, отъ поврежденной кости надкостницу

плеву и не перерѣзанныя еще мягкія части, какъ выше сказано.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ тупыми крючками губы раны въ стороны, а операторъ обыкновеннымъ образомъ перепиливаетъ кость помощію цѣпочной пилы, какъ сказано при отпиливаніи нижняго конца локтевой кости. При этомъ кисть ручная, обращенная внизъ ладонною поверхностію, должна лежать на столѣ и неподвижно быть удерживаема руками помощника. Если нужно перепилить двѣ пястные кости, на прим. средняго и четвертаго перстовъ, то операторъ отдѣльно перепиливаетъ каждую, а потомъ извлекаетъ ихъ изъ раны кнаружи, помощію пинцета или щипцовъ, какъ выше упомянуто.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе, операторъ перевязываетъ рану двоякимъ образомъ: въ первомъ случаѣ, когда безъ отнятія пальца выпилена одна только пястная кость, онъ, сблизивъ губы раны, плотно соединяетъ ихъ ленточками липкаго пластыря; потомъ кладетъ на ладонную поверхность противъ раны узенькой лубокъ, протирающійся отъ нижняго конца передняго плеча до таковаго же конца большаго перста. Къ этому лубку онъ прикрѣпляетъ помощію тесемки или узенькаго бинта больной перстъ, котораго пястная кость выпилена. Во второмъ случаѣ, когда вмѣстѣ съ пястною костью вырѣзанъ и принадлежащій ей палецъ, операторъ такъже, сблизивъ края лоскутовъ раны между собою, укрѣпляетъ ихъ въ такомъ положеніи ленточками липкаго пластыря; потомъ, сверхъ пластырей кладетъ надъ раню, съ тыльной и ладонной поверхностей, корпейныя связочки, омащенные деревяннымъ масломъ, компрессы, и все это укрѣпляетъ одноглавымъ бинтомъ, начиная круговые ходы его отъ нижняго конца передняго плеча и покрывая ими всю ручную кисть до окончанія перстовъ. Послѣ операціи, какъ въ первомъ такъ и во второмъ случаѣ, больную конечность, полусогбенную въ локтѣ, должно подвязать треугольною повязкою (mitella).

151. Отпиливаніе головки бедренной кости. Decapitatio s. resectio femoris in coxa T. XXX. Ф. 13.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ тѣже, какія назначены при операціи вырѣзыванія бедра изъ вертлужной впадины.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ или образованіе наружнаго лоскута: 2) вылущеніе бедренной головки изъ сустава и отпиливаніе ея; 3) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, при производствѣ этого момента операціи, поступаетъ двоякимъ образомъ: или, взявъ правою рукою, какъ писчее перо, скалпелль, разрѣзываетъ имъ общіе покровы и мягкія части спереди и сзади большаго вертела такъ, чтобы верхніе концы обоихъ разрѣзовъ оканчивались надъ самымъ суставомъ подъ острымъ угломъ, см. Т. XXX. Ф. 13. *a. b. c*; или проводитъ два параллельныхъ разрѣза по сторонамъ большаго вертела; потомъ, въ послѣднемъ случаѣ соединивъ средину разрѣзовъ третьимъ, поперечно простирающимся чрезъ большой вертелъ, операторъ отдѣляетъ помощію скалпелля мягкія части отъ кости до верхняго края вертлужной впадины, гдѣ перерѣзываетъ сумочную связку этого сустава и круглую бедренной головки.

Второй моментъ. Помощникъ поворачиваетъ нижнюю часть бедра внутрь, а верхнюю направляетъ кнаружи; при этомъ операторъ, пальцами лѣвой руки охвативъ головку бедренной кости, осторожно отдѣляетъ съ внутренней ея стороны не перерѣзанныя мягкія части и извлекаетъ ее изъ раны кнаружи, какъ сказано при вырѣзываніи бедра изъ сустава. Потомъ, подложивъ лубокъ подъ обнаженную бедренную головку и поручивъ его помощнику удерживать въ сказанномъ положеніи, операторъ перепиливаетъ кость совершенно такъ, какъ описано при операціи отпиливанія

головки плечевой кости, остерегаясь, чтобы не повредить мягких частей.

Третій моментъ. Остановивъ кровотечение и очистивъ рану, операторъ сближаетъ края лоскутовъ ея между собою и плотно соединяетъ ихъ помощію ленточекъ липкаго пластыря, или налагаетъ шовъ, какъ сказано при операціи отнятія бедра съ образованіемъ двухъ лоскутовъ; потомъ, на губы раны положивъ корпейныя связочки, омащенные деревяннымъ масломъ, и компрессъ, укрѣпляетъ ихъ одностороннимъ бинтомъ, налагая его въ видѣ колосовидной повязки (*spica brachii*), какъ послѣ вставляванія вывихнутой головки плечевой кости. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ спокойно лежать въ постели на спинѣ.

152. Отпиливаніе нижняго конца, или мыщелковъ бедренной кости. Resectio extremitatis inferioris, s. condylorum femoris.

Т. XXXI. Ф. 11.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на столѣ, или высокой кровати на спинѣ такъ, чтобы страждущая конечность его, полусогбенная въ колѣнѣ, находилась внѣ края стола или кровати; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнюю часть этой конечности, какъ сказано при операціи отнятія бедра, другой — голень, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и образованіе передняго и верхняго лоскута; 2) обнаженіе и отпиливаніе нижняго конца бедра; 3) остановленіе кровотечения и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою скальпель или небольшой ампутаціонный ножъ, разрѣзываетъ имъ общіе покровы по наружной и внутренней сторонамъ больного бедра, надъ его мыщелками такъ, чтобы нижніе концы обоихъ разрѣзовъ имѣли длину отъ 3 до 4 дюймовъ

и находились противъ самаго колѣннаго сустава, Т. XXXI. ф. 11. а. е, с. f; потомъ эти концы соединяетъ надъ колѣномъ третьимъ разрѣзомъ поперечнымъ, е. f; или онъ образуетъ полулунный разрѣзъ общихъ покрововъ, выпуклою обращенный внизъ и простирающійся отъ одного до другаго бедреннаго мышелка, ниже надколѣнной косточки. Послѣ, пальцами лѣвой руки захвативъ верхній или поперечный край разрѣза, отдѣляетъ отъ кости помощію скапелля мягкія части кверху и поручаетъ помощнику оттягивать и удерживать ихъ въ сказанномъ положеніи.

Второй моментъ. Операторъ, болѣе согнувъ больную голень и перерѣзавъ связки: надколѣнной косточки, сумочную, боковыя и крестообразныя, вскрываетъ колѣнный суставъ и обнажаетъ нижнюю часть бедренной кости, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить подколѣнныхъ сосудовъ. Потомъ, покрывъ рану надрѣзаннымъ компрессомъ и подложивъ подъ бедренные мышелки лубокъ, операторъ обыкновеннымъ образомъ перепиливаетъ кость помощію ампутаціонной пилы, какъ выше сказано.

Третій моментъ. Остановивъ кровотеченіе изъ раны, операторъ соединяетъ края лоскутовъ, какъ упомянуто въ предыдущей операциі; потомъ, приблизивъ голень къ перепиленному концу бедренной кости, кладетъ подъ больное колѣно широкій лубокъ, простирающійся отъ середины бедра до середины голени, и укрѣпляетъ его помощію циркулярнаго бинта или многоглавой повязки, какъ сказано при лѣченіи перелома надколѣнной косточки. Больной послѣ операциі, до заживленія раны, долженъ спокойно лежать въ постели на спинѣ.

153. Отпиливаніе верхнихъ концовъ голенныхъ костей. Resectio capitis tibiae et fibulae. Т. XXXI. ф. 11.

Операциа эта весьма сходна съ предыдущею, отъ которой отличается только первымъ моментомъ.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою, какъ

писчее перо, скапелль, образуетъ имъ два разрѣза, изъ коихъ одинъ простирается по внутренней сторонѣ большой берцовой кости, Т. XXXI. ф. 11. *f. d*, а другой по направлению меньшеголенной кости, *e. b*; потомъ, верхніе концы обоихъ разрѣзовъ соединивъ третьимъ поперечнымъ, простирающимся надъ колѣннымъ суставомъ, *e. f*, отдѣляетъ общіе покровы внизъ отъ костей и вскрываетъ суставъ. Послѣ операторъ, обнаживъ верхніе концы упомянутыхъ костей, перепиливаетъ ихъ и перевязываетъ рану совершенно такъ, какъ сказано въ предъидущей операціи.

154. Выпиливаніе средней части большой берцовой кости. Resectio corporis tibiae. T. XXVIII. ф. 4. А. В.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной, при производствѣ этой и слѣдующей операціи, долженъ лежать на столѣ или постели такъ, чтобы страждущая конечность его, нѣсколько согбенная въ колѣнѣ, была поворочена кнаружи; одинъ помощникъ обѣими руками неподвижно укрѣпляетъ верхній конецъ больной голени; другой такимъ же образомъ нижній, а третій помогаетъ оператору.

Моменты операціи. 1) Разрѣзъ общихъ покрововъ и обнаженіе кости; 2) перепиливаніе кости и извлеченіе ея кнаружи; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, стоя съ боку больной голени, напрягаетъ пальцами лѣвой руки общіе ея покровы а правою рукою, взявъ скапелль, разрѣзываетъ ихъ на внутренней поверхности большой берцовой кости; потомъ, края этаго разрѣза, или общіе покровы вмѣстѣ съ надкостною плевою, отдѣляетъ помощію скапелля отъ кости въ стороны и обнажаетъ кость посредствомъ резекціонной иглы, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить задней большой берцовой и межкостной артерій.

Второй моментъ. Помощникъ развлекаетъ тупыми крюч-

ками губы раны въ стороны, а операторъ подводитъ цѣпочную пилу подъ обнаженную кость, которую перепиливаетъ сначала въ нижнемъ, а потомъ въ верхнемъ углахъ раны, какъ изображено отпиливаніе нижняго конца локтевой кости, см. Т. XXXII. ф. 2. Послѣ, пальцами лѣвой руки или острыми щипцами извлекаетъ выпиленную часть кости кнаружи. При употребленіи въ этомъ случаѣ Гейнова остеотома, должно поступать какъ описано въ способѣ выпиливанія костей помощію этого инструмента, см. стр. 91.

Третій моментъ. Операторъ, остановивъ кровотеченіе, которое въ этомъ случаѣ обыкновенно бываетъ весьма умѣренное, и сблизивъ губы раны, соединяетъ ихъ лепточками липкаго пластыря; потомъ, положивъ сверхъ пластырей длинную корпейную связочку, омащенную деревяннымъ масломъ, мѣлкую корпию и компрессъ надъ раню, покрываетъ многоглавою повязкою всю больную голень и помѣщаетъ ее между двумя широкими лубками, простирающимися отъ бедренныхъ мышечковъ до подошвы, которые связываетъ тремя тесемками, какъ сказано при лѣченіи перелома голени. Больной, послѣ операціи, долженъ лежать въ постели на спинѣ, до заживленія раны и образованія новаго костнаго вещества вмѣсто выпиленной испорченной части кости.

При выпиливаніи средней части меньшей берцовой кости; см. Т. XXVIII. ф. 7. А. В, операторъ поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ сказано въ описанной операціи.

155. Отпиливаніе внутренней лодыжки. Resectio malleoli interni Т. XXXI. ф. 9.

Моменты операціи. 1) Образованіе лоскута изъ общихъ покрововъ и обнаженіе кости; 2) перепиливаніе кости и вылученіе лодыжки изъ сустава; 3) остановленіе кровотеченія и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, взявъ правою рукою скальпель, разрѣзываетъ имъ общіе покровы, дюйма на три

длиною, на самой срединѣ или по заднему краю больной большеберцовой кости, до конца внутренней лодыжки; потомъ отъ нижняго конца этаго разрѣза онъ проводитъ другой, горизонтальный къ тыльной поверхности стопы, нѣсколько короче перваго, и отдѣливъ общіе покровы съ надкостною плевою кверху, обнажаетъ кость какъ выше сказано.

Второй моментъ. При производствѣ этаго момента, операторъ и его помощникъ сначала поступаютъ совершенно такъ, какъ описано въ предыдущей операціи; потомъ первый, захвативъ пальцами или щипцами верхній конецъ отпиленной внутренней лодыжки и извлекая его кнаружи, отдѣляетъ помощію скапелля мягкія части отъ задней поверхности кости, остерегаясь при этомъ, чтобы не повредить большеберцовой задней и межкостной артерій; послѣ, перерѣзавъ связки, соединяющія внутреннюю лодыжку съ таранною костью, вылушиваетъ первую изъ сустава и извлекаетъ ее кнаружи.

Третій моментъ. При остановленіи кровотеченія и перевязываніи раны, операторъ поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ сказано въ предыдущей операціи.

156. *Отпиливаніе наружной лодыжки. Resectio malleoli externi* T. XXVIII. ф. 3. А. В.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать на обыкновенной кровати или низкомъ столѣ, на здоровомъ боку такъ, чтобы страждущая конечность его, нѣсколько согбенная въ паху и колѣнѣ, находилась на подложенной подъ нее подушкѣ, покрытой клеенкою и была обращена наружною своею стороною кверху. Помощники укрѣпляютъ больную голень, какъ выше сказано.

Моменты этой операціи тѣже, какія описаны въ предыдущей, отъ которой первая нѣсколько отличается третьимъ моментомъ.

Третій моментъ. Операторъ, остановивъ кровотечение и перевязавъ рану какъ выше сказано, налагаетъ на больную голенъ особенную повязку, употребляемую при лѣченіи перелома наружной лодыжки съ вывихомъ стопы кнаружи. Повязка эта весьма подробно описана при операціи выпиливанія средней части меньшей берцовой кости помощію Гейнова остеотома; см. способъ выпиливанія костей стр. 106. 7.

157. Перерѣзываніе грудинососковаго мускула. Sectio musculi sterno-cleido-mastoidei, s. operatio capitis obstipi. T. XXXII. Ф. 7.

Аппаратъ инструментовъ и перевязочныхъ вещей. Для производства этой и слѣдующихъ операцій должно имѣть: ножъ, подобный бистурею, узкій и остроконечный или снабженный пуговкою, см. XXXII. Ф. 18. 11, ленточки липкаго пластыря, косынку или одноглавый бинтъ.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ противъ свѣта или окна; одинъ помощникъ, стоя сзади и здоровой стороны больного, охватываетъ его голову обѣими руками и укрѣпляетъ ее къ своей груди; другой удерживаетъ верхнія конечности и туловище больного.

Моменты операціи. 1) Прокалываніе общихъ покрововъ; 2) перерѣзываніе мускула; 3) извлеченіе инструмента кнаружи и перевязываніе раны.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и захвативъ большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки общіе покровы надъ сокращеннымъ грудинососковымъ мускуломъ, оттягиваетъ ихъ впередъ и образуетъ складку вдоль упомянутаго мускула; потомъ, правою рукою взявъ узкій, остроконечный и нѣсколько искривленный бистурей прокалываетъ имъ общіе покровы противъ наружнаго или внутренняго края мускула, близъ самаго основанія складки; при этомъ одна поверхность лезвья бистуреи должна

быть совершенно параллельна передней или задней поверхности мускула, смотря потому, какъ удобнѣе и безопаснѣе можно перерѣзать сокращенный мускулъ: спереди кзади, или сзади впередъ. Въ первомъ случаѣ, операторъ, проводить конецъ бистурея между мускуломъ и складкою общихъ покрововъ; а во второмъ, онъ старается осторожно подвести его подъ самый мускулъ, избѣгая при этомъ поврежденія весьма важныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Второй моментъ. Операторъ, перерѣзывая мускулъ спереди кзади, поворачиваетъ лезвие бистурея къ передней поверхности мускула и, пиловидными движеніями кзади, перерѣзываетъ его, остерегаясь, чтобы не повредить глубжележащихъ частей; при перерѣзываніи мускула сзади кпереди операторъ, поворотивъ къ задней поверхности мускула лезвие бистурея и также производя пиловидныя движенія, перерѣзываетъ мускулъ сзади кпереди, пряжима его большимъ перстомъ правой руки къ лезвию бистурея.

При этомъ, въ обоихъ случаяхъ, помощникъ болѣе наклоняетъ голову больного на здоровую сторону, дабы явственнѣе можно было видѣть или ощущать пальцами глубину разрѣза и степень сокращенія мышечныхъ волоконъ. Если больной не можетъ прямо держать свою голову, или свободно поворотить ее на здоровую сторону потому, что не вся сокращенная часть мускула перерѣзана; то операторъ, неизвлекая бистурея изъ раны, старается совершенно уничтожить причину искривленія головы больного, перерѣзывая остальную часть мускула или сокращенныя его волокны; при этомъ онъ остерегается, чтобы не проколоть общихъ покрововъ на сторонѣ, противоположной ранѣ, или не сдѣлать большаго разрѣза послѣдней.

Третій моментъ. Операторъ, поворотивъ бистурей въ то направленіе, въ какомъ дѣлалъ имъ проколъ общихъ покрововъ, извлекаетъ его изъ раны кнаружи и опускаетъ складку покрововъ; потомъ помощію ленточекъ липкаго пластыря, плотно соединивъ губы наружной раны, кото-

рая не должна быть длиннѣе ширины лезвья бистурей, налагаетъ на шею больного круговую повязку одноглавымъ бинтомъ или косынкою (*fascia colli*). Больной скоро послѣ операціи не долженъ весьма сильно поворачивать голову на здоровую сторону, но постепенно производить растяженіе перерѣзаннаго грудинососковаго мускула.

158. Перерѣзываніе сухой жилы двуглаваго плечеваго мускула.
Sectio tendinis musculi bicipitis brachii ad curandam contracturam antibrachii. T. XXXII. ф. 5.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ сидѣть на стулѣ, удаливъ отъ туловища согбенную или сведенную свою конечность, которой верхнее плечо охватываетъ обѣими руками одинъ помощникъ, а другой переднее, и оба растягиваютъ или выпрямляютъ эту конечность.

Первый моментъ. Операторъ, ставъ предъ больнымъ и захвативъ пальцами лѣвой руки, какъ выше сказано, общіе покровы въ локтевомъ сгибѣ больной конечности надъ сухою жилою двуглаваго плечеваго мускула, оттягиваетъ ихъ впередъ и образуетъ складку, простирающуюся сверху внизъ, параллельно сухой жилѣ упомянутаго мускула; потомъ, правою рукою взявъ бистурей или тенотомъ, прокалываетъ имъ общіе покровы совершенно такъ, какъ сказано въ предъидущей операціи.

Второй моментъ. Операторъ, при производствѣ этаго момента операціи, также поступаетъ двоякимъ образомъ, какъ описано при перерѣзываніи грудинососковаго мускула; при этомъ онъ остерегается, чтобы не повредить плечевыхъ сосудовъ и не оставить неперерѣзанными сокращенныя сухожильныя волокна упомянутаго двуглаваго мускула, или его растяженія, если это послѣднее препятствуетъ совершенному выпрямленію больной конечности.

Третій моментъ. При извлеченіи бистурей или тенотома изъ раны кнаружи, операторъ поступаетъ совершенно

такъ , какъ сказано въ предъидущей операціи ; потомъ , соединивъ губы раны ленточками липкаго пластыря , налагаетъ на локтевой сгибъ больной конечности осмиобразную повязку помощію одноглаваго бинта , какъ послѣ кровопусканія изъ руки . Больной , по заживленіи раны общихъ покрововъ , долженъ постепенно разгибать упомянутую конечность , поднимая или нося ею вещи болѣе или менѣе тяжелыя .

159. Перерѣзываніе сухихъ жилъ , сгибающихъ голень. Sectio tendinum musculorum flexorum cruris , ad curandam contracturam cruris. T. XXXII. ф. 8.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать въ постели на брюхѣ ; одинъ помощникъ укрѣпляетъ верхнюю часть бедра больной конечности , а другой , обѣими руками охвативъ голень этой конечности , тянетъ ее внизъ и старается , сколько можно , разогнуть или выпрямить .

Операторъ , при производствѣ этой операціи , поступаетъ совершенно такъ , какъ сказано въ двухъ предъидущихъ . Перерѣзывая сухія жилы мускуловъ : *semitendinosi* , *semimembranosi et bicipitis femoris* , онъ старается , чтобы , не повредивъ подкожныхъ сосудовъ , уничтожить причину сведенія голени .

Для выпрямленія нижней конечности , я употребляю простую повязку , состоящую изъ длиннаго полотенца или пояса , котораго середина проводится чрезъ заднепроходную промежность больной стороны , а концы укрѣпляются къ головной части кровати ; потомъ , на нижнюю часть голени , надъ лодыжками , накладывается широкій бинтъ , или лучше , особенная повязка , имѣющая видъ разрѣзаннаго получулка , отъ котораго проводятся съ наружнаго и внутренняго края стопы два бинта чрезъ ножной край кровати . Привязывая къ концамъ этихъ бинтовъ большую или меньшую тяжесть (камни , песокъ въ мѣшкахъ и пр.)

можно постепенно вытягивать сведенную конечность больного, который гораздо спокойнѣе переноситъ употребленіе этой повязки, нежели другихъ, болѣе или менѣе сложныхъ.

160. *Перерѣзываніе сухой Ахилловой жилы. Sectio tendinis Achillis, ad curandum pedem equinum, varum, valgum.*

T. XXXII. Ф. 6.

Положеніе больного и обязанности помощниковъ. Больной долженъ лежать въ постели на брюхѣ, протянувъ нижнюю конечность, которой искривленную стопу помощникъ, охвативъ обѣими руками, сгибаетъ ее какъ можно сильнѣе, дабы напряженіе сухой Ахилловой жилы было явственнѣе подъ общими покровами; другой помощникъ укрѣпляетъ въ неподвижномъ положеніи верхнюю часть больной голени.

Первый моментъ. Операторъ, большимъ и указательнымъ перстами лѣвой руки, захвативъ общіе покровы дюйма на два выше пятки больной стопы, поднимаетъ ихъ въ складку, которой длина должна соотвѣтствовать направленію сухой жилы упомянутаго мускула; потомъ, правою рукою взявъ бистурей или тенотомъ, плоско прокалываетъ имъ общіе покровы у самаго основанія складки такъ, чтобы лезвее инструмента было обращено внизъ къ пяткѣ, а хребетъ или спинка его вверхъ къ икрѣ. Послѣ, проводя остроконечіе бистурея или тенотома далѣе между складкою общихъ покрововъ и сокращеннымъ мускуломъ, или между послѣднимъ и задними поверхностями голенныхъ костей, операторъ старается, чтобы въ первомъ случаѣ не проколотъ общихъ покрововъ на сторонѣ противоположной наружной ранѣ, а во второмъ — глубже лежащихъ частей и задней большеберцовой артеріи.

Второй моментъ. Операторъ, въ первомъ случаѣ, поворотивъ бистурей лезвеемъ впередъ, къ задней поверхности Ахилловой жилы, производитъ имъ пиловидныя движенія и перерѣзываетъ мускулъ сзади впередъ, или снаружи

внутри; во второмъ случаѣ онъ, направивъ лезвие бистурей кзади, или передней поверхности упомянутой сухой жилы, перерѣзываетъ ее спереди кзади, или снутри кнаружи, придавливая эту жилу къ лезвию бистурей или те-нотома большимъ перстомъ правой руки. При этомъ операторъ наблюдаетъ все то, что сказано въ предыдущихъ трехъ операціяхъ. Если, при искривленіи стопы внутрь, находится сильное напряженіе сухой жилы мускула большеберцового задняго, или передняго, и сгибающаго большой перстъ; то операторъ поступаетъ подобнымъ образомъ, какъ выше сказано, перерѣзывая при этомъ и сухожильную подошвенную перепонку (*aponeurosis plantaris*), если она участвуетъ въ упомянутомъ болѣзненномъ состояніи стопы.

Третій моментъ. Операторъ, удостовѣрившись сгибаніемъ или свободнымъ приведеніемъ стопы въ натуральное положеніе, что причина бывшаго ея искривленія совершенно уничтожена, соединяетъ губы раны ленточками липкаго пластыря и накладываетъ вокругъ сустава стопы осмиобразную повязку, помощію одноглаваго бинта. Больной послѣ операціи, до заживленія раны, долженъ находиться въ спокойномъ положеніи не менѣ одной недѣли; потомъ постепенно сгибать и разгибать стопу, на которой сдѣлана операція, остерегаясь при томъ, чтобы преждевременнымъ и сильнымъ ея движеніемъ не возбудить воспаления въ подкожной ранѣ перерѣзанной Ахилловой жилы.

КОНЕЦЪ.



Tab. I.

Fig. 1.

1. Truncus venae basilicae.
2. Vena cephalica.
3. — mediana.
4. — — basilica.
5. — ulnaris posterior superficialis.
6. — radialis posterior superficialis.
- † Vena mediana cephalica, cujus sectio institui solet ad sanguinem emittendum.
7. Nervus cutaneus internus major.
8. — musculus cutaneus.
9. 10. Aponeurosis a musculo bicipite brachii decurrens.
11. Vena brachialis.
12. Arteria brachialis.
13. Nervus medianus.

Fig. 2.

1. Venae saphenae internae origo.
2. Plexus venarum retiformis.
3. Truncus venae saphenae.
4. — — — externae.
5. Ejusdem venae initium.
6. Vena ad v. saphenam externam progrediens.
7. Vena venam saphenam internam petens.
- a. Musculus extensor digitorum communis longus.
- b. Ejusdem musculi portio tendinosa.
- c. Extensor digitorum brevis.
- d. Ligamentum cruciatum.
- e. Malleolus externus.

Fig. 3.

1. 2. Rami venosi, qui e ramis venarum pedis dorsalem egrediuntur in venamque saphenam internam concurrunt.
3. Vena saphena interna.
4. — dorsalis pedis.
5. Locus pro venaesectione e pede facienda.
- a. a. Ligamentum cruciatum.
- b. Ramificatio venarum subcutanearum internarum minorum.
- c. Nervus saphenus.

Fig. 4.

- A. Sectio pro arteriotomia in regione temporali.
- B. Sectio eodem cum scopo in regione frontali facienda.
- a. Musculus sterno-cleido-mastoideus.
- b. Idem musculus in latere sinistro situs.
- c. Musculus latissimus colli in latere sinistro decurrens.
- d. Vena jugularis externa.
- e. 5 et 6-tum par nervorum cervicalium, qui cum plexu nervorum brachiali communicantur.
- f. Vena superficialis scapulae.
- g. — jugularis interna.
- h. Arteria carotis communis.
- i. Vena subclavia.
- k. — transversa servicis.
- l. Trachea.
- m. Confluxus 7 et 8-vi paris nervorum cervicalium cum 1-mo pari nervorum dorsalem ad plexum brachialem constituendum inserviens.
- n. Ramus 3-tii paris nervorum cervicalium.
- o. Ramuli 2 et 3-tii paris nervorum cervicalium.

Fig. 5.

- a. Incisio venae longitudinalis,
- b. — transversalis,
- c. — obliqua.

Fig. 6.

- a. c. d. e. Quadrangulus tegumentis communibus denudatus.
- b. Glandula parotis.
- f. Truncus arteriae temporalis.
- g. Arteria auricularis anterior.
- h. Ramus posterior arteriae temporalis.
- i. — anterior — —
- k. Vena temporalis.
- l. Ramus venae temporalis ad venam frontalem decurrens.
- m. Vena auricularis anterior.
- n. n. n. Rami nervi temporalis superficialis posterioris.

- o. Sectio pro aperienda vena jugulari externa.
- p. Sectio pro aperienda vena cephalica.
- q. Vulnus pro sectione nervorum accessoriorum Willisii.

Fig. 7.

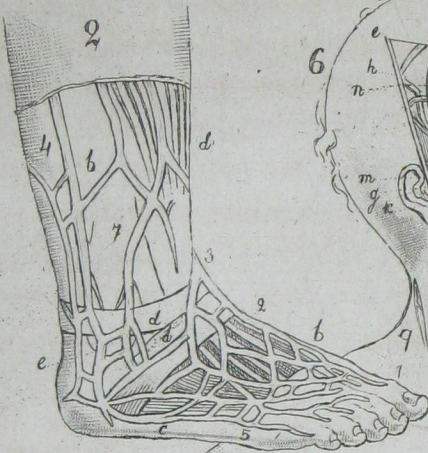
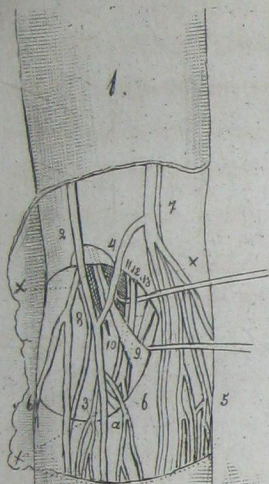
- A. B. Regio supraorbitalis dextra, cute denudata.
- a. Nervus supraorbitalis.
- b. — infraorbitalis.
- e. — supratrochlearis.
- c. Arteria supraorbitalis.
- d. Vena supraorbitalis.
- † — ophthalmica.
- C. D. Regio mastoidea cute denudata.
- † Venter posterior musculi digastrici.
- †† Musculus sterno-cleido-mastoideus.
- p. Arteria auricularis posterior.
- q. Portio glandulae parotidis.
- s. Hamulus extrorsum et sursum trahens.
- t. Superficies posterior conchae auricularis.
- 1. 2. Vulnus sub dissectione nervi communicantis faciei efficiendum.
- r. Nervus communicans faciei.
- E. F. Regio buccalis cute et tela celluosa denudata
- h. Ductus Stenonianus.
- i. f. Vena angularis s. facialis anterior.
- g. Continuatio nervi communicantis faciei.
- k. Arteria maxillaris externa.
- l. Musculus zygomaticus major.
- m. Arteria coronaria labii superioris.
- n. Nervus infraorbitalis.

- o. Nervus cutaneus nasi medius.
- p. Idem nervus ad alam nasi cursum faciens.
- q. Nervus labii superioris.
- r. Nervus mentalis.
- s. — subcutaneus malae inferior.
- t. Nervi zygomatici a ramo ascendente nervi communicantis faciei currentes.
- v. Rami faciales inferiores.
- w. Ramuli, qui ramo descendente nervi communicantis faciei emittuntur.

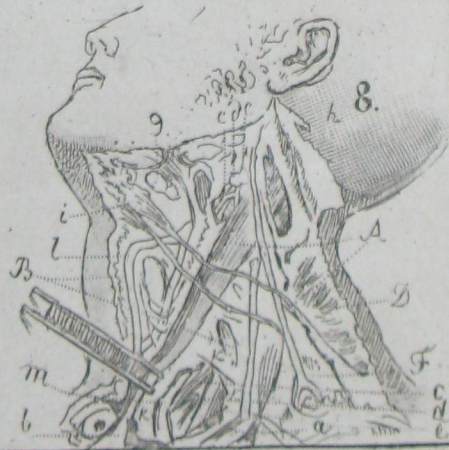
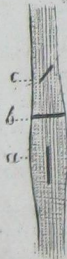
Fig. 8.

Partium cervicalium sub variis operationibus, in collo instituendis, anatomica memoranda dispositio.

- A. Portio posterior m. sterno-cleido-mastoidei.
- B Musculus omohyoideus.
- c. Arteria carotis.
- d. Nervus vagus.
- e. Vena jugularis interna.
- F. — — externa.
- a. Portio claviculæ m. sterno-cleido-mastoidei.
- b. Portio sternalis ejusdem musculi.
- c. d. e. Eadem vasa et nervus, quae sub c. d. e. designata sunt.
- g. Glandula submaxillaris.
- h. Insertio m. sterno-cleido-mastoidei.
- i. Musculus omoplatohyoideus.
- k. k. k. Fascia colli secunda.
- l. Vena jugularis anterior.
- m. Vagina vasorum communis.



5.



Tab. II.

Fig. 1.

Sistit corporis humani imaginem, in quo omnes designatae sunt regiones, ubi arteriae praecipuae subligari solent.

- a. Sectio pro subligatione arteriae carotidis communis.
- b. Sectio pro subligatione arteriae subclaviae infra claviculam, ad methodum Doctoris Velpeau.
- c. Sectio pro subligatione ejusdem arteriae infra claviculam, ad methodum Doctorum Zang et Rust.
- d. Sectio pro investiganda arteria axillari in cavo axillae, ad methodum Doctoris Lisfranc.
- e. Sectio pro subliganda arteria brachiali circa marginem ulnarem musculi bicipitis.
- f. Sectio pro arteria brachiali vincienda in flexura cubiti.
- g. Sectio pro subliganda arteria radiali, infra insertionem aponeuroseos musculi bicipitis, ad directionem marginis ulnaris musculi supinatoris longi facienda.
- h. Sectio pro arteria ulnari subliganda.
- i. Sectio pro arteria radiali subliganda in articulatione manus.
- k. Sectio pro arteria ulnari subliganda in articulatione manus.
- l. Sectio pro arteria aorta descendente vincienda ad methodum Doctoris A. Cooper.
- m. Sectio pro arteria iliaca interna subliganda ad methodum Doctoris Stevens, paralleliter cum arteria protracta est et supra ligamentum Poupertii finita.
- n. Sectio pro subliganda arteria iliaca externa ad methodum Doctoris Abernethy et Scarpa.
- o. Sectio pro subliganda arteria crurali in parte femoris superiori.
- p. Sectio pro eadem arteria subliganda in medio femoris, ad marginem internum musculi sartorii instituta.
- q. Sectio pro subliganda arteria tibiali postica ad methodum Doctoris Marjolin.
- r. Sectio pro eadem arteria subliganda in medio cruris, secundum methodum Doctoris Lisfranc.

- s. Sectio cum eodem scopo facienda inter malleolum internum et tendinem Achillis.
- t. Sectio pro subliganda arteria tibiali antica in medio cruris.
- u. Sectio pro eadem arteria vincienda in inferiori cruris extremitate.
- w. Sectio pro arteria temporali subliganda.
- y. Sectio pro arteria innominata subliganda.
- z. Sectio pro arteria maxillari vincienda.

Fig. 2.

Sistit modum deligandi arteriam maxillarem externam et arteriam temporalem.

- a — b. Vulnus ad marginem externum musculi masseteris. Arteria maxillaris interna (c.) ope ligaturae (p.) vincta; pone arteriam vena maxillaris interna (f.) in musculo masseteris decurrit; ante vero arteriam rami nervi facialis (e. d.) in conspectum veniunt.
- g. h. Vulnus inter articulationem maxillae superioris et meatum auditorium externum, e sectione tegumentorum formatum. Arteria temporalis (k.) ope ligaturae (o.) separata: in margine posteriori paroditis (i.) vena temporalis (l.) visui occurrit.

Fig. 3.

Sistit modum arteriam occipitalem subligandi.

- a — b. Vulnus e dissectione: cutis, musculi splenii et tendinis m. sternocleidomastoidei formatum. Arteria occipitalis (c.), ope ligaturae (e) separata, duabus venis occipitalibus (d.), inter se invicem complectentibus, comitatur.

Fig. 4.

Subligatio arteriae lingvalis.

- a — b. Vulnus e dissectione cutis et musculi platysma-myoidis exortum.
- c. Hamulus m. stylo-hyoideum et digastricum deorsum trahens.

- i. Nervus hypoglossus decurrens :
- d. Arteriam et
- k. Venam lingvalem.
- h. Mus. sterno-cleido-mastoideus.
- l. Truncus venae facialis.
- e. Vena jugularis anterior.
- f. Arteria carotis.
- d. — thyreoidea superior.

Fig. 5.

Subligatio arteriae carotidis, thyreoideae superioris et anonymae.

- a. b. Sectio pro subliganda arteria carotide.
- g. Musculi : platysma et myo-hyoideus.
- m. M. sterno-cleido-mastoideus.
- c. d. Sectio pro arteria thyreoidea superiori (m.) subliganda.
- e. f. Sectio pro arteria anonyma vincienda.
- l. Carotis communis.
- i. — interna.
- k. — externa.
- o. Vena jugularis.
- p. — — facialis.
- n. Glandula submaxillaris.

Fig. 6.

Anatomica partium corporis dispositio, quae praecipuam attentionem meretur sub applicatione ligaturae ad arteriam anonymam.

- a. Pars dimidia dextra ossis sterni sursum reflexa.
- b. Pars dimidiata sinistra ossis sterni.
- c. Clavicula.
- d. Costa prima.
- e. — secunda.
- f. Mus. sterno-cleido-mastoideus lateris sinistri,
- g. mus. pectoralis major,
- h. h. mus. intercostalis,
- i. mus. sterno-leido-mastoideus lateris sinistri,
- k. mus. sterno-hyoideus et sterno-thy-

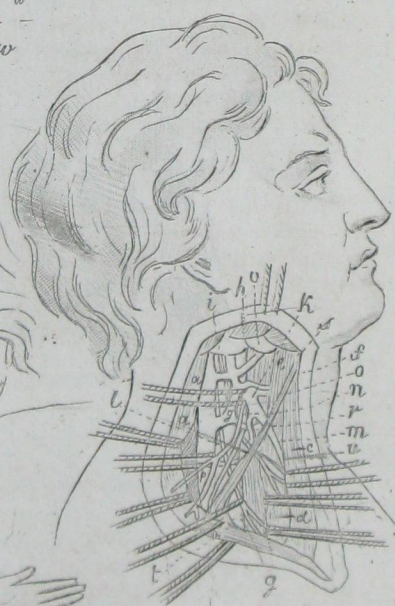
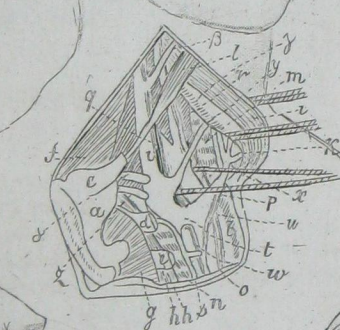
reoideus ad sinistrum latus ope ligaturarum attracti,

- l. mus. omohyoideus.
- m. Trachea.
- n. Pulmo dexter.
- o. Arcus aortae.
- p. Arteria anonyma.
- q. — subclavia dextra.
- r. — carotis dextra.
- s. — mammaria interna.
- t. Vena subclavia dextra.
- u. — — sinistra.
- v. — jugularis interna dextra.
- w. — mammaria interna dextra.
- x. — thyreoidea inferior prima.
- y. — — — secunda.
- z. — transversa scapulae.
- α. — — —
- β. — thyreoidea superior.
- γ. Glandula thyreoidea.

Fig. 7.

Partes quaedam hic designantur, quae sub applicatione ligaturae ad arteriam carotidem et thyreoideam superiorem attentionem merentur.

- a. Musculus sterno-cleido-mastoideus.
- b. — stylo-hyoideus.
- c. — sterno-hyoideus.
- d. — sterno-thyreoideus.
- e. — thyreoideus.
- f. — omo-hyoideus.
- g. Arteria carotis communis.
- h. — — interna.
- i. — — externa.
- k. — thyreoidea superior et tres ejusdem rami :
- l. Ramus externus,
- m. — internus,
- n. — posterior.
- o. Arteria laryngo pharyngea.
- p. Vena jugularis interna.
- q. — facialis.
- r. — thyreoidea superior.
- s. Venae laryngo pharyngeae.
- t. Ramus descendens a nervo hypoglosso.
- u. Nervus laryngeus.
- v. Glandula submaxillaris.



Tab. III.

Fig. 1.

- A. B. Sectio tegumentorum communium pro deligatione arteriae subclaviae infra claviculam facienda.
- a. Mus. sterno-cleido-mastoideus.
 - b. — scalenus anticus.
 - c. — cucullaris.
 - d. — deltoideus.
 - e. Ejusdem musc. margo anterior.
 - f. Musculus pectoralis minor.
 - g. Margo anterior portionis clavicularis musculi pectoralis majoris.
 - h. Fibrae m. pectoralis majoris.
 - i. Portio thoracica m. pectoralis majoris.
 - k. Musculus subclavius.
 - l. Idem musculus dissectus.
 - m. Vena subclavia.
 - n. Vena cephalica.
 - o. Vena transversa scapulae.
 - p. Vena thoracica prima.
 - q. Arteria transversa scapulae.
 - r. Arteria subclavia.
 - s. Arteria thoracica prima.
 - t. Arteria acromialis.
 - u. Plexus brachialis.

Fig. 2.

- A. B. Sectio pro subligatione arteriae axillaris.
- a. Arteria axillaris.
 - b. Arteria thoracica externa.
 - c. Arteria subscapularis.
 - d. Arteria circumflexa humeri posterior.
 - e. Arteria circumflexa humeri anterior.
 - f. Arteria brachialis.
 - g. Vena axillaris postrosum retracta.
 - h. — thoracica externa.
 - i. — subscapularis.
 - k. — circumflexa humeri posterior.
 - l. — circumflexa humeri anterior.
 - m. — brachialis.
 - n. — basilica.
 - o. Nervus musculo-cutaneus.
 - p. — medianus.
 - q. — ulnaris.
 - r. — cutaneus medius.

Fig. 3.

- A. B. Sectio pro subligatione arteriae in flexura cubiti.
- C. D. Sectio pro subligatione arteriae brachialis.
- a. Condylus internus ossis humeri.

- b. Musculus deltoideus.
- c. — biceps brachii.
- d. Arteria brachialis in flexura cubiti decurrens.
- e. Tendo musculi bicipitis.
- f. Aponeurosis musculi bicipitis.
- g. Musculus triceps.
- h. Caput internum musculi tricipitis.
- i. Musculus brachialis internus.
- k. — pronator teres.
- l. — palmaris longus.
- m. — flexor carpi radialis.
- n. Arteria brachialis.
- o. — subscapularis.
- p. — circumflexa humeri posterior.
- q. — circumflexa humeri anterior.
- r. Arteriae profundae brachii origo.
- s. — collateralis ulnaris initium.
- t. Continuatio arteriae collateralis ulnaris.
- u. Ramus arteriae brachialis ad musculum bicipitem ab eadem missus.
- v. Vena axillaris.
- w. — profunda brachii.
- x. — subscapularis.
- y. — circumflexa humeri posterior.
- z. — brachialis.
- 1. Nervus musculo-cutaneus.
- 2. — medianus.
- 3. — ulnaris.
- 4. — cutaneus medius.
- 5. — axillaris.

Fig. 4.

- A. B. Sectio pro applicatione ligaturae ad partem superiorem arteriae radialis.
- C. D. Sectio pro applicatione ligaturae ad partem inferiorem arteriae ulnaris.
- a. Aponeurosis musculi bicipitis.
 - b. Musculus supinator longus.
 - c. Idem musculus nudatus.
 - d. Tendo musculi supinatoris longi.
 - e. Musculus extensor carpi radialis longus.
 - f. Musculus abductor pollicis longus.
 - g. Arteria recurrens radialis.
 - h. i. Musculus pronator teres.
 - k. l. — flexor carpi radialis.
 - m. Ejusdem musculi tendo.
 - n. Musculus palmaris longus.
 - p. — flexor digitorum sublimis.
 - q. — flexor digitorum profundus.

- r. Ejusdem musculi tendo
- s. Musculus flexor carpi ulnaris.
- t. Ejusdem musculi tendo.
- 1. Arteria radialis.
- 2. — recurrens radialis.
- 3. — ulnaris.
- 4. — recurrens ulnaris.
- 5. — interossea.
- 6. Nervus medianus.
- 7. Ramus nervi mediani arteriam interosseam concomitans.
- 8. Nervus ulnaris.
- 9. Ramus dorsalis nervi ulnaris in articulatione manus decurrens.

Fig. 5.

- A. B. Sectio pro subligatione portionis superioris arteriae ulnaris.
- 1. Musculus palmaris longus.
- 2. — flexor carpi ulnaris.
- 3. — flexor digitorum communis sublimis.
- 4. Musculus flexor digitorum communis profundus.
- 5. Arteria ulnaris in vagina clausa.
- 6. Eadem arteria vagina denudata.
- 7. Ramus muscularis arteriae ulnaris.
- 8. Vena arteriam ulnarem concomitans.
- 9. Nervus ulnaris.
- C. D. Vulnus, sub applicatione ligaturae ad portionem inferiorem arteriae radialis, faciendum.
- 1. Tendo musculi supinatoris longi.
- 2. — musculi radialis interni.
- 3. — musculi abductoris longi pollicis.
- 4. Arteria radialis.
- 5. 5. Venae arterias concomitantes.
- 6. Nervus medianus.

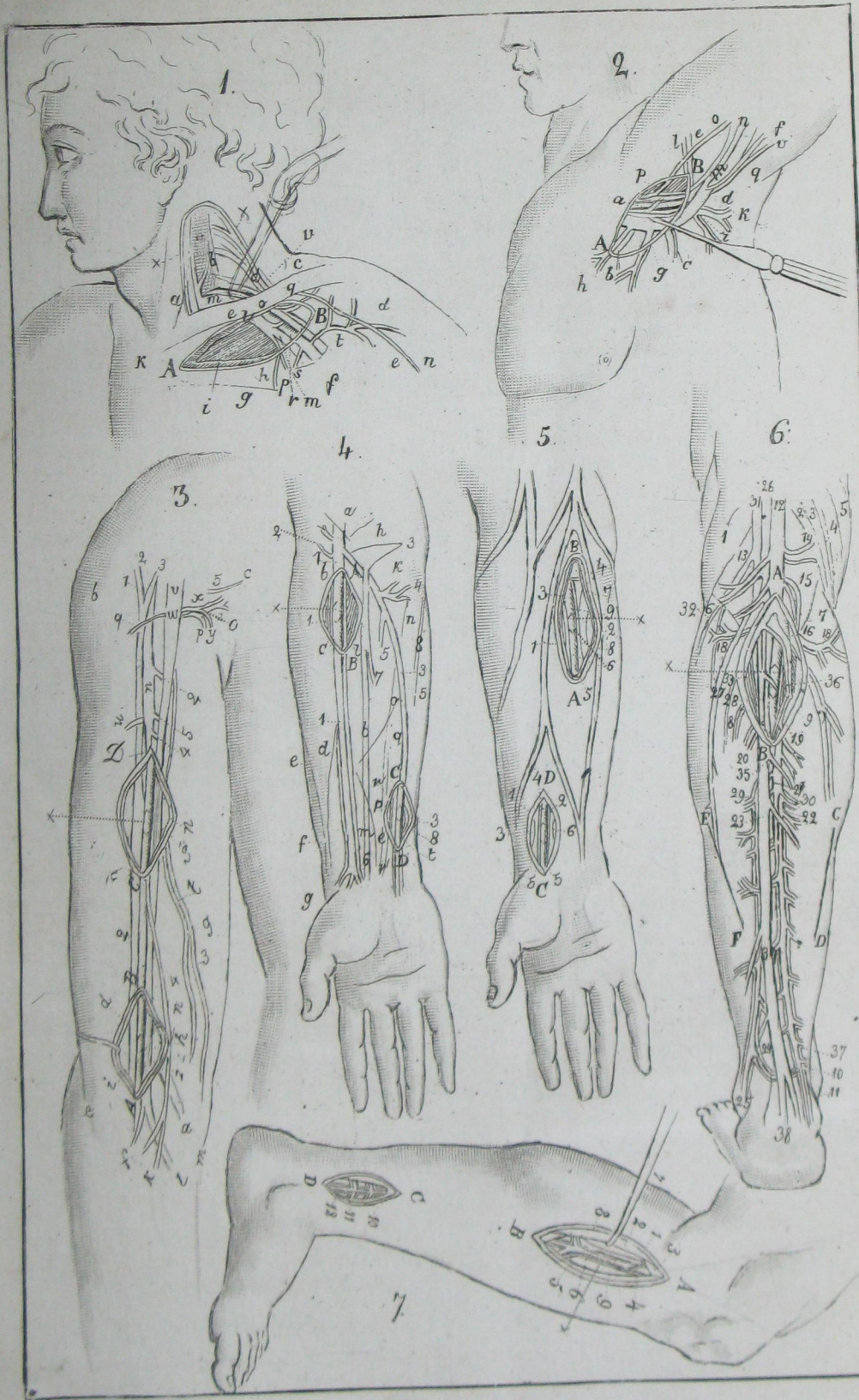
Fig. 6.

- A. B. Vulnus sub applicatione ligaturae ad arteriam popliteam apparens.
- C. D. Sectio pro subligatione arteriae tibialis posticae.
- E. F. — — — arteriae peroneae.
- 1. Caput longum musculi bicipitis.
- 2. Musculus semimembranosus.
- 3. — semitendinosus.
- 4. — gracilis.
- 5. — sartorius.
- 6. — gastrocnemius externus.
- 7. — — internus.
- 8. — — externus denudatus.
- 9. Musculus gastrocnemius internus denudatus.

- 10. Tendo musculi flexoris digitorum communis.
- 11. Tendo musculi tibialis postici.
- 12. Arteria poplitea.
- 13. — articularis superior externa cum vena currens.
- 14. Arteria articularis interna superior cum vena currens.
- 15. Rami arteriales et venales in musculo gemelli divisi.
- 16. Rami arteriae popliteae.
- 17. Arteria articularis inferior externa cum vena.
- 19. Arteria poplitea.
- 18. — articularis inferior cum vena.
- 20. — tibialis antica.
- 21. — — postica.
- 22. Ejusdem arteriae continuatio.
- 23. Arteria peronea.
- 24. 25 Rami arteriae peroneae.
- 26. Vena poplitea.
- 27. — saphena parva.
- 28. — poplitea.
- 29. — peronea.
- 30. — tibialis postica cum ramis duobus a se immissis.
- 31. Nervus popliteus.
- 32. — peroneus.
- 33. — popliteus.
- 34. — tibialis posticus.
- 35. — subcutaneus posticus.
- 36. Ramus muscularis nervi poplitei.
- 37. — plantaris internus.
- 38. — — externus nervi tibialis postici.

Fig. 7.

- A. B. Vulnus sub applicatione ligaturae ad portionem superiorem arteriae tibialis posticae.
- 1. Cutis et tela cellulosa.
- 2. Aponeurosis cruris.
- 3. 4. Musculus gastrocnemius internus.
- 5. — tibialis posticus.
- 6. Arteria tibialis postica duos ramos emittens.
- 7. Hamulus.
- 8. Nervus tibialis posticus.
- 9. Ramus nervi tibialis postici.
- C. D. Sectio pro applicatione ligaturae ad portionem inferiorem arteriae tibialis posticae.
- 10. Cutis et adeps.
- 11. Arteria tibialis postica cum venis.
- 12. Nervus plantaris internus.



Tab. IV.

Fig. 1.

- A. B. C. D. Sectiones pro subligatione arteriae iliacaе externae.
- E. F. Vulnus sub applicatione ligaturae ad arteriam cruralem s. femoralem in extremitate femoris superiori apparens
- G. H. Sectio pro subligatione portionis inferioris arteriae femoralis, s. cruralis.
- 1. Labia vulneris cutanei.
- 2. Aponeurosis musculi obliqui externi incisa.
- 3. Fibrae musculi obliqui interni et transversi incisae.
- 4. Peritoneum.
- 5. 6. Tegumentorum panni, cum aponeurosi musculi obliqui externi sursum detracti.
- 7. Margo inferior ligamenti Poupartii.
- 8. Annuli abdominalis situs.
- 9. Musculus sartorius.
- 10. Idem musculus dissectus.
- 11. Musculus pectineus.
- 12. — — in vulnere dissectus.
- 13. Musculus adductor longus.
- 14. Fibrae musculi adductoris longi.
- 15. Musculus gracilis.
- 16. — rectus femoris.
- 17. — vastus internus
- 18. Arteria iliaca communis dextra.
- 19. — hypogastrica dextra.
- 20. — iliaca externa dextra.
- 21. — — — denudata.
- 22. — epigastica dextra.
- 23. — et vena epigastrica sinistra.
- 24. — — — circumflexa ilium.
- 25. 26. Arteria cruralis, s. femoralis.
- 27. Locus, quo arteria femoralis musculum adductorem magnum perforat.
- 28. Arteria pudenda externa.
- 29. — profunda femoris.
- 30. Vena iliaca communis.
- 31. — hypogastrica.
- 32. — iliaca externa.
- 33. — cruralis s. femoralis.
- 34. — profunda femoris.
- 35. — saphena magna.
- 36. — femoralis.
- 37. Ramus venae saphenae.
- 38. — nervi spermatici externi.

- 39. Nervus cruralis.
- 40. Ramus cutaneus anterior nervi cruralis.
- 41. Nervus saphenus musculum sartorium perforans.
- 42. Ramus ejusdem nervi ad musculum vastum externum currens.
- 43. Rami musculares ejusdem nervi.
- 44. Nervus cruralis.
- 45. Funiculus spermaticus.

Fig. 2.

- A. B. Vulnus, quod sub applicatione ligaturae ad portionem arteriae tibialis anticae superiorem apparet.
- C. D. Sectio pro subligatione portionis mediae arteriae tibialis anticae.
- E. F. Vulnus sub applicatione ligaturae ad portionem inferiorem arteriae tibialis anticae apparens.
- 1. Fascia aponeurotica cruris.
- 2. Musculus gastrocnemius externus.
- 3. — peroneus longus
- 4. — — — stratis corporis suprajacentibus denudatus.
- 5. Musculus extensor digitorum communis.
- 6. Idem musculus denudatus.
- 7. Tendo mus. extensoris digitorum communis.
- 8. Tendo musculi peronei.
- 9. Musculus tibialis anticus.
- 10. Idem musculus denudatus.
- 11. Tendo musculi extensoris hallucis longi.
- 12. Arteria tibialis antica, duabus venis comitata.
- 13. Arteria melleolaris interna.
- 14. — — externa.
- 15. Nervus peroneus.
- 16. Ramus profundus nervi peronei.
- 17. — superficialis nervi peronei.

Fig. 3.

- A. B. Sectio pro subligatione arteriae popliteae.
- 1. Cutis, tela cellulosa et adiposa.
- 2. Arteria poplitea.
- 3. Eadem arteria vagina sua denudata.
- 4. Vena poplitea.
- 5. Nervus popliteus.

Fig. 4.

Applicatio ligaturae ad arteriam ope
 volsellae chirurgicae.

Fig. 5.

- a. Hamulus Bromfieldi arteriam ex vulnere extus detrahens.
- b. b. Extremitates ligaturae, quae retro hamulum jacet.
- c. Nodus ligaturae ad arteriam applicatae.

Fig. 6.

Sistit modum arterias subligandi ope
 ligatae, in acum curvatam impositae
 et trans telam cellulosa circa vasa ob-
 ductae.

Fig. 7.

Torsio arteriarum ope unius volsellae
 ad methodum Doctoris Amussat.

Fig. 8.

Torsio arteriae, e vulnere extractae,
 ope duarum volsellarum.

Fig. 9.

Compressorium arteriale argenteum
 Clarissimi Professoris Bujalsky.

Fig. 10.

Acus aneurismatica Doctoris Desault.

Fig. 11.

Acus aneurismatica Clarissimi Docto-
 ris Arendt, ad subligandas arterias pro-
 fundiores peritonea.

Fig. 12.

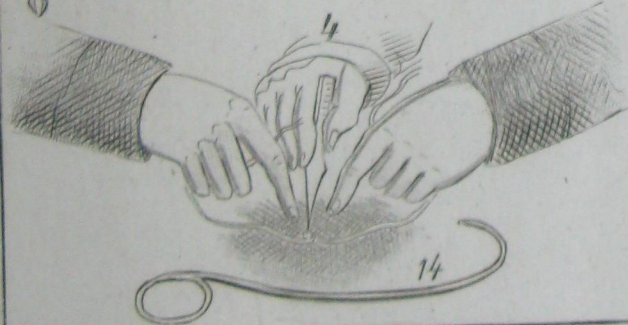
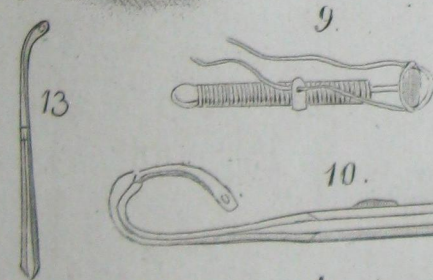
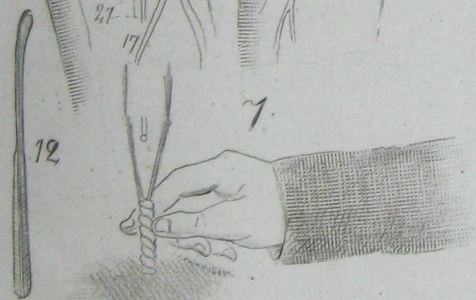
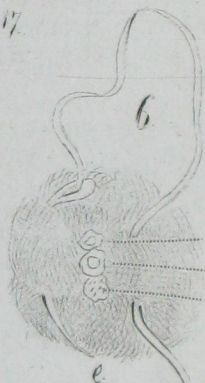
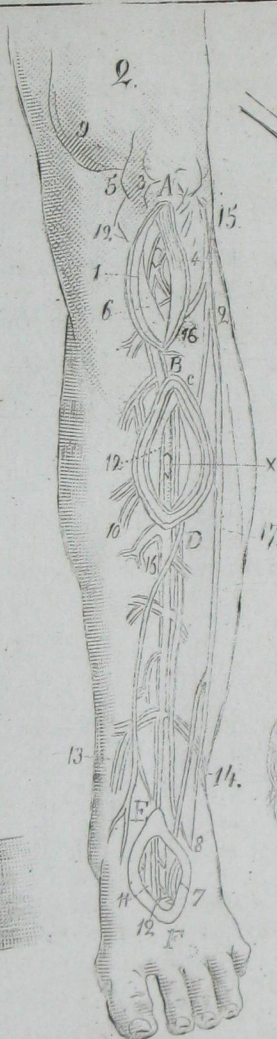
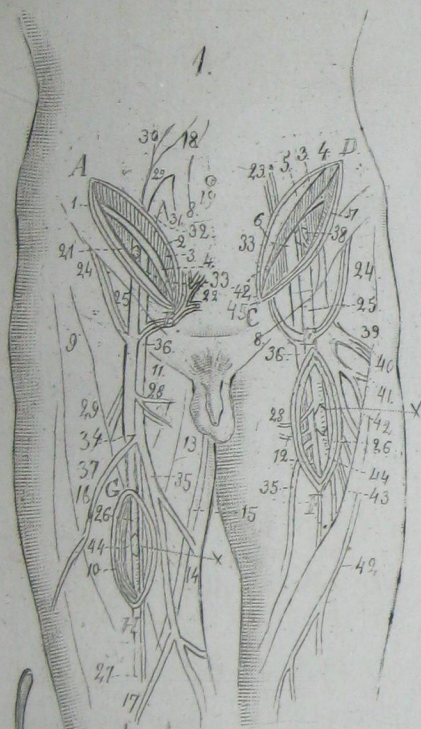
Spatula chalybea incurvata Professoris
 Bujalsky pro dilatatione labiorum vul-
 neris sub operatione.

Fig. 13.

Acus obtusa aneurismatica Doctoris
 Home.

Fig. 14.

Hamulus obtusus rotundus pro dila-
 tatione labiorum vulneris sub opera-
 tione.



Tab. V.

Fig. 1.

- a. Filum per utrumque labium vulneris trajectum.
- b. Filum supra vulnus connexum.
- c. — in uno vulneris latere vinctum.

Fig. 2.

- a. Acus Carlsbadensis per utrumque vulneris labium traducta.
- b. Acus 8-ideo tractu fili circumvoluta.
- c. d. Duae acus uno filo, ab hac ad illam traducto, vinctura 8-idea junctae.
- e. Acus circulari unionis forma filo obducta.
- f. Forma acus Carlsbadensis filo obvolutae, capitulo et acie excisis.

Fig. 3.

- a. Sutura clavata cum nodosa juncta ad methodum Doctoris Garengéot.
- b. c. Sutura clavata simplex.
- d. Dua fila divisa, sub cylindrum supposita, at nondum vincta.
- e. Dua fila, trans labia vulneris traducta, pro sutura clavata formanda.

Fig. 4.

Staphyloraphia ad methodum Doctoris Gräfe.

Fig. 5.

Uranoraphia ad methodum Doctoris Roux. Priusquam margines praescissi fuerint, acus pro suturae formatione in labia fissurae sunt impungendae.

Fig. 6.

Ultimum momentum uranoraphiae ad methodum Doctoris Roux.

Fig. 7.

Uranoraphia ad methodum Doctoris Dieffenbach. Unum filum (plumbeum) jam ad margines fissurae contortum, alterum vero ad orificium oris intortum, tertium

denique per margines vulneris est tractum.

Fig. 8.

Operatio labii leporini ad methodum Doctoris Paré, ope suturae circumvolutae.

Fig. 9. a.

Incisio marginum fissurae sub operatione labii leporini.

Fig. 9. b.

Forma marginum fissurae jam incisorum.

Fig. 10.

Labii leporini operatio ad methodum Doctoris Mursinna, ope suturae circumvolutae. Sub fines acus ejusque parua compressoriam supposita sunt.

Fig. 11.

Labroraphia ad methodum Doctoris Eckholdt. Acies et capitulum ejusque acus praescinduntur post operationem.

Fig. 12.

Labroraphia ad methodum Doctoris Dieffenbach ope acum Carlsbadensium.

Fig. 13.

Excisio marginum fissurae duabus sectionibus semilunaribus ad methodum Cel-sii in casu labii superioris abbreviati instituenda.

Fig. 14.

Excisionis forma sub operatione labroraphiae, si una labii superioris pars longior est, quam altera.

Fig. 15.

Operatio labii leporini bifissi ad methodum Doctoris Dessault.

Fig. 16.

Eodem in casu labroraphia ad methodum Doctoris Dieffenbach.

Fig. 17.

Pars media labii superioris, quae post labroraphiam, ad septum nasi formandum apud Doctorem Dieffenbach in usum venit.

Fig. 18.

Cicatrix post operationem labii bifissi ad methodum Doctoris Desault.

Fig. 19.

Cicatrix post operationem labii leporini bifissi ad methodum Dieffenbach.

Fig. 20.

Acutenaculum in stapyloraphia adhibendum.

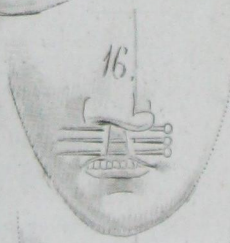
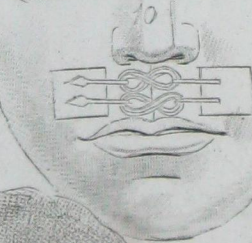
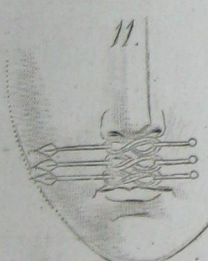
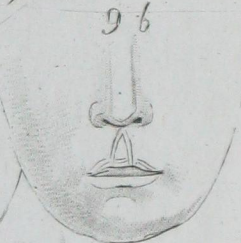
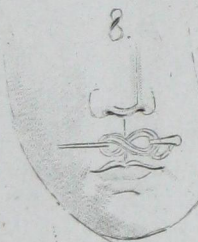
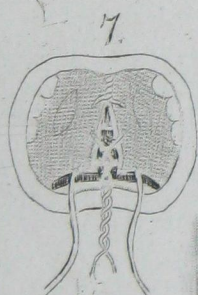
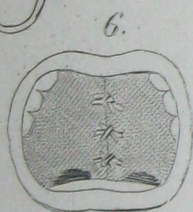
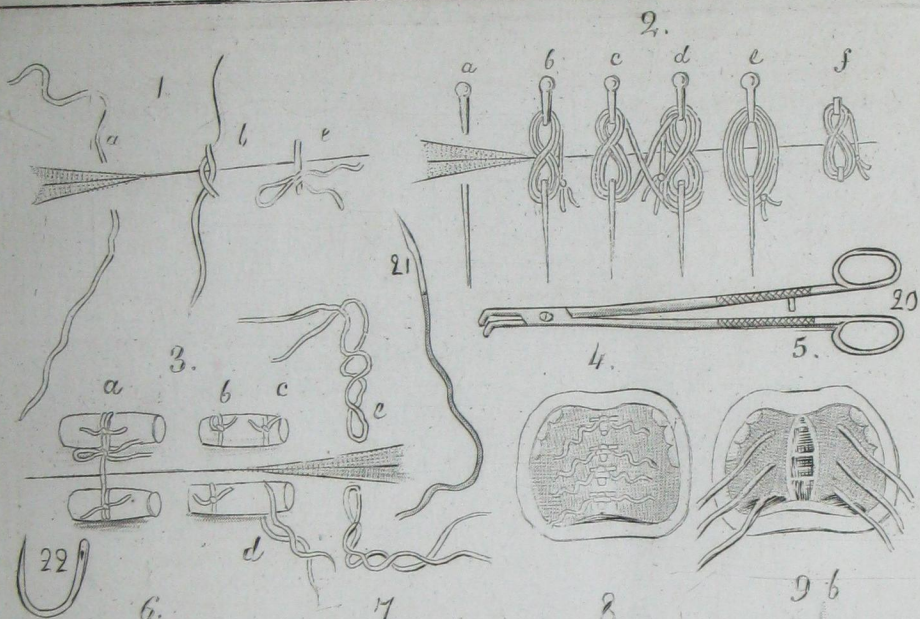
Fig. 21.

Acus cum filo in aurem ipsius con-
jecto

Fig. 22.

Acus incurvata.





Tab. VI.

Fig. 1.

Variae tegumentorum cranii sectiones sub instituenda trepanatione.

Fig. 2.

Trepanatio cranii ope osteotomi.

- a. Cranium tegumentis denudatum, cum osteotomo eidem applicato.
- b. Tegumenta malae separata et sursum reflexa.

Sectio talis, a me proposita, optima esse videtur pro rami maxillae inferioris resectione ope osteotomi.

Fig. 3.

Applicatio ad cranium trepani Germanici.

Fig. 4.

Modus agendi sub operatione ope trepani Germanici.

Fig. 5.

Modus trephinae applicandae.

Fig. 6.

Modus cultri lenticularis adhibendi.

Fig. 7.

Modus unius coronae adhibendae.

Fig. 8. 9. 10.

Tres portiones osseae ope trepanationis excisae.

Fig. 11.

Modus perforationis maxillae superioris ope trephinae rectae aculeatae simplicis. Trephina post impunctionem prope dentes malares educta.

Fig. 12.

Sectio cruciata supra cavum maxillae superioris.

Fig. 13.

Imago aegrotantis polyposo sarcomatosa excrescentia in antro Highmorii. Sectio ab *b* incepta, ad *a* et *c* descendendo per radicem et dorsum nasi propagata et in *d* denique finita est.

Fig. 14.

Post sectionem in Fig. 13 designatam, pannum tegumentorum, cum omnibus musculis et vasis ad ipsum os maxillae superioris separatum et reflexum, figura haecce repraesentat.

Fig. 15.

Perforator maxillae superioris.





Tab. VII.

Fig. 1.

Modus acum et cultrum tenendi sub operatione cataractae.

Fig. 2.

Modus cataractam extrahendi.

Fig. 3.

Oculus ad diametrum perpendicularem dissectus, in quo reclinatio cataractae facta est ad methodum Doctoris Buchorn.

- a. Lens et ejus via, qua illa tendit ad fundum humoris byaloidei sub operatione.
- b. Acus incurvata pro cataracta.
- c. Eadem acus in cameram oculi posteriorem introducta et superficie sua convexa margini lentis superiori imposita.

Fig. 4.

Oculus secundum diametrum perpendicularem divisus, in quo depressio cataractae facta est.

- a. Lens in humorem byaloideum depressa et via, qua illa ad hujus fundum tendebat.

Fig. 5.

Depressio cataractae per scleroticonyxin ad methodum Doctoris Jüngken.

- a. Locus pro punctura scleroticae.
- c. Modus acum tenendi tempore ipsius momenti puncturae faciendae.
- b. Introductio acus in cameram oculi posteriorem.

Fig. 6.

Acus incurvata ad marginem superiorem lentis adducta et superficie sua convexa in illo posita.

- b. Eadem acus sub fine depressionis.
- c. Locus pro punctura.

Fig. 7.

Reclinatio per scleroticonyxin ad methodum Doctoris Jüngken.

- a. Locus pro punctura scleroticae.
- b. Situs lentis post reclinationem.

Fig. 8.

Hyalonyxis ad methodum Doctoris Brown.

- a. Locus pro punctura.

Fig. 9.

Extractionis caractae per incisionem corneae deorsum momentum primum.

Fig. 10.

Extractionis cataractae momentum secundum.

Fig. 11.

Acus retrorsum deducta (a), dein in cameram oculi posteriorem pone iridem introducta capsulam lentis dissecat a superiori margine (b) ad inferiorem (c).

Fig. 12.

Extractionis cataractae momentum tertium. Lens post dissectionem ipsius capsulae in cameram oculi anteriorem venit, cochlear Davielii (a) sub panno corneae introductum, exitum lentis adjuvat.

Fig. 13.

Exitus lentis ex oculo, auxilio leviori cochlearis Davielii (a) comitatur.

Fig. 14.

VolSELLA ophthalmica Doctoris Gräfe.

Fig. 15.

ForFEX Davielii pro incisura carnea dilatanda.

Fig. 16.

Primum momentum extractionis cataractae per sectionem corneae sursum ad methodum Doctoris Jäger.

Fig. 17.

Iridotomia ad methodum Doctoris Jüngken. Punctura corneae (f.) ope acus rectae (a) facta, membrana pupillaris cruciatim a *c.* ad *b.* et a *d.* ad *e.* dissecta.

Fig. 18.

Iridectomy ultimum momentum. In oculo repraesentato leucoma centrale adest.

- d. c. Sectio corneae.
- a. Iris hamulo extracta.
- b. Forfex Daviellii iridem excindens.

Fig. 19.

Pupilla artificialis post iridotomiam a Doctor Adams factam.

Fig. 20.

Primum momentum iridectomy ad methodum Doctoris Jüngken in casu synechia camerae oculi posterioris et cataractae.

Fig. 21.

Operatio strabismi

- a. Levator palpebrae superioris.
- b. Hamulus acuminatus, pro bulbi oculi rectione adextus.
- c. Hamulus obtusus, pro tendine musculi extrahendo.
- d. Forfex incurvata.
- e. Tendo musculi recti interni.

22.

3.

1.

4.

5.

9.

6.

8.

10.

11.

14.

12.

13.

15.

16.

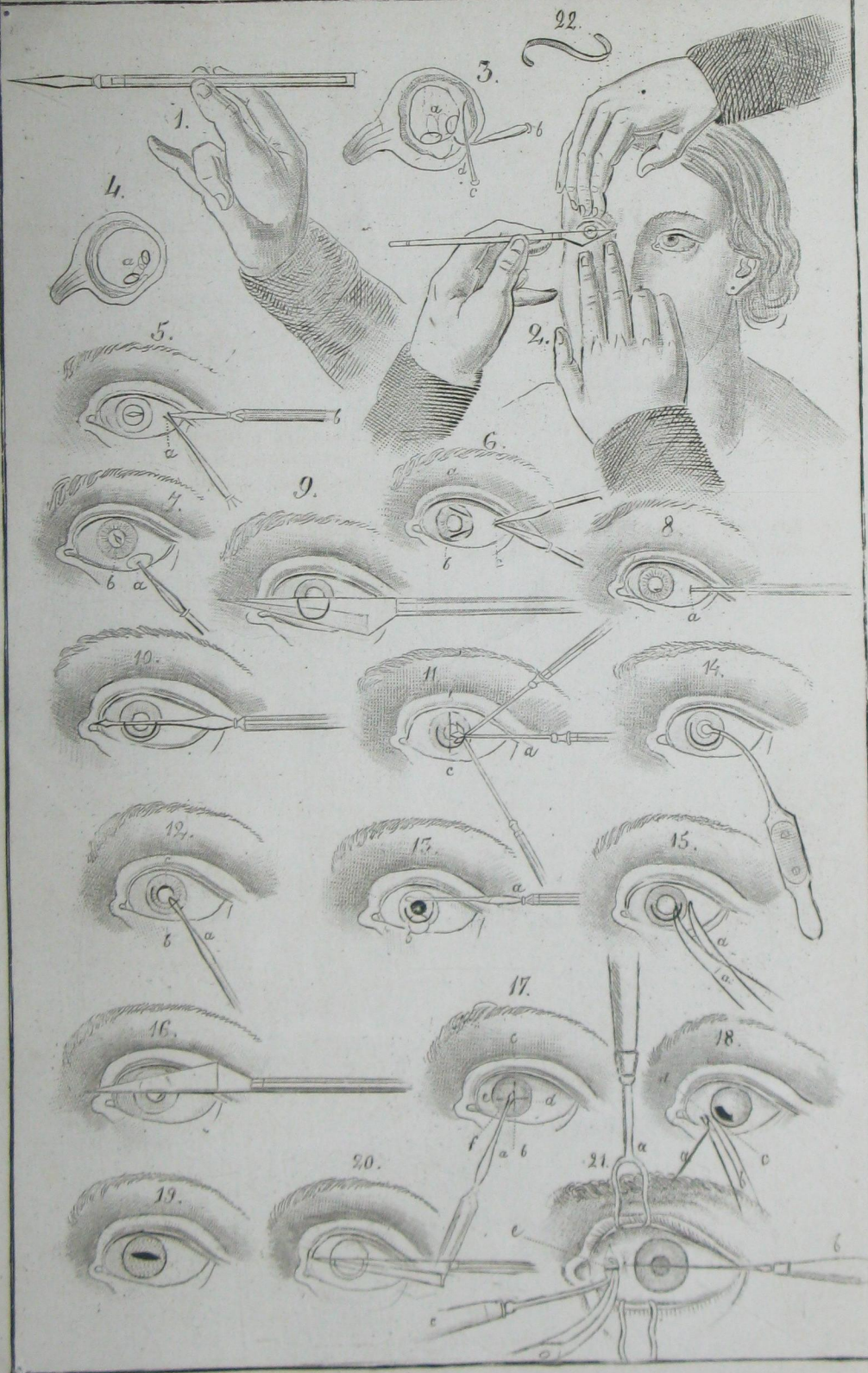
17.

18.

19.

20.

21.



Tab. VIII.

Fig. 1.

Operatio ectropii palpebrae inferioris ad methodum Doctoris Adams.

- a. b. a. Triangularis pannus ex cute formatus.
- a. c. Pannus ex conjunctiva palpebrali excisus.

Fig. 2.

Connexio ejusdem vulneris triangularis labiorum ope suturae circumvolutae.

Fig. 3.

Operationis ectropii ad methodum Doctoris Dieffenbach momentum primum.

- a. Sectio semilunaris in margine orbitali inferiori facta.

Fig. 4.

Ejusdem operationis momentum tertium

- a — b. Vulnus, per quod hamulus ad marginem blepharo-conjunctivae superiorem immisus.

Fig. 5.

Membrana conjunctiva cum vulnere externo palpebrae inferioris ope suturae circumvolutae consuta.

Fig. 6.

Methodus Doctoris Adams entropium operandi, a Doctore Dieffenbach modificata.

- a. b. c. Pannus excisus.
- a — c. Continuatio linearum per blepharo-conjunctivam.

Fig. 7.

Operatio ectropii palpebrae inferioris ad methodum Doctoris Ammon.

- a. b. c. Pannus triangularis ex cute in angulo oculi externa excisus.

Fig. 8.

Operatio ectropii palpebrae superioris ad methodum Doctoris Adams.

- a — c — d Pannus triangularis ex palpebra et ejusdem conjunctiva excisus.

Fig. 9.

Eadem methodus a Doctore Dieffenbach modificata.

- a — b. c. Pannus acuminatus.
- d. e. Sectio cutis superficialis in angulo oculi externo.

Fig. 10.

Ectropium palpebrae superioris organicum post erysipelas palpebrae exortum.

Fig. 11.

Idem oculus sub operatione ad methodum Doctoris Jäger.

- a — b. Vulnus ovale, post separationem palpebrae superioris a margine orbitae, quacum illa erat concreta, exortum.
- c. Portio ex medio palpebrae excindenda.
- d. e. Sectio a tempore ad medium frontis.

Fig. 12.

Eadem palpebra, sutura nodosa imposita, repraesentatur.

Fig. 13.

Operatio trichiaseos palpebrae superioris ad methodum Doctoris Jäger.

- c. Lamina corneae.
- e. f. Sectio tegumentorum palpebrae superioris et telae cellulosaе.
- a. Volsella.
- b. Scalpellus cilia et telam cellulosaam excindens.

Fig. 14.

Operatio entropii et distichiasis ad methodum Doctoris Quadri.

- a. Manus sinistra operatoris ope volsellae latae plicam cutis palpebralis comprehendens.
- b. Forfex pro plicae excisione.

Fig. 15.

Idem oculus post factam plicae excisionem. Duae acus incurvae, labiis vulneris impunctae, pro sutura adponenda.

Fig. 16.

Operatio trichiasis palpebrae inferioris ad methodum Doctoris Quadri. Sutura nodosa vulnere imposita.

Fig. 17.

Momentum secundum iridectomiam ad methodum Doctoris Jüngken.

- a. Cochlearium Doctoris Daviel.
- b. Volsella iridis portionem prolapsam adprehensa.
- c. Forfex Davielii portionem iridis excindens.

Fig. 18.

Pupilla per iridectomiam ope forcis Maunoir a Scarpa formata.

Fig. 19.

Iridodialysis ad methodum Doctoris Bonzel.

- b Parva incisio in leucomate corneae, per quam hamulus (a) est introductus pro ligamento ciliari separando
- c. d. Pupilla artificialis

Fig. 20.

Pupilla artificialis ab van Onsenoort facta per puncturam scleroticae (a), incarcerationem iridis artificialem et excisionem ejusdem partialem.

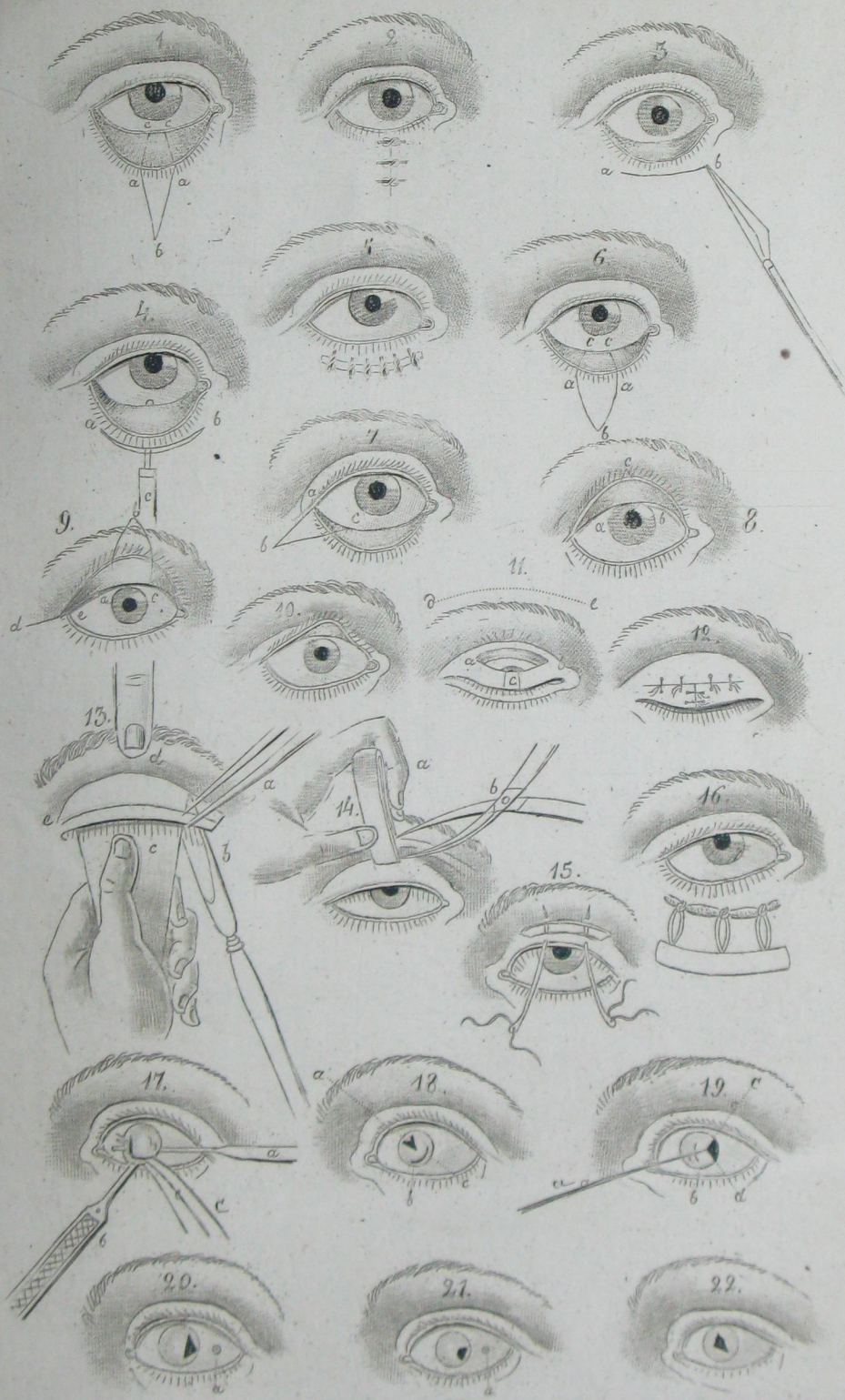
Fig. 21.

Pupilla artificialis ab eodem operatore facta per puncturam scleroticae (a).

Fig. 22.

Pupilla artificialis a Mensert per excisionem particulae iridis triangularis ope forcis Maunoir formata.





Tab. IX.

Fig. 1.

Iridencleisis ad methodum Langenbeck.

- a. Hamulus pro separanda iride a ligamento ciliari et incarceratione iridis artificiali in punctura corneae efficienda.
- b. c. Iris incarcerationata.
- e. d. Nova pupilla artificialis.

Fig. 2.

Iridectomedialysis ad methodum Doctoris Assalini.

- b. Forfex D. Daviel.
- a. Hamulus.
- c. d. Nova pupilla artificialis.

Fig. 3.

Iridoparelysis ad methodum Himly.

- b. c. Incisura corneae.
- a. Hamulus pro iride axtrahenda.

Fig. 4.

Anatomica partium dispositio, scitu necessaria, snb paracentesi sacci lacrymalis peragenda.

- a. a. Puncta lacrymalia.
- b. Ductus lacrymalis.
- c. Saccus lacrymalis.
- d. Canalis nasalis membranaceus.
- e. Apex processus nasalis maxillae superioris et junctura ejusdem cum osse nasali.
- f. Processus nasalis maxillae superioris.
- g. Fossa lacrymalis.
- h. Margines ductus nasalis ossei.

Fig. 5.

Paracentesis sacci lacrymalis ad methodum Doctoris Petit.

Fig. 6.

Operatio trichiaseos ad methodum Doctoris Köhler.

Fig. 7.

Modus deligandi post operationem entropii per excisionem plicae ex angulo oculi externo.

Fig. 8.

Operatio cataractae per puncturam corneae. Palpebra superior hamulo (blepharotenaculo) Doctoris Pellier de Quincy ab adju tore operatoris sustentatur. Oculus dexter linteamine obtectus.

Fig. 9.

Operatio blepharoptoseos ad methodum Doctoris H. Fab. ab Aquapendente.

Fig. 10.

Modus vulneris deligandi post paracentesin sacci lacrymalis.

Fig. 11.

Hamulus pro introductione tubulorum in canalem nasalem.

Fig. 12.

Tubulus aureus.

Fig. 13.

Tubulus ameus minor.

Fig. 14.

Tubulus apice incurvatus, siphunculi applicandus.

Fig. 15.

Tubulus rectus siphunculo pro renata addendus.

Fig. 16.

Siphunculus ophthalmicus.

Fig. 17.

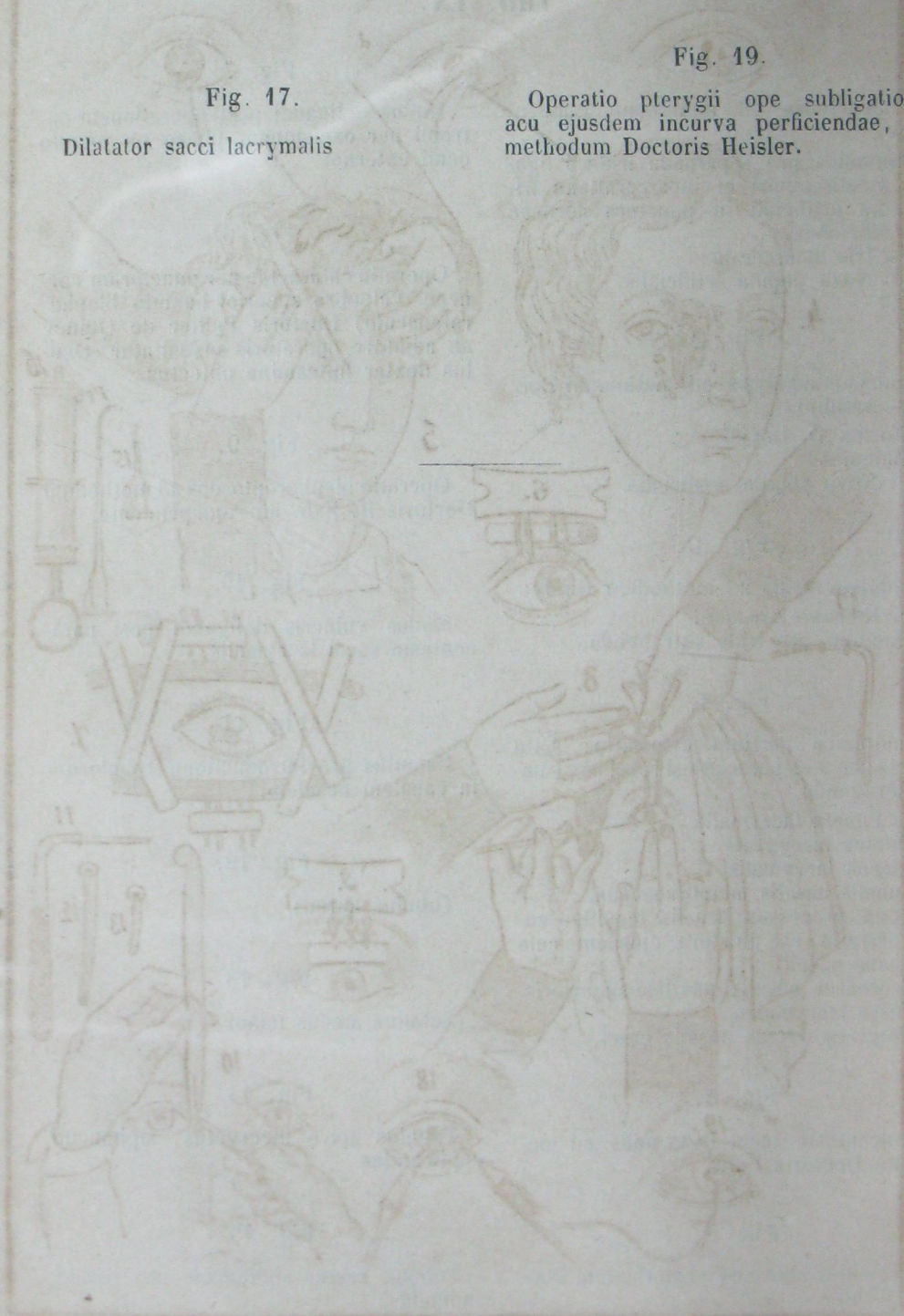
Dilatator sacci lacrymalis

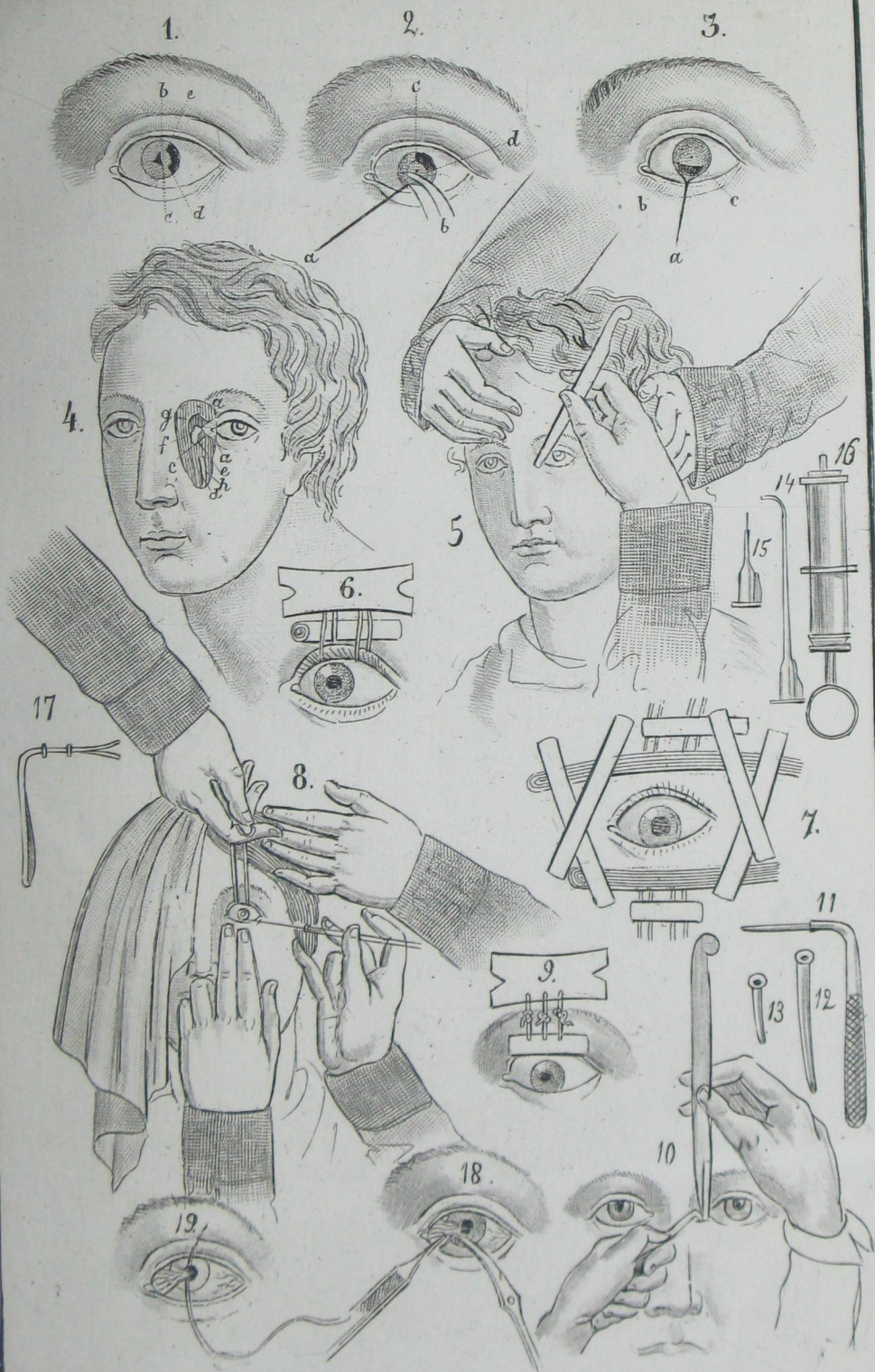
Fig. 18.

Operatio pterygii per excisionem, ad
methodum Doctoris Scarpa.

Fig. 19.

Operatio pterygii ope subligationis
acu ejusdem incurva perficiendae, ad
methodum Doctoris Heisler.





Tab. X.

Fig. 1.

Rhinoplastica ex cute frontis, ad methodum Doctoris Gräfe.

- a — b. Sectio integumentorum frontis.
- d — c. Sutura ad methodum Doctoris Gräfe.

Fig. 2.

Sectio integumentorum frontis pro artificialis nasi formatione ad methodum Doctoris Dieffenbach.

Fig. 3.

Fascia uniens Doctoris Gräfe.

- a — z. Galea.
- p. q. r. Fascia sexcapitum.
- g. e. Taenia ad circumligationem fasciae p. q. r.
- f. k. Parvi annuli ex filamento conditi.
- b. Indusium, ad fasciam unientem constituendam pertinens.
- i. t. Parvi annuli ex filamento conditi, cum taeniis ligati.
- n. x. Tenia similis ejusmodi lateris sinistri.
- h. h. Plectrum.
- l. m. n. o. Fascia suspensiva brachii.
- s. l. Fasciae hujus pars superior,
- s. n. — — — inferior.
- s. Apertura pro cubito.
- m. o. p. q. r. Fasciae attrahentes brachium et antibrachium.
- d. d. Fascia manum, ad galeam firmatam, continens.

Fig. 4.

Sutura nasi, artificialiter formati ad methodum Doctoris Dieffenbach.

Fig. 5.

Blepharoplastica ad methodum Doctoris Fricke.

- a. Pannus integumentorum.
- b. Locus, unde iste pannus excisus.
- c. Margo, qui post operationem in marginem palpebrae superioris transmutatur.
- d. Vulnus.
- e. Isthmus incidendus.

Fig. 6.

Sutura nodosa imposita palpebrae superiori, artificialiter formatae ad methodum Doctoris Fricke.

- f. Locus, ex quo formata est palpebra.
- g. Margo superior.
- h. Nova palpebra.

Fig. 7.

Formatio palpebrae inferioris ad methodum Doctoris Fricke.

- a. Pannus tegumentorum.
- b. Locus, ex quo pannus excisus.
- c. Margo, qui in marginem palpebrae inferioris convertitur.
- d. Vulnus.

Fig. 8.

Sutura nodosa palpebrae artificialiter formatae applicata.

- h. Margo exterior.

Fig. 9.

Alia palpebram inferiorem formandi methodus.

- b — a. Pannus in palpebram transplantatus, cui sutura nodosa imposita.

Fig. 10.

Ejusdem methodi prima momenta.

- b — a. Pannus excidendus pro palpebra inferiori formanda.

Tab. XI.

Fig. 1.

Evulsio dentis incisorii ope forcipis.

1. 2. 3. Manus sinistra operatoris.
- b. Cavum oris.

Fig. 2.

Evulsio dentis malaris ope clavis dentalis.

1. Dens malaris.
2. Hamulus clavis dentalis.
3. Maxilla inferior.
4. Index manus sinistrae operatoris.

Fig. 3.

- 1 Portio cavi cranii.
2. Fossa cerebellosa cranii.
3. Portio tentorii cerebelli.
4. Medulla oblongata.
- 5 Sinus sphenoidalis.
- 6 — frontalis
7. Concha superior.
8. — media s. ethmoidalis.
9. — maxillaris s. inferior.
10. Meatus superior in sinum sphenoidalem.
11. Meatus medius.
12. — inferior.
13. Sinus sphenoidalis.
14. Canalis tubae Eustachii.
15. Antrum Highmori.
16. Sinus frontalis.
17. Canalis nasalis.
18. Ductus Stenonianus.
19. Cavum faucium.
20. Orificium pharyngeum tubae Eustachii
21. Portio uvulae.
22. Tonsilla.
23. Arcus posterior veli palati.
24. — anterior — —
25. Palatum verticaliter dissectum.
26. Portio sinistra palati.
27. Superficies interna buccae.
28. Portio sinistra linguae.
29. Maxilla inferior, perpendiculariter dissecta.

30. Cavum laryngis.

31. Cornua majora cartilaginis thyreoideae.

32. Ventriculi laryngis.

33 Trachea.

34. Hamuli tegumenta laryngis distrahentes.

35. Pars colli inferior.

Fig. 4.

Cheiloplastica post canceri extirpationem. a-b, a-b panni ex utroque latere excisi pro labio oris inferiori formando.

Fig. 5.

Post cutis transplantationem sutura octoidea vulnus consutum.

Fig. 6.

Labii inferioris formatio ex tegumentis colli.

Fig. 7.

Post operationem cheiloplastices, ex tegumentis colli factae, sutura nodosa vulnere imposita.

Fig. 8.

Ad labii superioris angulum deficientem formandum cutis vicinae transplantatio. a b c d pannus tegumentorum, labii deficientis, portioni aequalis.

Fig. 9.

Operatione cheiloplastices instituta ad normam Fig. 8, labii vulnere imposita est sutura octoidea

Fig. 10.

Labii inferioris formatio per attractionem cutis circumjacentis separatae, sectionibus lateralibus factis.

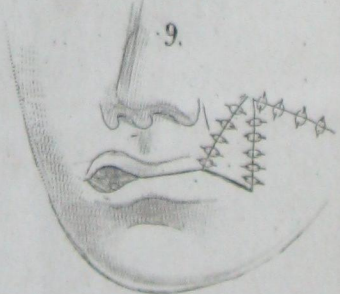
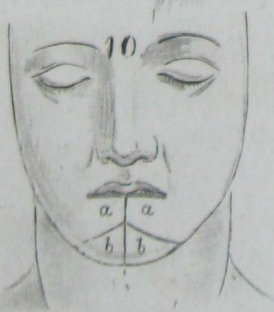
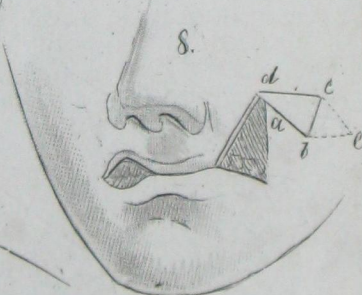
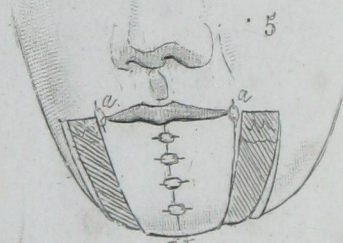
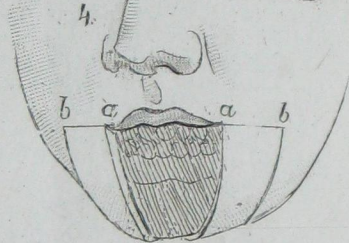
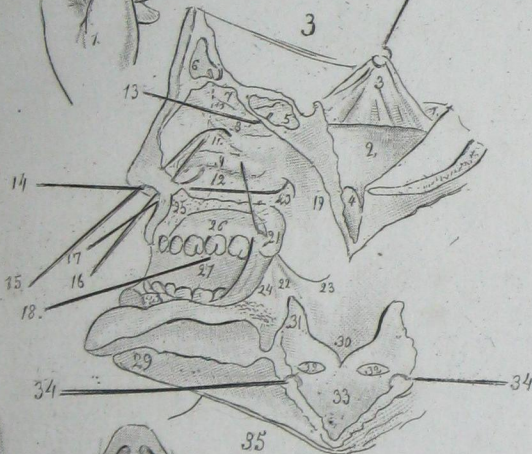
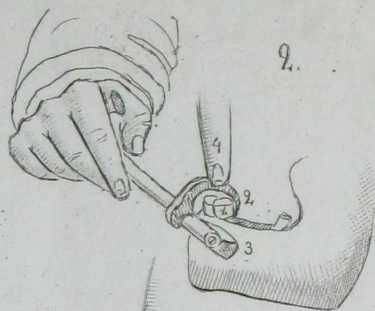
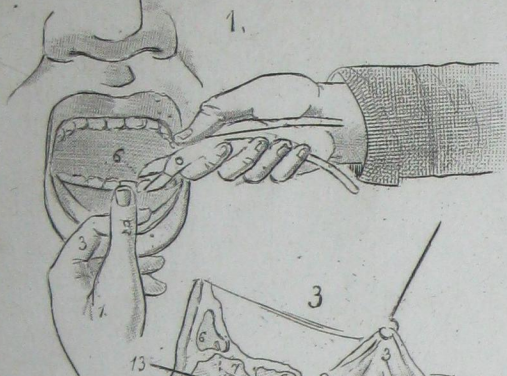
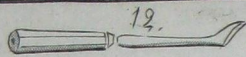
Fig. 11.

Labium inferius formatum ad methodum, in Fig. 10. propositam.

Fig. 12.

Pes caprinus pro evulsione radicum dentalium, in maxillarum alveolis residuum.





Tab. XII.

Fig. 1.

Vulnus post tracheotomiam.

- a. Sectio a margine inferiori cartilaginis cricoideae ad sternum.
- b. Aponeurosis cervicis.
- c. Tubulus argenteus, in tracheam immisus.
- d. Trachea.
- e. Musculi sternohyoidei.

Fig. 2.

Laryngotomia.

- a. Cartilago thyreoidea.
- b. — cricoidea
- c. Trachea.
- d. Sectio cutis, intra laminas cart. thyreoideae incepta et quidquam ultra cartilaginem cricoideam continuata.

Fig. 3.

Oesophagotomia ad methodum Doctoris Eckhold.

- a—b. Sectio colli in regione sterno-claviculari musculi sterno-cleido-mastoidei.
- c. c. Crura m. sterno-cleido-mastoidei. hamulo distracta.
- d. Musculus omohyoideus.
- e. — sternothyroideus.
- f. Arteria carotis.
- g. — thyreoidea inferior.
- i. Portio clavicULARIS musculi sterno-cleido-mastoidei.
- k. Trachea.

Fig. 4.

Oesophagotomia ad methodum Doctoris Guatani.

- a—b. Vulnus cutis, secundum limites marginis interni musculi sterno-cleido-mastoidei propagatum.
- c. Musculus omohyoideus.
- d. d. — sterno-cleido-mastoideus
- e. — sterno-thyroideus.
- f. f. — sterno-hyoideus.

- g. g. Arteria carotis communis.
- h. — thyreoidea superior.
- i. — subclavia sinistra.
- k. k. — thyreoidea inferior.
- l. Nervus recurrens.
- m. Vena jugularis interna.
- n. Trachea.
- o. Glandula thyreoidea.
- p. Oesophagus.
- q. q. Hamulus bifidus, labia vulneris distrahens.

Fig. 5.

Oesophagotomia ad methodum Doctorum Vacca Berlinghieri et Lisfranc.

- a—b. Sectio cutis.
- c. Musculus sterno-cleido-mastoideus.
- d. — omohyoideus.
- e. — latissimus colli.
- f. — sterno-hyoideus.
- g. Vena jugularis externa anterior.
- h. Arteria carotis cum ramo nervi hypoglossi, supra eam jacente.
- i. Arteria thyreoidea superior.
- k. Vena — —
- l. Glandula thyreoidea.
- x. Ectropoesophagum Doctoris Vacca Berlinghieri, quod aesophago immisus apice suo locum sub operatione incidendum monstrat.

Fig. 6.

Paracentesis pectoris

Loca ad puncturam instituendam idonea et regiones vicinae sciendae hic praesentantur

- 4 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. Costae.
- a—b. Sectio a sexta ad 8-m costam.
- c. d. — parallelis 6 et 7 costae.
- e. f. — ad costas angulo recto conversa.
- g. g. g. g. Tractus musculi latissimi dorsi.
- i. Os sterni.
- k. Scapula.

Fig. 7.

Paracentesis abdominis.

5. 11. Costae.
- a. Sternum.
- b. Cartilago xyphoidea.
- c. Symphysis ossium pubis.
- d. Spina anterior superior ossis ilii.
- e. Umbilicus.
- f. Medium lineae, ab umbilico ad spinam superiorem ilii protractae.
- e. g. Linea, ab umbilico transversaliter extrorsum protracta.
- i. d. Linea, a costa ultima ad spinam ilii superiorem protracta
- h. Punctum, ubi lineae intersecantur, paracentesi instituendae idoneum.
- k. Medium inter cartilaginem xyphoideam et symphysin ossium pubis.
- l. d. Linea infra k. incepta, et ad spinam ilii propagata.
- n. Paracenteseos punctum.
- o—d. Linea ab extremitate anteriori costae secundae spuriae protracta ad spinam ossis ilii; in medio p. hujus lineae Zang puncturam coli descendens ad tympanitidem intestinale curandam acu triquetra facit.
- q. g. Tractus arteriae epigastricae.

Fig. 8.

Sectio perpendicularis cervicis partes que sub tracheotomia scitu necessariae repraesentantur.

- a. Canalis pro medulla spinali.
- b. Vertebrae.
- c. Trachea
- d. Carotis.
- e. Cartilago cricoidea.
- f. Cavum laryngis.
- g. Os hyoideum.

- h. Epiglottis.
- i. Cartilago thyroidea.
- k. Lingua.
- l. Plica anterior veli palati.
- m. — posterior — —
- n. Glandula tonsillaris.
- o. Uvula.
- p. Palatum durum.
- q. Os sterni.
- r. Cutis.
- s. Musculi sterno hyoideus et sterno-thyroideus.
- t. Glandula thyroidea.
- u. Aorta.
- v. Ejusdem incisura.
- w. Arteria carotis sinistra.
- x. Oesophagus.
- y. Modus bronchotomum Doctoris Richter in tracheam immittendi.
- z. Situs tubuli, in trachea relictii.

Fig. 9.

Amputatio mammae.

Ansae formatio ope acuum incurvatarum, per glandulam mammalem penetrantium, ad methodum Doctorum: Foresti, Sculteti et Heister.

Applicatio osteotomi Doctoris Heine ad claviculam resecandam.

Fig. 10.

- a. b. Duae sectiones semilunares, pro mamma extirpandam factae.
- c. d. Sectiones sub amputatione mammae, quando et glandulae subaxillares, scyrrho affectae, extirpandae sunt.



Tab. XIII.

Fig. 1.

Modus forcipis obstetriciae applicandae ad fetum ex utero extrahendum.

Fig. 2.

Variae sectionis Caesareae formae.

- a. b. Sectio abdominis transversa, secundum methodum Doctoris Lauverjat.
- c. d. Sectio diagonalis ad methodum Doctoris Stein junioris.
- e. f. Sectio in linea alba ad methodos Doctorum Varocquier, Henkel, Beaudelocque et Osiander.
- g. h. Sectio lateralis, musculo recto abdominis parallela, ad methodum Doctorum Rousset, Leuret et Stein senioris.

Fig. 3.

Modus suturam et deligationem imponendi post operationem sectionis Caesareae.

- a. a. a. Tres suturae nodosae.
- b. b. Taeniae emplastri adhaesivi longae, cruciatim abdomini impositae.

Fig. 4.

Annulus pertusorius.

Fig. 5.

Operatio sectionis Caesareae in linea alba.

Operatoris adjuutores manubus, spongiis mediate suppositis, abdomen circa vulnus leviter comprimunt, ut hac ratione,

secundum Gräfe, prolapsus viscerum praepediatur sub operatione.

Fig. 6.

Cephalotritor Doctoris Beaudelocque junioris et ramus hujusce instrumenti separatim repraesentatus.

Fig. 7.

Cephalo-perforator Doctoris Stein.

Fig. 8.

Pelvimeter.

Fig. 9.

Fetus jam maturus, in utero situs, occipite ad partum praevio.

Fig. 10.

Hamulus Smellii pro capitis extractione sub embriotomia.

Fig. 11. 12. 13.

Pessaria variae formae et magnitudinis.

Fig. 14.

Pessarium stylo praeditum.





Tab. XIV.

Fig. 1.

Sutura transgressiva, quae eodem modo ac sutura Pellionum perficitur, eo solummodo ab hac differt, quod in illa acus semper in idem latus impungatur, ex quo impuncta evasit: quo fit, ut hic nunquam fila supra, vulnus jaceant.

Fig. 2.

Sutura quatuor magistrorum. In intestinum, transversaliter ruptum, trachea cujuslibet animalis immittitur et quotlibet filis labia vulneris consuuntur.

Fig. 3.

Sutura Pellionum. Labia vulneris superficie sua interna, membrana mucosa oblecta, ad sese invicem adplicantur et acu, filo praedita, ita portiones intestini distorsi penetrantur, ut fila modo supra, modo subter vulnus cursum faciant.

Fig. 4.

Sutura ad methodum Doctoris La Peyronie.

Fig. 5.

Sutura nodosa post portionis intestini superioris in inferiorem immissionem vulneri imponitur. Adhibetur haec methodus Doctoris Ramdohr in transversa intestini distorsione.

Fig. 6.

Sutura ansata Doctoris le Dran.

Fila per utrumque vulneris labium traducuntur, capita omnium filorum unius lateris inter se nodulo communi junguntur, postea utriusque lateris filorum capita insimul contorquentur, quo fit, ut intestinum ad unum punctum contrahatur, fila denique contorta per labium vulneris abdominis superius extus educuntur.

Fig. 7.

Invaginatio ad methodum Doctoris Ritsch. Intestini distorsi portio superior in inferiorem invaginatur supra cylindrum, ex charta crassiori factum et in intestini lumen immissum. Fila per intestinum et chartam traducuntur, ut tali ratione fines intestini distorsi contigui contineantur.

Fig. 8.

Enteroraphia ad methodum Doctoris Sabatier. Supra cylindrum, ex charta factum, margines intestini distorsi contrahuntur; bis cylindrus iste acu, filo praedita, impungitur, post hoc margines intestini exintus adextus acu eadem ipsa penetrantur, denique capita filorum deducta inter sese contorquentur pro labiis vulneris arctius ad se invicem contrahendis.

Fig. 9.

Invaginatio ad methodum Doctorum Schopart et Desault. Parum variat a methodo Sabatier.

Fig. 10.

Enteroraphia ad methodum Doctoris Lembert. Acus, filo praedita, prope labium vulneris intestini impungitur propriusque ad idem labium educitur, quod et in altero vulneris latere eadem acu, modo vice verso, peragitur. Quo fit, ut filorum capitibus attractis, labia vulneris intestini superficie serosa cohaereant, et plica in intestini lumine appareat.

Fig. 11.

Invaginatio ad methodum Doctoris Jobert. Mesenterio ad aliquot lineas separato, per marginem intestini ruptum superiorem dua fila exintus adextus traducuntur, quae post hoc, per inferiorem intestini jungendi marginem eodem modo

perducta, contorquentur; unde superioris portionis intestini in inferiorem invaginatio et marginum rupturae superficiei serosa contactus exoriuntur.

Fig. 12.

Enteroraphia ad methodum Doctoris Denan. Per margines cylindri vacui (b) fines perfecte distorti intestini trahuntur, conducuntur et tali modo superficiei serosae earum contactus exoritur.

Fig. 13.

Enteroraphia ad methodum Doctoris Reybard. Parva lamina lignea, aut ex gummi elastico parata, per quam filum trajectum est (b), ad cavum intestini mittitur; post hoc capita fili, per parietes laminae traducti, iterum per intestinum et parietem abdominis transmissa, educuntur, colligantur inter sese, aut contorquentur.

Fig. 14.

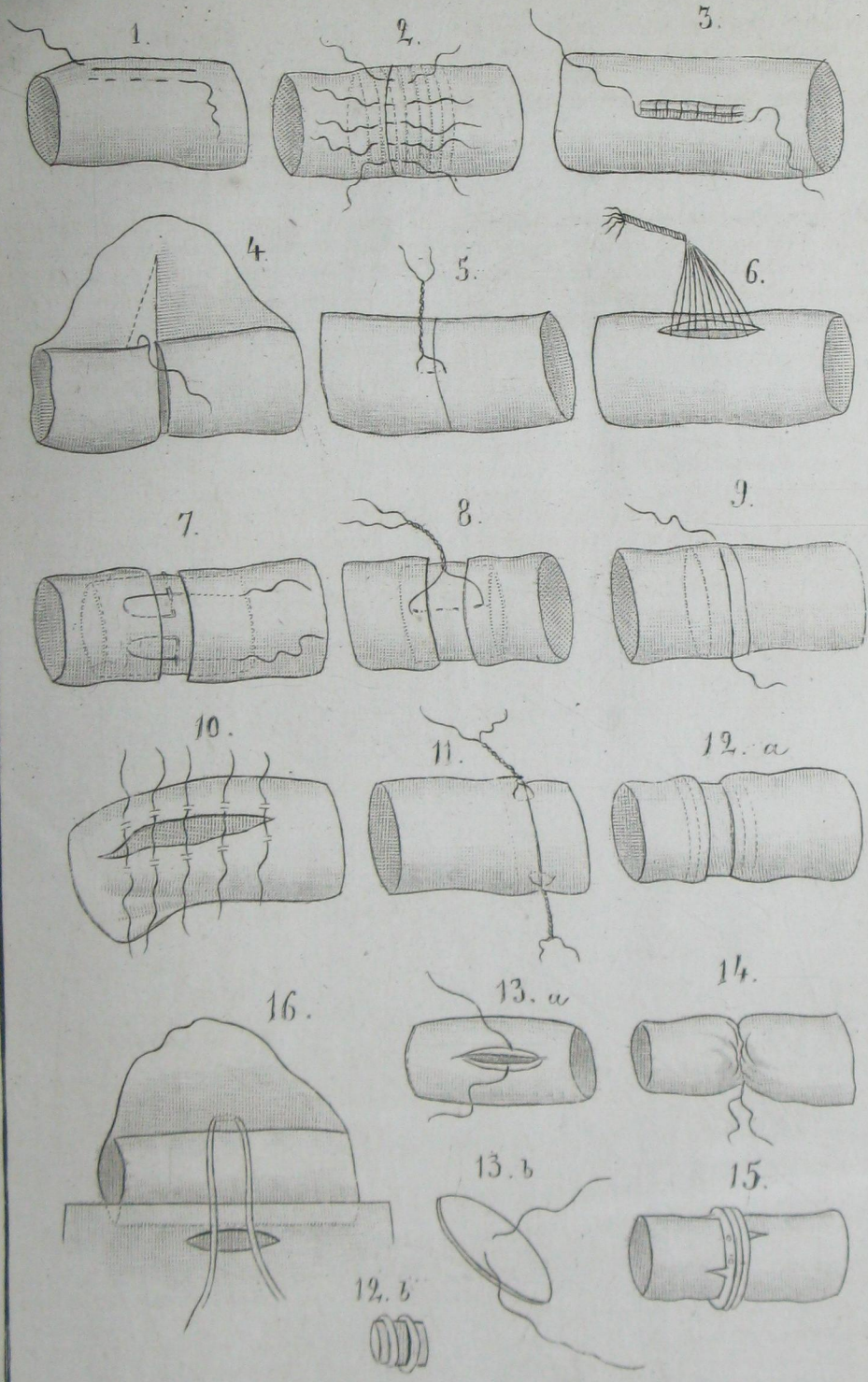
Enteroraphia ad methodum Doctoris Beclard. Sutura tali modo intestino imponitur, ut margines intestini distorti superficiei sua serosa cohaereant et sic denique concreescere possint.

Fig. 15.

Enteroraphia ad methodum Henroz in intestino perfecte distorto ope annuli acuti perficitur.

Fig. 16.

Ausa mesenterica. Ligatura per mesenterium sub intestino vulnerato traducenda et adextus per vulnus abdominis trahenda.



Tab. XV.

Fig. 1.

- a. Scrotum.
- b. Fascia musculi obliqui abdominis externi supra saccum herniosum decurrens.
- c. Saccus herniosus apertus.
- d. Annulus abdominalis.
- e. Spina anterior superior ossis ilii.
- f. Tendo musculi obliqui externi.
- g. Annulus abdominalis lateris dextri.
- h. Ligamentum Fallopii.
- i. Musculus obliquus internus.
- k. Arteria cruralis.
- l. Vena cruralis.
- m. Funiculus spermaticus.
- n Saccus herniae inguinoscrotalis externae.

Fig. 2.

Hernia inguinalis apud feminam. Sectione tegumentorum facta ad methodum Doctoris B. Bell, specillum sub strata telae cellulosa subductum.

- a—b Sectio tegumentorum.
- c Adeps.
- d. Tela cellulosa
- e. Saccus herniosus.

Fig. 3.

Operatio herniae inguinoscrotalis ad methodum Doctoris C. Bell.

- a—b. Sectio tegumentorum.
- c. Tela adiposa.
- d. — cellulosa et vaginae sacci herniosi.

Fig. 4.

Operatio herniae inguinoscrotalis ad methodum Doctoris Velpeau.

Fig. 5

Hernia femoralis apud feminam; *ab* et *ad* tegumentorum sectiones.

Fig. 6.

Hernia femoralis interna apud marem, secundum Scarpa

- a. Arcus femoralis.
- b. Portio aponeurotica fasciae femoralis margini ligamenti Fallopii adhaerens.
- c. Portio tendinosa musculi obliqui externi.
- d. Annulus inguinalis anterior.
- e. Funiculus spermaticus.
- f. Fasciculus musculi cremasteris.
- g. Saccus herniosus sub hernia scrotali interna.
- h. Tela cellulosa saccum herniosum obtegens.
- i. Volvulus ilei.
- k. Musculus obliquus internus.
- l. Incisura vaginae aponeuroticae musculi recti.
- m. Sectio musculi obliqui interni.
- n. Musculus rectus abdominis.
- o. Vagina aponeurotica musculi recti.
- p. Musculus iliacus internus.
- q. Musculus sartorius.
- r. Arteria cruralis.
- s. Vena cruralis.
- t. Arteria circumflexa ilium.
- u. — epigastrica.
- v. Vena saphena interna.
- w. Arteria et vena spermaticae sursus quidquam suspensae.
- x. Arteria epigastrica.
- y Nervus cruralis.

Fig. 7.

Dispositio partium anatomica sub herniis inguinalibus externis, secundum demonstrationes Doctoris Scarpa.

- a a. Annulus abdominalis sinister.
- b. b. Fimbriae tendinosae.
- c. Arcus femoralis
- d. Ligamentum suspensorium penis.
- e. Os pubis.
- f. Hernia inguinalis lateris sinistri.
- g. Fasciculus fibrosus musculi cremasteris.
- h Aponeurosis musculi cremasteris funiculum spermaticum et vaginam testiculi amplexens.

- i. Annulus abdominalis dexter.
- k. Intersectio fibrarum tendinosarum prope annulum abdominalem.
- l. Incisio aponeuroseos muscoli cremasteris.
- m. Tela cellulosa inter vaginam muscoli cremasteris et saccum herniosum.
- n. Saccus herniosus.
- o. Volvulus ilei in sacco hernioso.
- p. Vagina aponeurotica muscoli recti incisa.
- q. Continuatio fibrarum tendinis muscoli obliqui externi.
- r. Arcus femoralis.
- s. Peritoneum.
- t. Musculus rectus abdominis, sinistrosus detractus.
- u. Portio muscoli obliqui externi dissecti.
- v. Linea alba.
- x. Pars aponeuroseos muscoli recti incisa et reflexa.
- 1. Arteria cruralis.
- 2. Vena cruralis.
- 3. Arteria circumflexa ilium.
- 4. Continuatio ejusdem arteriae in latere dextro.

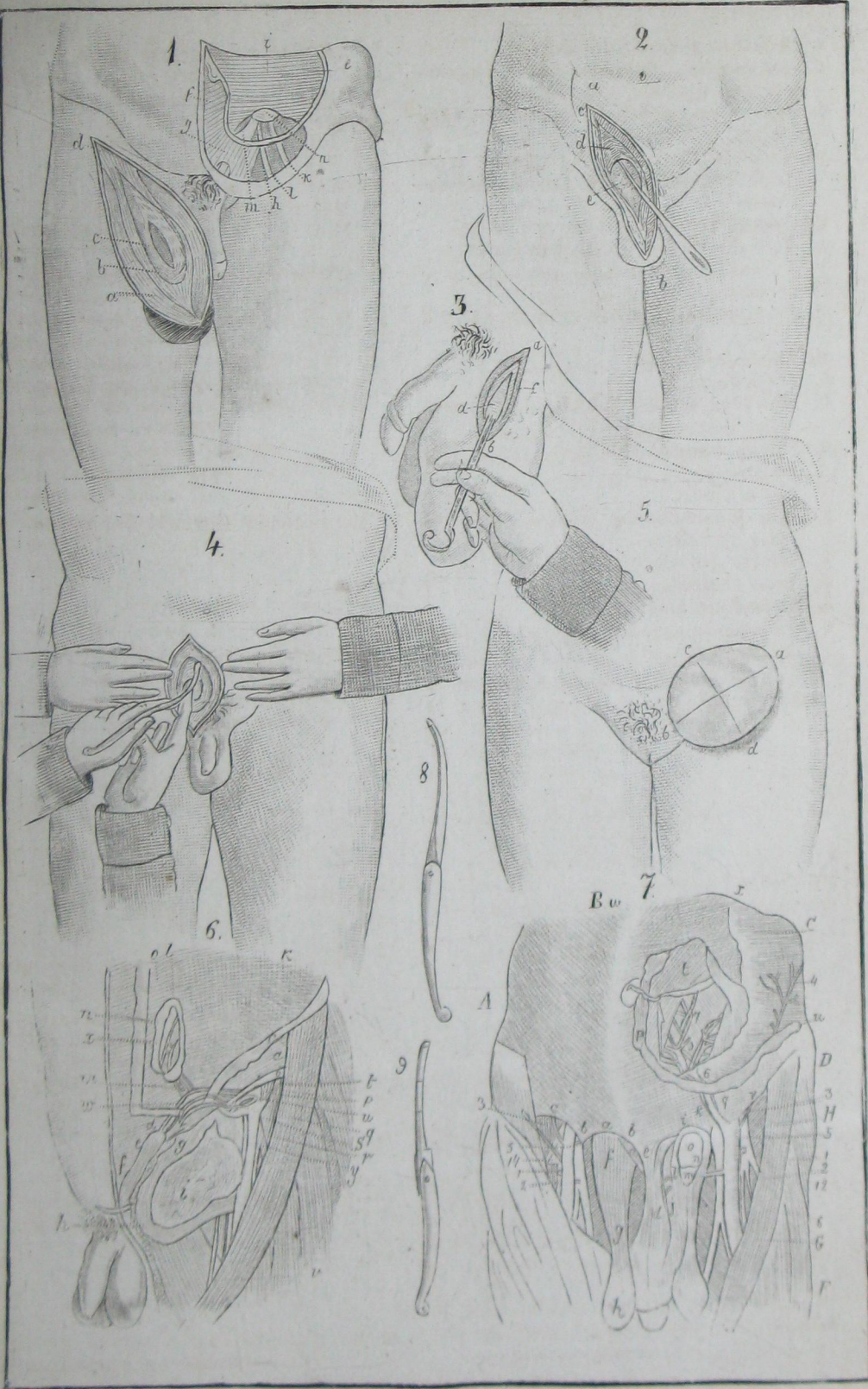
- 5. Arteriae epigastricae origo.
- 6. 7. Continuatio arteriae et venae epigastricae ad musculum rectum lateris dextri.
- 12. Arteria pupenda externa.
- 13. Vena saphena interna.
- 14. Nervus cruralis.
- A. Musculus obliquus externus.
- B. Musculus rectus abdominis.
- C. — transversus.
- D. Portio muscoli glutei maximi.
- E. Tensor fasciae latae.
- F. Musculus rectus femoris.
- G. — sartorius.
- H. — iliacus internus.
- I. Caput muscoli adductoris brevis.

Fig. 8.

Herniotomus Doctoris Dupuytren.

Fig. 9.

Herniotomus Doctoris S. A. Cooper.



Tab. XVI.

Fig. 1.

- a. Crus superius s. internum musculi abdominis obliqui externi.
- b. Ligamentum suspensorium penis.
- c. Crus inferius, s. externum musculi abdominis obliqui externi.
- d. Insertio cruris externi ad spinam osis pubis.
- e. Ligamentum inguinale externum ex aponeurosi musculi obliqui externi abdominis formatum.
- f. Linea alba.
- g. Portio tendinosa musculi obliqui abdominis externi, excisa et sublata.
- h. Ejusdem musculi alia portio, deorsum retracta.
- i. Musculus obliquus abdominis internus cauda privatus.
- k. Musculus transversus abdominis cum portione inferiori resecta.
- l. Fascia, quae nexum cum ligamento inguinali agnoscit, sursum ad muscolum transversum petit, superficiei quae posteriori et tendini ejusdem musculi adhaeret.
- m. Annulus inguinalis internus, seu posterior.
- n. Annulus inguinalis externus, seu anterior.
- o. Canalis inguinalis, in quo funiculus spermaticus descendit.
- p. Fascia femoralis prope ligamentum inguinale incisa, per orificium, infascia factum, vasa femoralia magna conspiciuntur.
- q. Ductus deferens ex cavo abdominis per canalem inguinalem ad testiculum decurrit.
- r. Arteria spermatica.
- s. Vena spermatica.
- t. Nervus cruralis.
- u. Arteria cruralis.
- v. Vena cruralis.
- w. Arteria circumflexa ilium.
- x. Arteriae epigastricae initium.
- y. Arteria et vena epigastricae, per anulum inguinalem ad muscolum rectum abdominis currentes.

Fig. 2.

Hernia inguinoscrotalis externa, cujus

tegumenta ad methodum Doctoris Scarpa incisa sunt.

- a. Annulus abdominalis anterior sinister.
- b. Intersectio fibrarum tendinis musculi obliqui externi prope anulum abdominale externum.
- c. Tendo musculi obliqui abdominis externi prope anulum abdominale.
- d. Arcus femoralis lateris sinistri.
- e. Vaginae aponeuroticae testiculi incisae.
- f. Continuatio earundem vaginalium.
- g. Fasciculus musculi cremasteris.
- h. Tela cellulosa inter vaginam musculi cremasteris et saccum herniosum.
- i. Saccus herniosus.
- k. Portio omenti, in sacco hernioso siti.
- l. Vagina musculi recti abdominis sinistri, incisa et replicata.
- m. Peritoneum.
- n. Musculus rectus abdominis dexter, partibus supra jacentibus denudatus.
- o. Musculus obliquus internus sinister.
- p. Portio sacci peritonei, quae, ablata fascia femorali suspensioque ligamento inguinali, sub arcu femorali sinistro descendens repraesentatur.
- q. Tegumenta scroti externa.
 1. Arteria cruralis.
 2. Vena cruralis.
 3. Arteria circumflexa ilium.
 4. Arteriae epigastricae initium.
 5. Arteria epigastrica prope collum sacci herniosi ad muscolum rectum abdominis decurrens.
 6. Venae epigastricae initium.
 7. Ejusdem venae continuatio.
 8. Vena saphena magna.
 9. Nervus cruralis.
 10. Margo interior musculi sartorii.
 11. Musculus vastus internus.
 12. Caput musculi bicipitis femoris.
 13. Musculus gracilis.

Fig. 3. 4. 5.

Enterotomi Doctoris Dupuytren adhibendi rationes.

Fig. 3. Enterotomus utriusque orificio intestini immissus.

Fig. 4. Septum inter orificia intestini aperti forcipis compressione jam sublatum

Fig. 5. Post septum orificii intestini perfecte sublatum, fistula stercoracea exorta apparet.

Fig. 6.

Operatio fistulae ani. Natis manibus unius adjutoris operatoris distractae, alterius vero manu ductor canaliculatus *) ano imissus adprehenditur. Manus operatoris sinistra specillum sulcatum, fistulae introductum tenet, dextra vero forcem pro septo inter anum et fistulam incidendo adprehendit.

Fig. 7. 8. 9.

Operatio ad tollendam hydrocelem radicalis per ligaturam ad methodum Doctoris Onsenoort.

Fig. 7. Ligatura duplex, ad tollendas hydroceles magnas proposita. Lineae *a* et *b*, inter quas medio puncto *e* acus, filo praedita, impuncta et in *c* educta. Post hoc eodem modo etiam per *d* acus traducta repraesentatur.

Fig. 8. Ligatura pro hydrocele duplicata. Acus lateri dextro prope raphem scroti impuncta, in sinistro vero latere educta.

Fig. 9. Ligatura simplex in hydrocele simplici curanda adhibita. Acus, ligatura praedita, medio lineae *a* impuncta et in medietate lineae *b* adextus educta.

*) Gorgeret.

Fig. 10.

Hernia inguinoscrotalis recta, in annulo externo incarcerata.

- a. Annulus inguinalis exterior.
- b. Ligamentum Poupartii.
- c. Arteria femoralis
- d. Arteria epigastrica.
- e. Annulus inguinalis internus.
- f. Ejusdem annuli arcus inferior.
- h. Corpus sacci herniosi.
- i. Collum ejusdem sacci herniosi.
- k. Herniotomus Doctoris A. Cooper pro dilatando annulo inguinali externo.

Fig. 11.

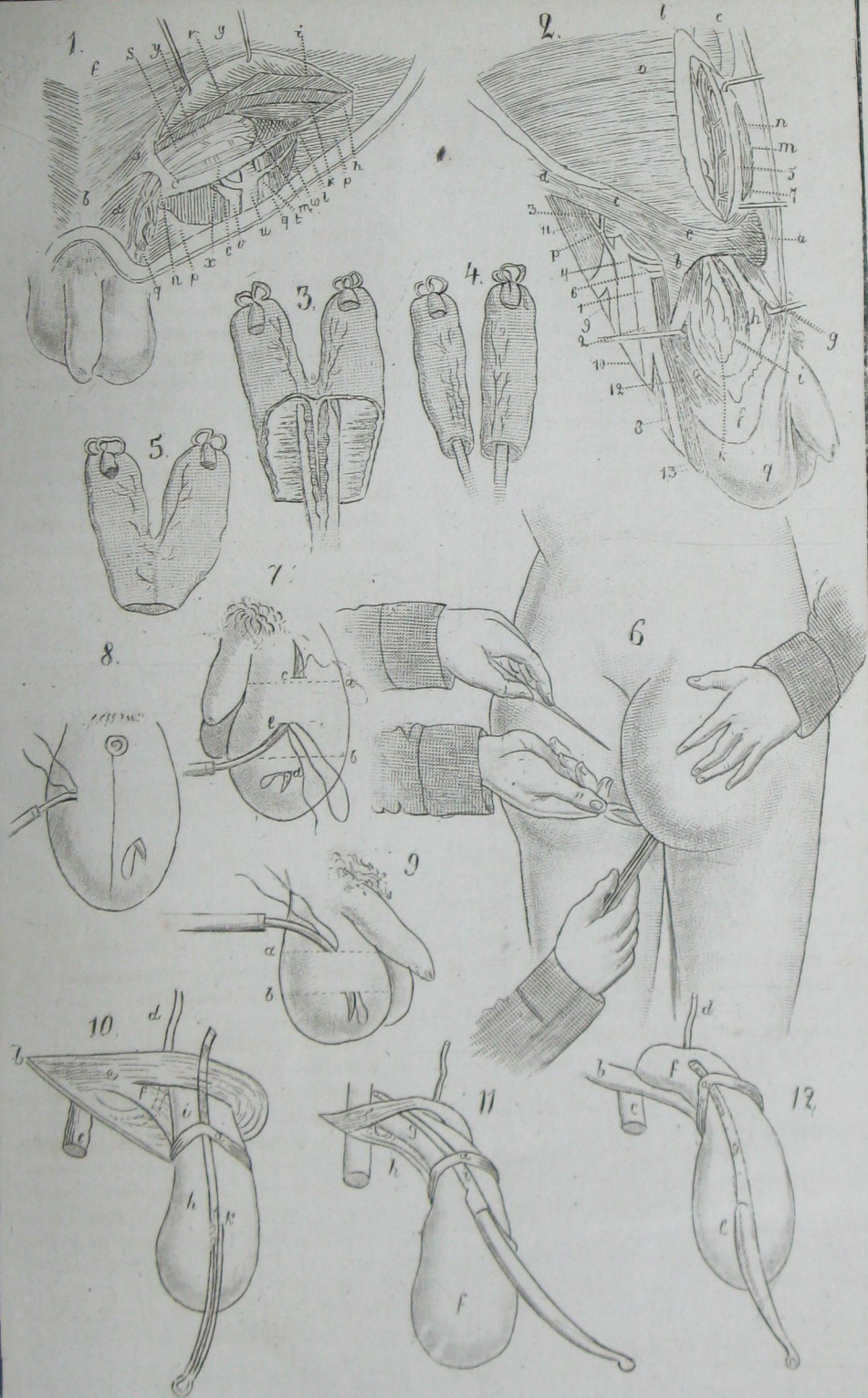
Hernia inguinoscrotalis externa, in utroque annulo inguinali incarcerata.

- a. Orificium canalis inguinalis externum. s. annulus ingv. exterior.
- c. Annuli inguinalis interni arcus superior.
- d. Ejusdem annuli arcus inferior.
- f. Fundus sacci herniosi.
- g. Collum sacci herniosi, in canalis orificii incarceratum.
- h. Arteria femoralis.
- i. Herniotomus Doctoris A. Cooper.

Fig. 12.

Hernia inguinoscrotalis externa, in annulo ingv. externo incarcerata.

- a. Annulus inguinalis externus.
- b. Ligamentum Poupartii.
- c. Arteria femoralis
- d. Arteria epigastrica
- e. Fundus sacci herniosi.
- f. Collum incarceratum ejusdem sacci herniosi.
- g. Herniotomus Doctoris A. Cooper.



Tab. XVII.

Fig. 1.

Operatio ad tollendam hydrocelem ope acus triquetrae. Manus sinistra operatoris scrotum adprehendit, dextra vero acum eidem impungit.

Fig. 2.

Dissectio scroti hydrocele affecti.

- a. Acus triquetra.
- b. Via acui triquetrae post impunctionem danda, ne illa testiculum laedat.

Fig. 3.

Dissectio scroti hydrocele affecti, cujus curatio per setaceum, ad methodum Doctoris Pott, hic suscepta repraesentatur.

Fig. 4.

Modus acum triquetram sub operatione adprehendendi.

Fig. 5.

Castrationis ad methodum Doctoris Rust momentum ultimum. Funiculus spermaticus jam subligatus est nodo duplici.

Fig. 6.

Sectio tegumentorum sub castratione.

- a — b. Sectio tegumentorum secundum Benj et alios, prope annulum abdominalem incepta et ad fundum scroti prolongata.
- a — d — b, a — c — b. Sectiones semilunares sub scroti organica destructione instituendae.

Fig. 7.

Castratio ad methodum Doctoris Gräfe. Funiculus spermaticus subligatus ope ligaturae, baculo ligatorio subductae.

Fig. 8.

Dissectio pelvis musculinae perpendicularis, locorumque ad pungendam vesicam urinariam idoneorum designatio.

- a. Vesica urinaria.
- b. Prostata.
- c. Cavum vesicae.
- d. Pars membranacea urethrae.
- e. Bulbus urethrae.
- f. Corpus spongiosum urethrae.
- g. Corpus cavernosum.
- h. Symphysis ossium pubis.
- i. Locus pro punctura vesicae supra symphysin pubis, ad methodum Doctoris Mery.
- k. Locus pro punctura vesicae urinariae in perinaeo.
- l. Intestinum rectum.
- m. Plica peritonei vesicam inter ac intestinum rectum.
- n. Urether.
- o. Vas deferens.
- p. Vesiculae seminales.
- q. Flexura sigmoidea coli.
- r. Peritoneum.
- s. Musculi abdominales.
- t. Mons veneris.
- u. Ligamentum suspensorium vesicae urinariae.
- v. Locus inter vesiculas seminales pro punctura vesicae per intestinum rectum.
- w. Directio acus triquetrae post puncturam vesicae, supra symphysin pubis factam.
- x. Directio acus triquetrae postquam haec in cavo vesicae apparuerit.
- y. Directio acus triquetrae post puncturam in perinaeo.
- α — β. Sectio lateralis prope raphem perinaei, ex qua vulnus conicum evasit. In apice hujus vulneris conici punctura ad methodum Doctoris C. Bell per perinaeum facienda.
- z. Directio acus triquetrae post puncturam vesicae per intestinum rectum.

Fig. 9.

Dissectio perpendicularis pelvis femineae, organaque in eadem sita, ad ex-

plicandam apud feminas lithotomiam
hic conspicua insignataque reprae-
sentatur.

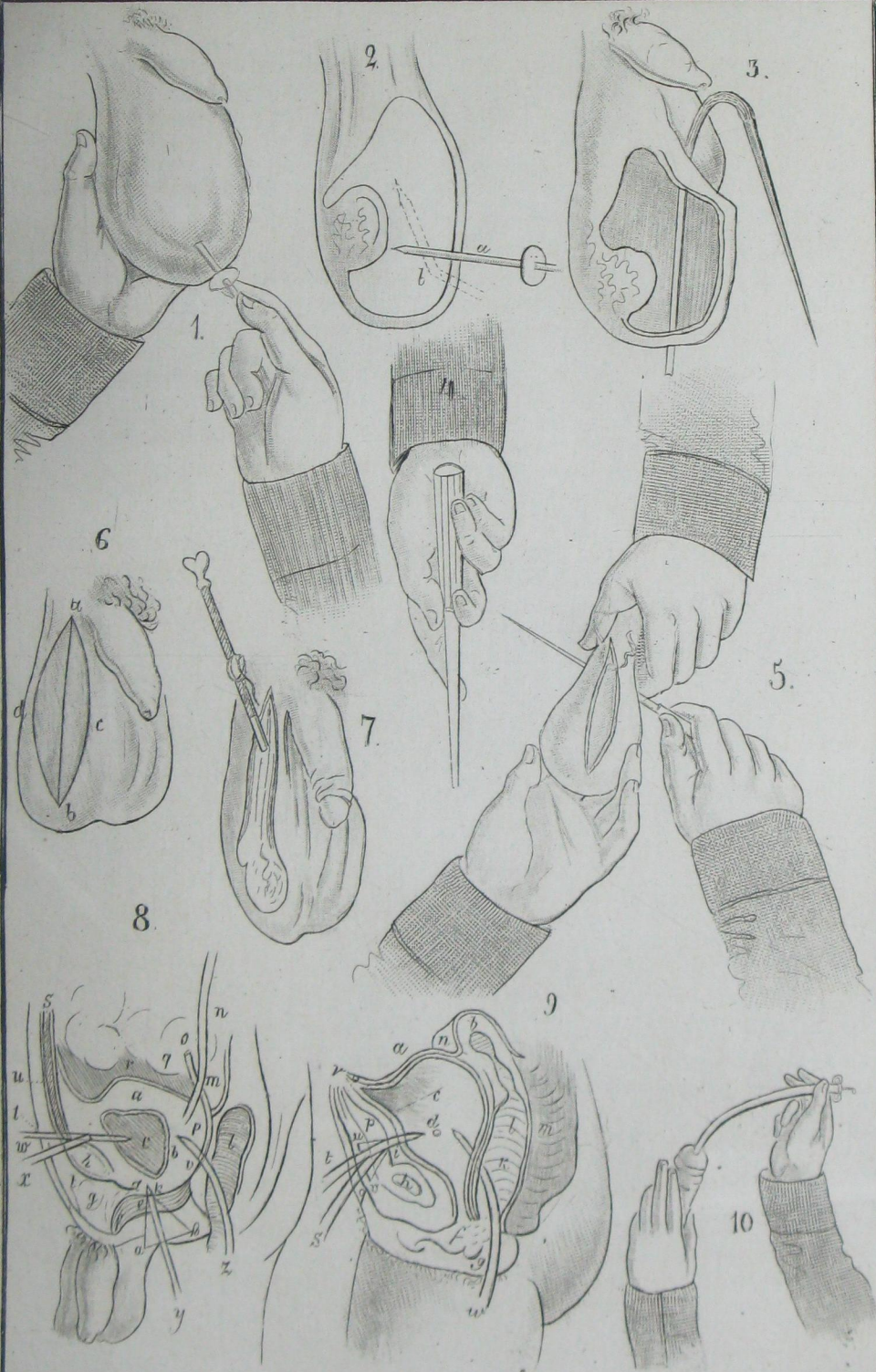
- a. Vesica urinaria.
- b. Uterus.
- c. Cavum vesicae urinariae.
- d. Orificium urethrae.
- e. Urethra.
- f. Labia minora.
- g. Labia majora.
- h. Symphysis pubis.
- i. Locus pro punctura vesicae supra sym-
physin ossium pubis.
- k. l. Vagina.
- m. Intestinum rectum.
- n. Plica peritonei inter vesicam urina-
riam ac uterum.
- o. Peritoneum.

- p. Musculi abdominales.
- q. Mons veneris.
- r. Ligamentum suspensorium vesicae.
- s. Directio acus triquetrae incurvatae sub
punctione vesicae supra symphysin
pubis, priusquam acus ista in vesi-
cam penetret.
- t. Directio ejusdem acus in cavo vesi-
cae observanda.
- u. v. Sectio supra symphysin pubis pro
vulnere conico formando, in cujus
angulo arctiori punctura est facienda.
- v. Directio acus triquetrae sub punctione
vesicae per vaginam uteri.

Fig. 10.

Catheterisatio ope catheteris elastici.





Tab. XVIII.

Fig. 1.

Hypospadiasis, ad quam curandam sectiones tegumentorum laterales factae suturaeque vulneris labiis imposita.

Fig. 2.

a. Excisio marginum orificii praeternaturalis.

b. } Sectiones tegumentorum laterales.
b. }

Fig. 3.

Sutura vulneri post sectionem transversam imposita.

Fig. 4.

x. x. Excisiones marginum orificii urethrae praeternaturalis.

z. Pannus tegumentorum pro attractione ejusdem ad orificii marginem snperiorem.

Fig. 5.

a. Sectio lateralis transversa superior.

b. — ejusmodi inferior, superiori opposita.

Fig. 6.

Hypospadiasis post adhibitam suturam, sectionibus, ut in Fig. 5. designatum est, factis.

Fig. 7.

a. a. Margines orificii urethrae praeternaturalis excisi.

b. Sectio transversalis tegumentorum.

c. Pannus tegumentorum penis ad hypospadiasin obtegendam.

Fig. 8.

d. Locus, ex quo tegumenta in orificium hypospadiaseos transplantata.

Fig. 9.

Applicatio suturae transgressivae ad orificium hypospadiaseos obtegendum.

Fig. 10.

Hypospadiasis post curationem adhibitam.

Fig. 11.

Introductio in vesicam urinariam catheteris, obstaculo in parte membranacea urethrae adveniente, ad methodum Doctoris C. Bell.

a. Vesica.

b. Prostata.

c. Intestinum rectum.

d. Os pubis.

e. f. Loca, in quibus catheteri introducendo impedimenta facile occurrunt.

1. Catheter urethrae immissus.

2. — cujus manubrium deorsum est conversum, apex vero loco ab-
staculi restat.

3. Catheter ad os pubis retractus, quo loco in collum vesicae viam sibi aperit.

Fig. 12.

Introductio catheteris recti ad methodum Doctoris Bancal. Membrum virile in positionem ad axin corporis perpendicularem est adductum. Apex catheteris recti (b) in bulbo vesicae obstaculum agnoscit. Quare catheter parva rotatione ad directionem lineae a—b reducitur, ita ut cum linea h—i angulum ad 450 gradus constituat, quo momento apice suo semicirculum 1—2 perficit. Post hoc quando catheter profundius fuerit immissus, tum apice suo ad punctum 1 idem attingit, unde ad lineam e—c promotus, apice suo arcum 1—g faciendo, in vesicam intrat.

Fig. 13.

Catheteris in vesicam introductio ulterior ad methodum Doctoris C. Bell.

- a. Os pubis.
- b. Penis.
- c. Bulbus urethrae.
- d. Vesica urinaria.
- e. Prostata.
- f. Linea nexum per ligamenta inter urethram et ossa pubis designans.
- g. Linea, prostatae cum ossibus pubis nexum ligamentosum designans.
1. 2. 3. Arcus parvi, quibus diameter ligamentorum urethrae designatur.
- h. Catheter urethrae immissus, qui quidem ligamentum urethrae nondum permeavit.
- i. Catheter, cum pene deorsum inclinat, cujus apex k in cavum vesicae penetravit.

Fig. 14.

Impedimenta, catheteris intromissioni obvia, secundum Doctoris C. Bell.

- a. Urethra.
- b. Collum vesicae.
- c. Prostata.
- d. Superior et e inferior pars ligamenti urethram obeuntis pone bulbum.
- e. Pars ligamenti, quae catheteri introducendo impedimento esse potest.
1. Catheter, convexitate sua sursum spectans sub catheterismo, ad methodum magistralem.
2. Catheter, cujus apex in ligamento e obstaculum patitur.
3. Catheter manubrio deorsum inclinat, cujus apici d obstaculo est.

Fig. 15.

Forma canalis urethrae et volumen ejus ad $\frac{1}{4}$ diminutum.

Fig. 16.

Sectio hypogastrica, s. cystotomia alta. Specillum sagittiforme vesicae immissum.

- a—b. Sectio tegumentorum et musculorum abdominalium.
- c. Ossa pubis.

Fig. 17.

Specilli sagittiformis usurpatio ad methodum Doctoris Belmas. Specillum sagittiforme, vesicae immissum acie sua perforationem in a vesicae et tegumentorum abdominis exeruit.

Fig. 18.

- a. Fistula urinaria ad perinaeum spectans.
- b. Ejusmodi fistula altera.
- c. Via spuria ex urethra ad vesicam urinariam.
- d. Ejusmodi altera via.
- e. Valvula urethralis.
- g. — s. fraenulum urethrae.
- f. Viae spuriae.

Fig. 19.

Catheter stylo argenteo praeditus, stylique capitulo ad excindendas valvulas urethrae inserviens (a me excogitatus).

Fig. 20.

Ejusdem instrumenti, semiglobulo emisso, apex repraesentatur.

Fig. 21.

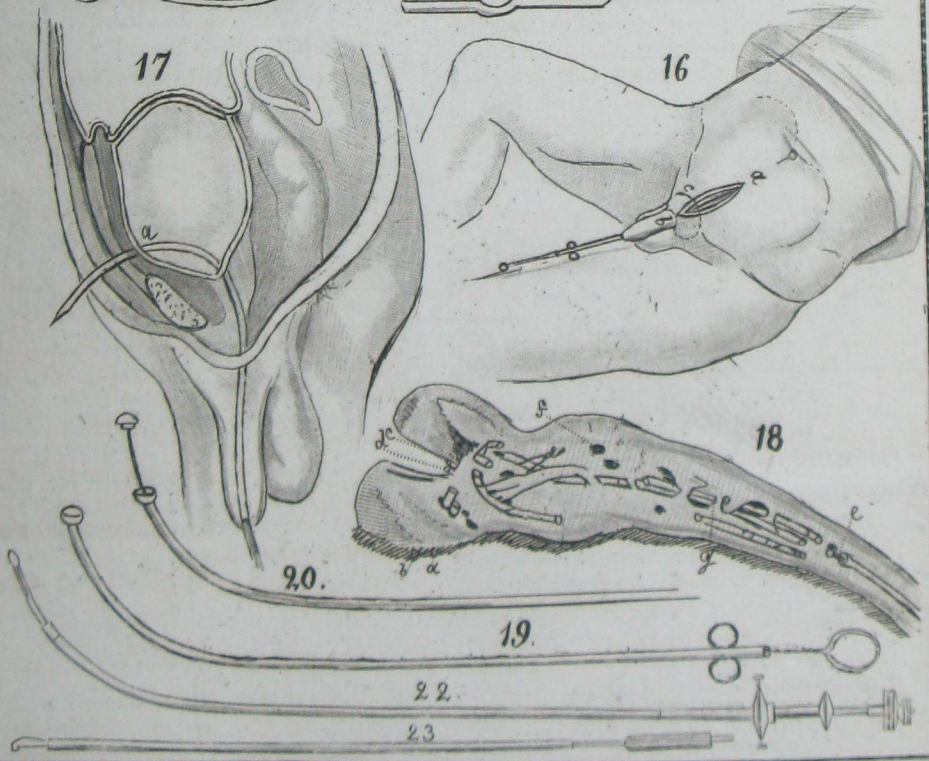
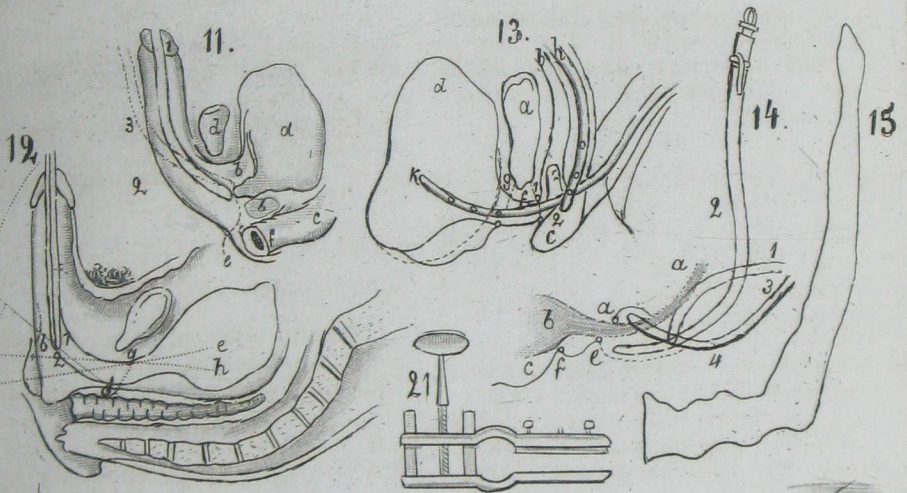
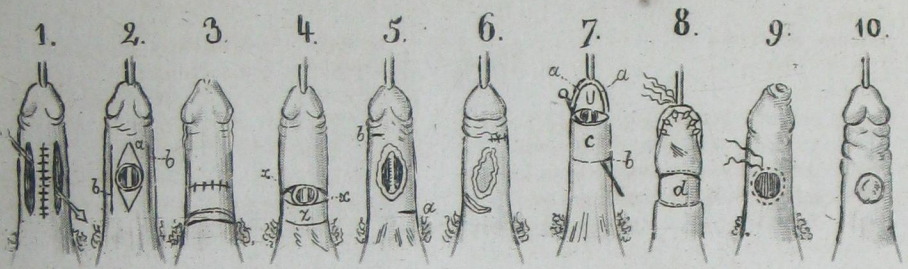
Compressorium pro varicocele curanda.

Fig. 22.

Catheter stylo pro medicamentis escharoticis, stricturae urethrali applicandis, idoneo praeditus.

Fig. 23.

Catheter rectus, apparatu pro incisione urethrae praeditus.



Tab. XIX.

Fig. 1.

Anatomica partium perinaei dispositio, tegumentis communibus separatis, representatur.

- a. Tuberositas ossis ischii.
- b. Ramus ascendens ossis ischii.
- c. — descendens ossis pubis.
- d. Ligamentum tuberoso-sacrum.
- e. Anus.
- f. Musculus sphincter ani externus.
- g. — — ani internus.
- h. — bulbo-cavernosus.
- i. — ischio cavernosus.
- k. — transversus perinaei superficialis.
- l. Musculus transversus perinaei profundus.
- m Musculus levator ani.
- n. — adductor magnus.
- o. — gracilis.
- p. — glutaeus.
- q. — obturator internus.
- r. Arteria pudenda communis.
- s. — perinaei.
- t. — penis.
- u. — profunda penis.
- v. — dorsalis penis.

Fig. 2.

Lineae, ad quarum directionem sectiones: bilateralis et transversalis institui solent.

Fig. 3.

Lithotomia lateralis ad methodum Doctoris Key. Specillum lithotomicum, in vesicam demissum, sinistra operatoris manu adprehenditur, dextra vero ope scalpelli sectio a *d* ad *b*—*a* prostatae et colli vesicae perficitur.

Fig. 4.

Sectio transversa et bilateralis.

- a. a. Rami descendentes pubis.
- b. b. Prostata.
- c. Sectio canalis urethrae.

- c. e. Linea transversa, ad cujus directionem Beclard sectionem bilateralem transversalem instituere solet.
- c. g. Sectio sub cystotomia laterali.
- c. h. — — — rectovesicali.
- c. f. Incisio obliqua dextra sub sectione bilaterali obliqua.
- i. Intestinum rectum.
- k. Os ischii.

Fig. 5.

Sectio tegumentorum sub cystotomia laterali ad methodum Doctoris C. Bell.

- a. Scrotum sursum attractum.
- b. Anus.
- c. d. Sectio formae quidquam semilunaris, latere concavo ad raphem perinaei vergens.
- e. Tuberositas ischii.

Fig. 6.

Dilatatio incisionis vesicae ope bistouri obtusi ad methodum Doctoris C. Bell.

- a. Vesica.
- b. Calculi forma et magnitudo.
- c. Specillum suclatum lithotomicum.
- d. Digitus operatoris vulnere immissus.
- e. Portio specilli lithotomici, in vulnere vesicae conspicua.

Fig. 7.

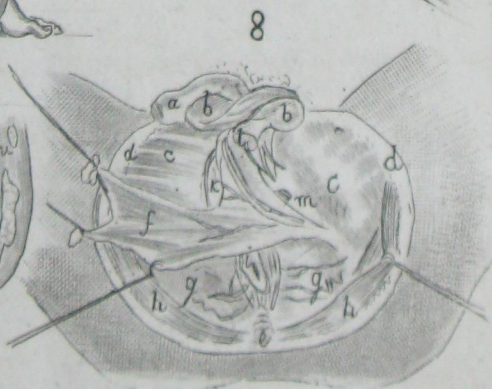
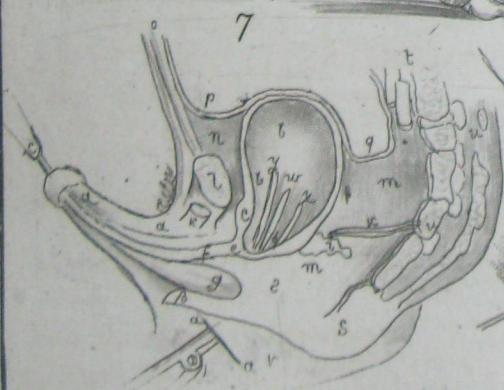
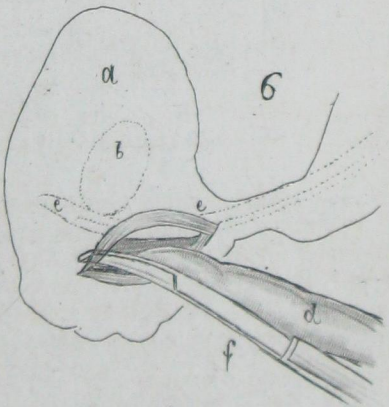
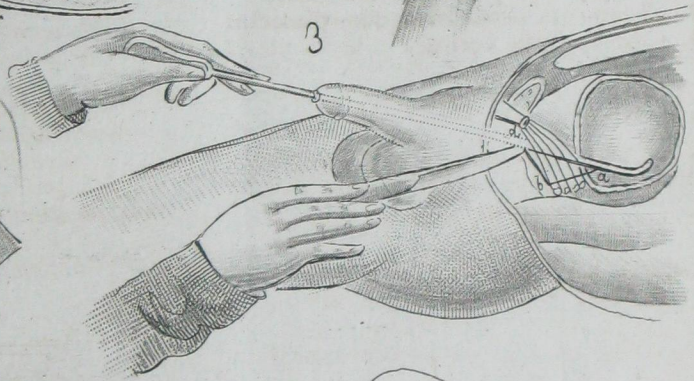
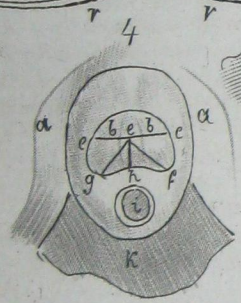
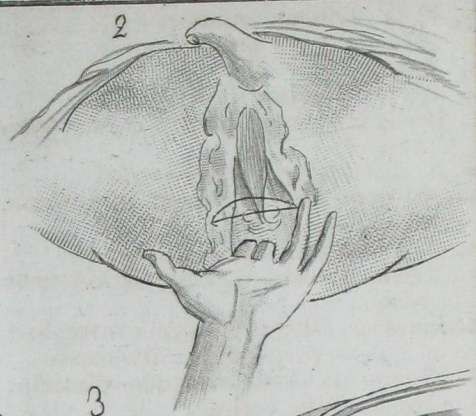
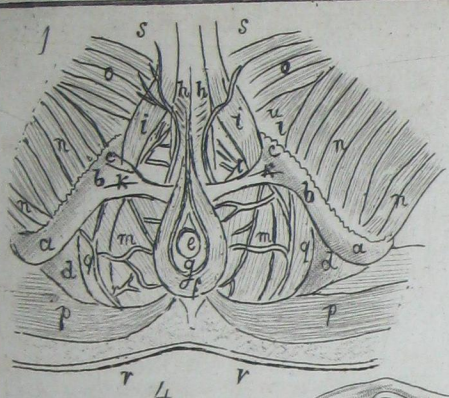
- a. a. Penis.
- b. b. Superficies interna vesicae urinae.
- c. c. Prostata dissecta.
- d. Pars prostatica urethrae.
- e. — membranacea urethrae.
- f. Corpus spongiosum urethrae.
- g. Bulbus urethrae.
- h. Corpus cavernosum penis.
- i. Vesicula seminalis.
- k. Vas deferens.
- l. Os pubis.
- m. m. Intestinum rectum.
- n. Parva supra vesicam concavitas.
- o. Portio hypogastrica tegumentorum et musculorum abdominalium.

- p. Plica peritonei anterior.
 q. — — posterior.
 r. Anus.
 s. s. Pars perinaei dissecti
 t. Portio inferior art. aortae et venae ca-
 vae.
 u. u. u. Os sacrum dissectum.
 w. Apex specilli lithotomici in vesicam
 immissi.
 x. x. Manubrium lithotomi occulti.
 y. Maxilla sulcata, s. feminea lithotomi
 occulti.
 z. Ejusdem lithotomi maxilla masculina
 α. α. Vultus perinaei pro lithotomia.
 β. Tegumenta penis et inguinis dissecta.
 γ. γ. γ. Parietes vesicae.

Fig. 8.

- a. Penis.
 b. b. Testiculi.
 c. c. Superficies femorum interna, fascia
 lata obtectā.
 d. d. Cutis et tela cellulosa subcutanea.
 e. Coccyx.
 f. Fascia perinaei.
 g. g. Tuberositates ischii.
 h. h. Portio musculi glutei maximi.
 i. Anus.





Tab. XX.

Fig. 1.

- a. Raphe perinaei.
- b—d. Linea, ad quam
- c. f. Sectio parallelis sub lithotomia facienda.
- g. Compressorium ab adjutoris manu premendum, ut vesica magis ad perinaeum appareat.
- h. Scrotum.
- v. x. Nates.
- z. Digitus operatoris in anum immissus.

Fig. 2.

Sectio bilateralis sub lithotomia instituenda ad methodum Doctoris Dupuytren.

Fig. 3.

Varia operatoris lithotomiae momenta.

- a. Collum vesicae urinae.
- b. Cavum. — —
- c. Urethra.
- e. Prostata.
- g. Arteria pudenda communis.
- k. Ramus ejusdem arteriae prope bulbum urethrae decurrens.
- i. Intestinum rectum.
- q. Angulus sectionis perinaei inferior.
- u. o. Sectio corporis vesicae.

Fig. 4.

Proctocystotomia, sectio recto-vesicalis ad methodum Doctoris Sleigh.

- a. Vesica urinaria.
- b. Calculus vesicae urinae.
- c. Intestinum rectum.
- d. Locus pro sectione recto-vesicali.
- e. Musculus sphincter ani.

- f. Speculum ani.
- g. Specillum lithotomicum.
- h. Prostata.
- i. Balbus urethrae.
- k. Scalpellus margine convexo acutus.

Fig. 5.

Sectio vestibularis apud feminas, ad methodum Doctoris Lisfranc.

- 1. Clitoris.
- 2. Corpora ossis pubis.
- 3. Spatium triangulare, quod e depressione urethrae amplius apparere queat.
- 4. Ramus ascendens ossis ischii et descendens ossis pubis.
- 5. Orificium urethrae.
- 6. Vagina.
- 7. Ramus profundus arteriae pudendae internae.
- 8. Ramus superficialis arteriae pudendae.
- 9. Musculus sphincter ani.
- 10. Anus.

Fig. 6.

Lithotomus occultus duplex pro sectione bilaterali

Fig. 7.

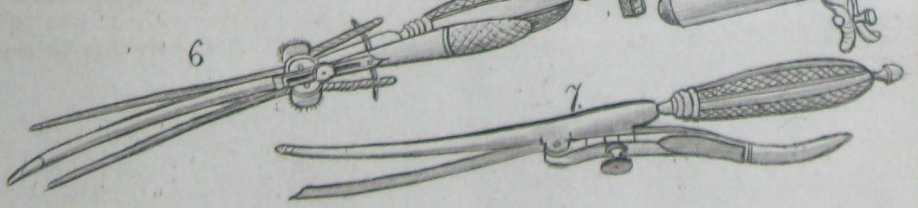
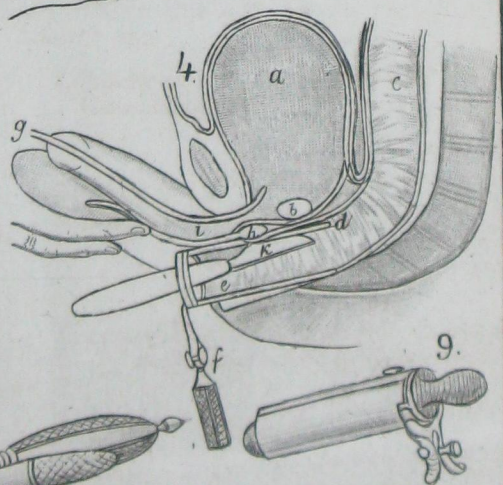
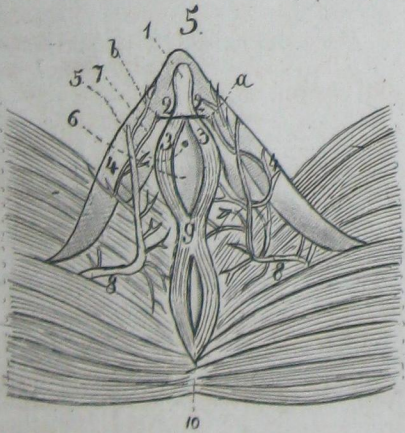
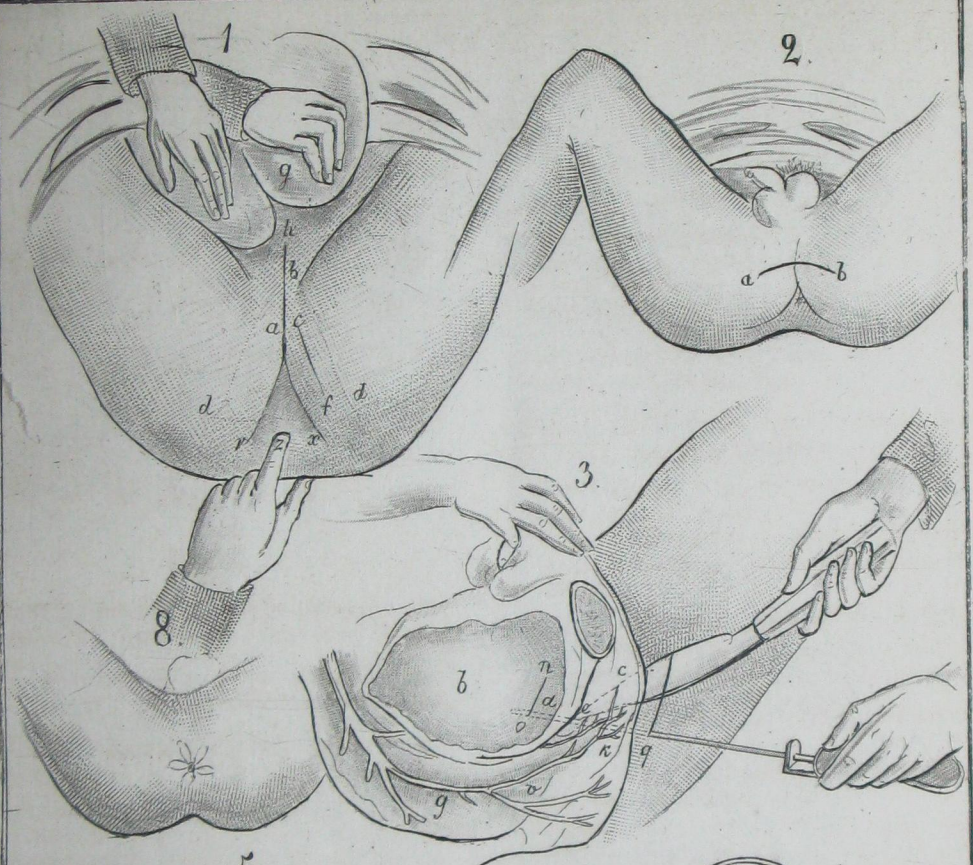
Lithotomus occultus simplex.

Fig. 8.

Forma excisionis membranae intestini recti sub operatione prolapsus ejusdem.

Fig. 9.

Speculum ani.



Tab. XXI.

Fig. 1.

Operatio ad calculum extrahendum per sectionem lateralem, lithotomique occulti *) applicatio secundum methodum Doctoris Velpeau.

Unus operatoris adjutorum manu sua sinistra specillum sulcatum, vesicae immissum, tenet, dextra vero scrotum, sursum attractum, comprehendit. Duo vero adjutorum gunea et pedes aegrotantis firmatos continent.

Fig. 2.

Lithotritia ad methodum Doctoris Civiale.

a. Calculus, intra tres ramos instrumenti situs, perforatore terebratur ac excavatur.

Fig. 3.

Modus applicationis cochlearis lithotomici ad calculum promendum.

Fig. 4.

Modus forcipis lithotomicae adhibendae ad calculum extrahendum.

- a. Vesicae fundus superior.
- b—h. Linea, ad cujus tractum forceps in vesicam mittenda est.
- c. Fundus vesicae inferior.
- e. Maxilla forcipis.
- f. Calculus.
- g—f. Linea, cujus directioni forceps adducenda, ut haec calculum prehendat.

Fig. 5.

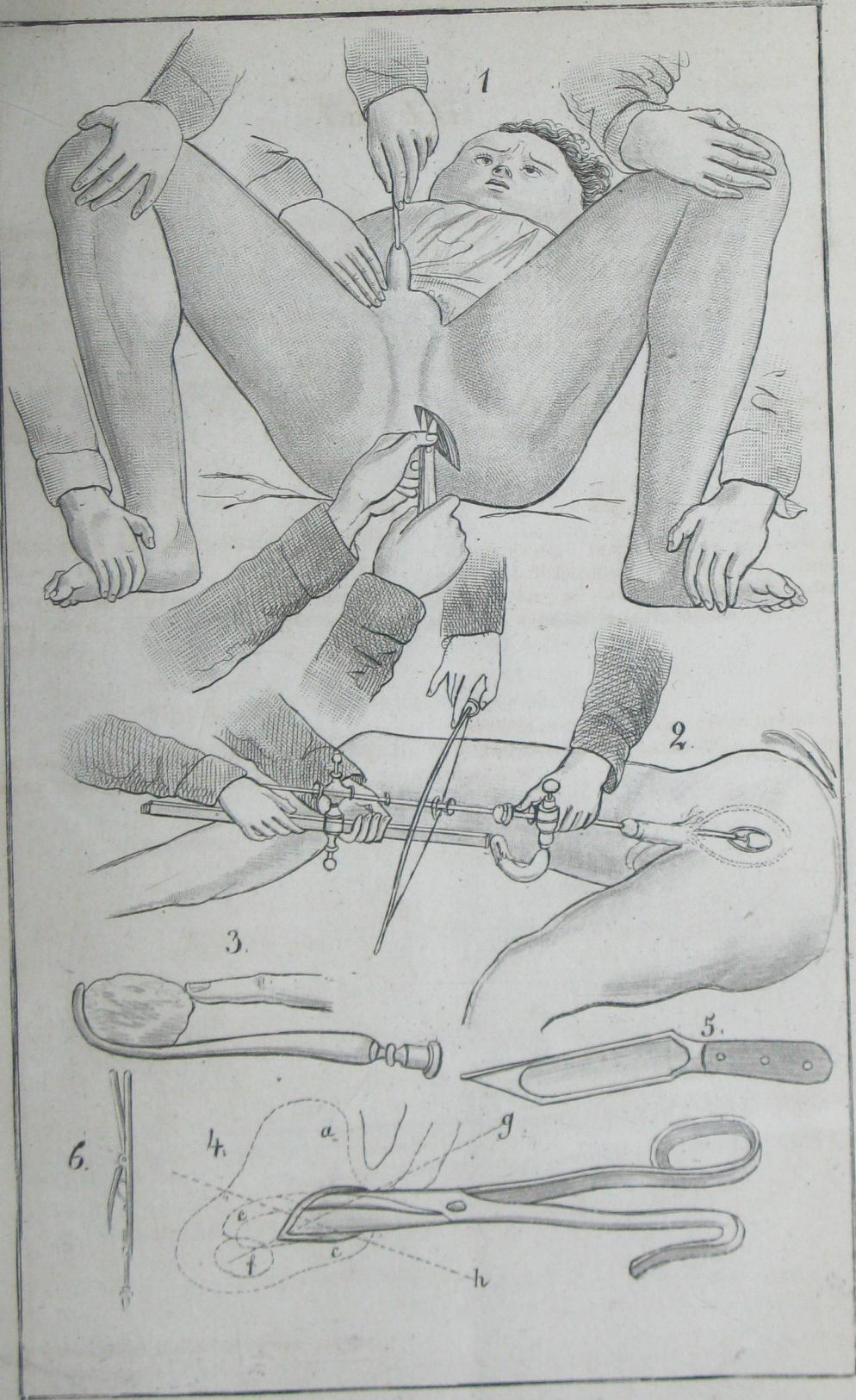
Gorgeret. Instrumentum momento tertio sub lithotomia laterali adhibendum si prostatae ac colli vesicae sectionem abextus adintus facturi sumus.

Fig. 6.

Urethrotomus occultus, orificii urethrae dilatandi causa adhibendus sub operatione lithotritiae.



*) Lithotome caché de frère Cosme.



Tab. XXII.

Fig. 1.

Situs aegrotantis in lectu Heurteloupiano, adjectis huic supplementis ad genua patientis circumliganda ac firmanda.

Fig. 2.

Dissectio pelvis ac vesicae urinae cum corporis axi parallela pro demonstranda ratione calculum ope lithotritoris petendi.

Fig. 3.

Lectus rectangulus Doctoris Heurteloup, partesque lectum constituentes.

- b. Pars lectus mechanismum pro puncto fixo in sese continens.
- d. d. f. Hypotenusa trianguli lectus, quae, pro renata, vel diagonalis ad lectus constructionem restat, vel lineam basilarem trianguli lectusque constituit.
- e—r, e—o. Catheti minores ejusdem trianguli.
- g. Trabecula mobilis.
- h. k. Pulvinaria.
- i. Planum triangulare pulvinari supponendum.
- k. Fascia lanea ad humeros aegri sub operatione obducendos ac firmandos.
- l. Manubrium.
- m. m. Laminae mobiles sandaliis firmandis servientes.
- p. p. Sandalia pedibus patientis sub operatione induenda.

Fig. 4.

Additamentum lectui Heurteloupiano adjectum, a me excogitatum, genibus firmandis inserviens.

- a. Fibula et
- b. Habena et genu circumligandum.

Fig. 5.

Punctum fixum Doctoris Amussat, in-

strumentis lithotriticis fingendis destinatum.

- d. d. Manubria.
- b. b. Forcipes maxillae.

Fig. 6.

Sipho, cujus ope liquor vesicae injiciendus est.

Fig. 7.

Supplementum ejusdem siphonis.

Fig. 8.

Catheter, per quem liquor ope siphonis vesicae injiciendus.

Fig. 9.

Lithotritor Domini Weiss, apparatu compressorio praeditus.

- a. b. Cochlea stringens.
- e. Spatium inter extremitates lithotritoris posteriores, s. dentatas.
- c. Extremitas anterior rami imponendi ejusdem instrumenti.

Fig. 10.

Lithotritor Doctoris Heurteloup in puncto fixo situs, calculo adprehensio.

Fig. 11.

Cuneus, pars constituens apparatus, pro puncto fixo lectui rectangulo servientis.

Fig. 12.

Instrumentum Gallicum, calculi conterendi causa excogitatum.

- d. f. g. Locus, cui imponendus est lithotritor.
- h. Additamentum, instrumento huic cum lithotritore copulando pertinens.
- e. Cochlea.
- m. m. Orbiculus, cujus rotatione extremitas rami masculi lithotritoris fortiter adprimitur extremitati posteriori rami feminei.
- p. Extremitas instrumenti anterior, quae malleo tundenda est, si lithotritiae operatio suscipiatur.

Fig. 13.

Instrumentum Doctoris Heurteloup, lithotritori calculi conterendi causa addendum.

Fig. 14.

Lithotritor Doctoris Dubovitsky, ad calculos in urethra conterendos ab auctore excogitatus.

Fig. 15.

Lithotritor, cochlea comprimente manubrii praeditus.

Fig. 16.

Malleus lithotriticus, percutens.

Fig. 17.

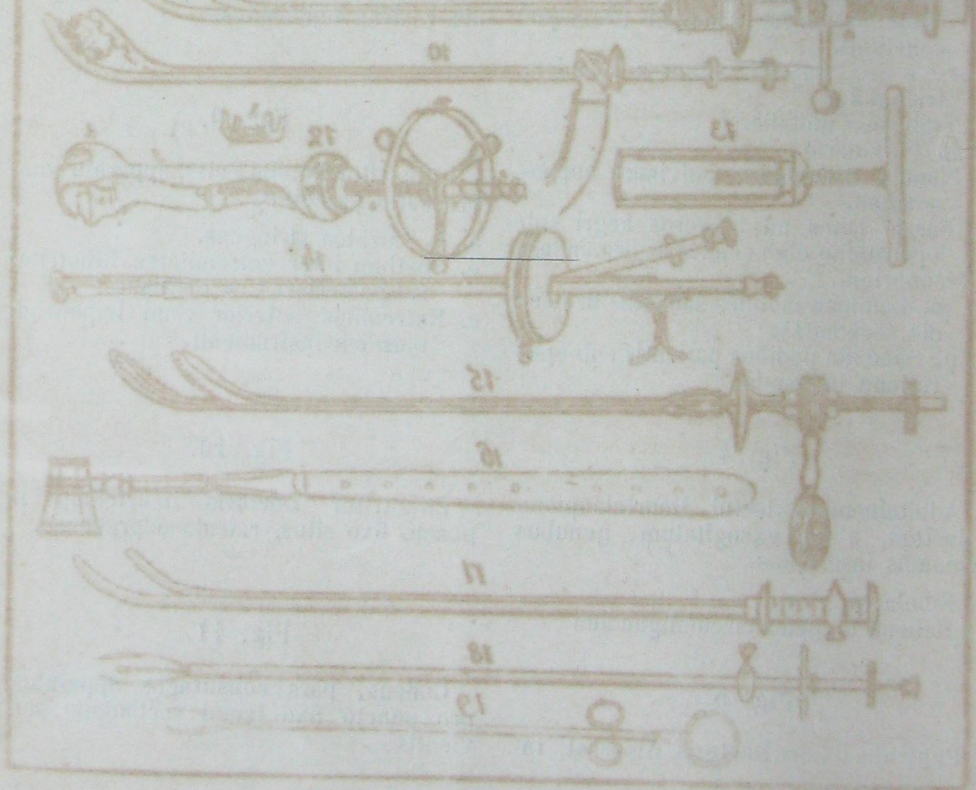
Lithotritor absque extremitatibus ramorum dentalis.

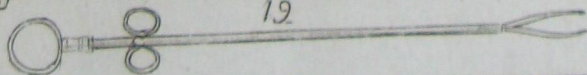
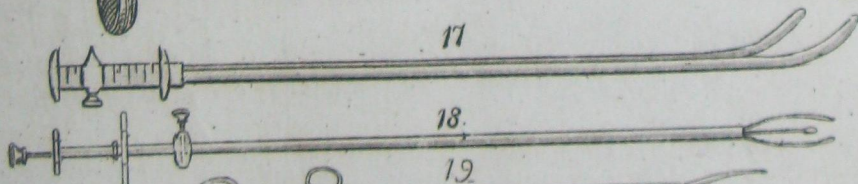
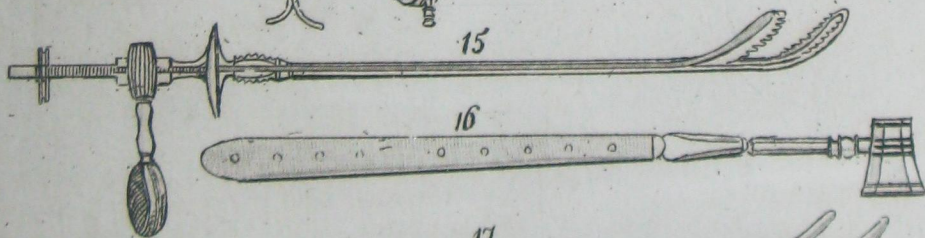
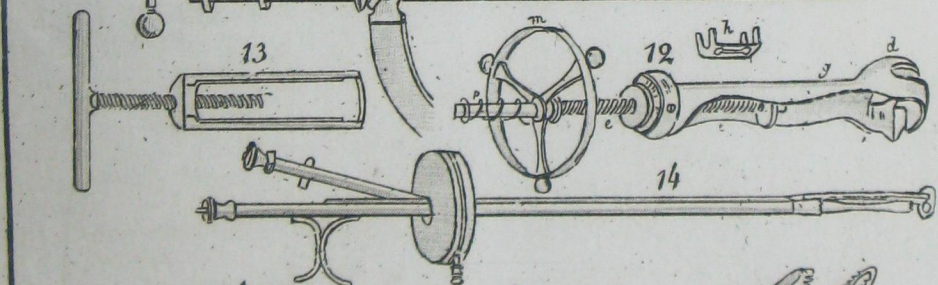
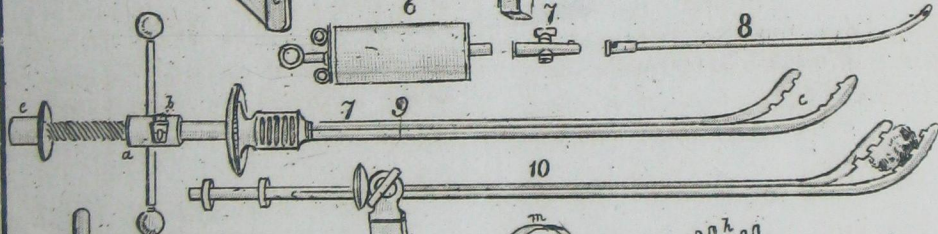
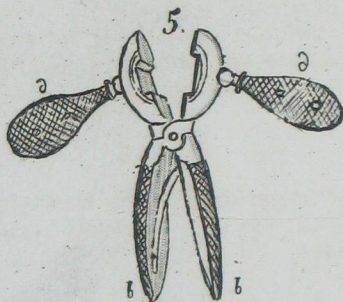
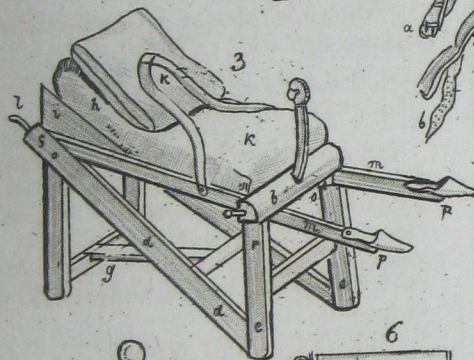
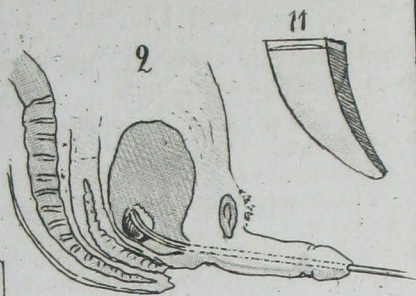
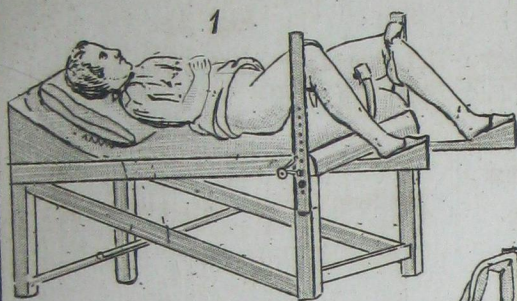
Fig. 18.

Instrumentum Doctoris Heurteloup ad calculos de urethra promendos idoneum, stilo inter ramos praeditum, quo, si calculi, ramis comprehensi, majoris sunt voluminis et ex urethra detrahi nequeunt, iterum ad lumen ejusdem rejiciuntur.

Fig. 19.

Alterum instrumentum eodem cum scopo, ac in Fig. 18, adhibendum.





Tab. XXIII.

Fig. 1.

Extirpatio polypi, in concha inferiori crescentis, ope forcipis incurvatae.

a. Polypus.

Fig. 2.

Ansa ligaturae *a*, in cavum nasi usque ad fauces introducta, unde ope hamuli obtusi extracta.

Fig. 3.

Ansa ope digitorum indicis ac medii, faucibus immissorum, polypo applicatur.

Fig. 4.

Polypus uteri circumligatus ad methodum Doctoris Desault, a Bichat modificatam.

Fig. 5.

Ipsius deligationis varia momenta ad methodum, in Fig. 4. commemoratam.

- a. a. Ligatura traducta per
- b. cylindrum ligatoris *) et
- c. auriculam alterius ligatoris, **) ad
cujus partem inferiorem altera sua
extremitate obvoluta est.
- e. Ansa.
- d. Filum ligaturae coloratum.

Fig. 6.

Ligatura ad radicem polypi nasalis applicata, capitibus per cylindrum geminum trajectis.

Fig. 7.

Extirpatio polypi auricularis.

Fig. 8.

Applicatio ad polypum uteri ligaturae, auctore Doctore Desault.

- a. Uterus incisus.
- b. Polypus uteri.
- c. d. Ductores ligaturae.
- e. Jugulum pro ansa formanda.

Fig. 9.

Circumligatio polypi uterini ad methodum Doctoris Mayor.

- a. a. a. Tres filorum ductores, quibus
ansa radici polypi imponitur. Capita
ligaturae per
- b. Cylindrum trajecta.

Fig. 10.

Excisio polypi nasalis ope scalpelli falciformis ad methodum Doctoris John Bell.

Fig. 11.

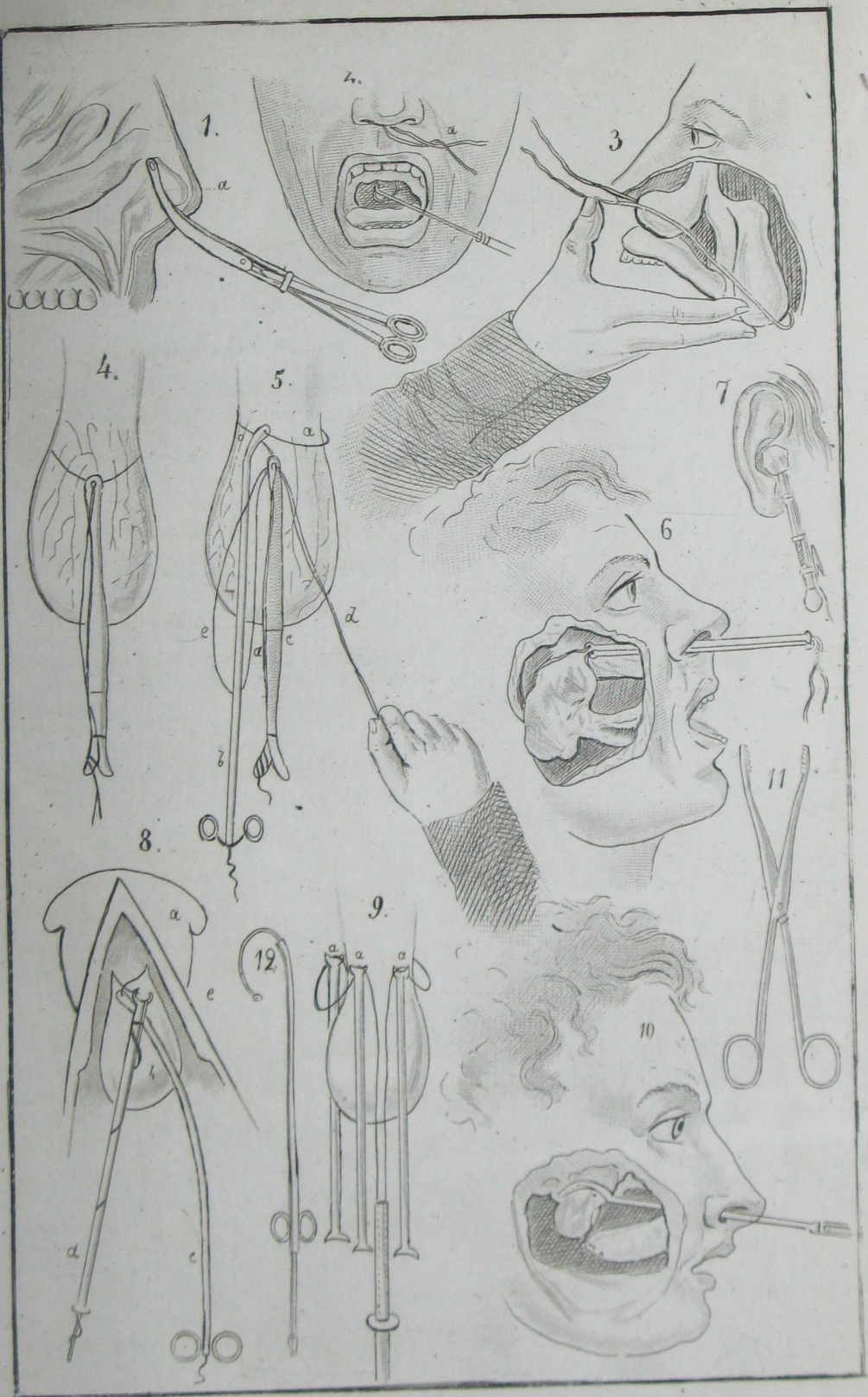
Forceps ad polypos evellendos adhibenda.

Fig. 12.

Instrumentum ad sistendam haemorrhagiam narium, a Doctore Belloque excogitatum.

*) Porte-nœud.

**) Serre-nœud.



Tab. XXIV.

Fig. 1.

Lineae *posteriores* sectionum sub amputationibus ac extirpationibus extremitatum faciendis.

In extremitate superiori sinistra:

- a—b. Linea sectionis sub amputatione brachii in ejusdem medietate.
- e—d. Linea sectionis sub amputatione in extremitate brachii inferiori.
- l—f. Linea, ad quam amputatio circularis duplicata non est peragenda, ne os brachii prope scapulam amputetur.
- g—h—i. Linea sectionis sub amputatione simplici paniculata.
- k—g—m. Linea sectionis sub amputatione paniculata duplici.
- n—o—p. Linea sectionis sub extirpatione brachii paniculata duplici ad methodum Doctoris Larrey.

In extremitate superiori dextra:

- q—r—s. Linea sectionis sub amputatione paniculata simplici.
- t—u—w. Linea sectionis sub amputatione paniculata duplici.
- w—y—x. Linea sectionis sub amputatione paniculata simplici.
- 1—2—3. Linea sectionis sub extirpatione brachii ac pannorum duorum incisione ad methodum Doctoris Dupuytren.
- 4—5—6. Linea sectionis sub extirpatione brachii paniculata duplici ad methodum Doctoris Gouthrie.

In extremitate inferiori sinistra:

- a—b—c. Linea sectionis sub extirpatione femoris paniculata duplici ad methodum Doctoris Gouthrie.
- d—e—f. Linea sectionis sub amputatione femoris paniculata duplici ad methodum Doctoris Vermale.
- g—h—i—k. Lineae sectionis sub amputatione femoris paniculata duplici ad methodos Doctorum Dran et Ravaton.

7—8—9—10—11—12. Linea sub sectionibus circularibus.

In extremitate inferiori dextra.

- l—m—n. Linea sectionis sub exarticulatione femoris paniculata duplici secundum auctorem D. Larrey.
- o—p—q. Linea sectionis sub exarticulatione femoris paniculata duplici, ad methodum Doctoris Langenbeck.
- r—s—t. Linea sectionis sub amputatione femoris paniculata simplici, ad methodum Doctoris Werduin.
- v—u. Terminus, ultra quem ossa cruris nunquam amputanda sunt.
- v—x. Linea sectionis sub amputatione cruris paniculata simplici.
- y—z. Terminus, infra quem, ob partes tendinosas subjacentes, nec pannus carnosus sub amputatione paniculata, neque vulnus carnosum sub sectione circulari formari possunt.

1—2. } Lineae sub sectione circulari
3—4. } facienda.
4—6. }

Fig. 2.

Lineae *anteriores* sectionum sub amputationibus extremitatum et exarticulationibus instituendae.

In extremitate superiori sinistra:

- a—b. Linea sectionis sub amputatione antibrachii in medietate ejusdem.
- e—d. Linea sectionis sub amputatione circulari, propius ad manus articulationem instituenda.
- e—f. Linea sectionis sub amputatione antibrachii, propius ad cubitum facienda.
- g—h—i. Linea sectionis sub amputatione brachii paniculata, cum panno simplici, interno.
- k—l—m—n. Linea sectionis sub amputatione brachii paniculata duplici ad methodum Doctoris Larrey.
- o—p—q—r. Linea sectionis ad pannum duplicem formandum secundum methodum Doctoris Hesselbach.

s—n—z. Linea sectionis sub amputatione antibrachii paniculata duplici, cum pannis duobus, volari ac dorsali, formandis.

In extremitate superiori dextra:

- v—w—x. Linea sectionis sub amputatione antibrachii paniculata simplici, cum panni volaris formatione.
z—y—zz. Linea sectionis sub amputatione brachii paniculata duplici.
1—2—3. Sectio pro amputatione brachii paniculata simplici.
4—5—6. Linea sectionis sub exarticulatione brachii paniculata duplici ad methodum Doctoris Dupuytren.
7—8—9. Linea sectionis sub exarticulatione brachii, duobus pannis formandis, ad methodum Doctoris Gouthrie.

In extremitate inferiori sinistra:

- a—b—c. Lineae sectionis pro exarticulatione femoris pannique duplicis formatione ad methodum Doctoris Gouthrie.
d—e—f. Linea sectionis sub amputatione femoris paniculata duplici.
7—8. Linea sectionis circularis sub amputatione femoris. 9—10. Linea, quam usque tegumenta, sectione circulari facta, 7—8, separanda sunt. 11—12 Locus, quo os sub eadem operatione amputandum est. 8—14—13—7 Lineae vulnus post operationem exortum obeuntes.
27—28—29—30—31—32. Lineae sectionum sub amputatione circulari.
15—16. Sectio tegumentorum sub amputatione conica. 17—18. Linea, quam usque sub eadem operatione tegumenta separantur. 19—20 Linea, ad quam usque musculi dissecti retrahendi sunt, atque os femoris amputandum. Quo fit, ut vulnus formam conicam praebeat, quae limitibus linearum 16—18—20—19—17—15 circumdatur.

In extremitate inferiori dextra:

- g—h—i. Linea sectionis sub amputatione femoris paniculata simplici ad methodum Doctoris Langenbeck.
k—x—l. m. Linea sectionis sub exarticu-

latione femoris paniculata duplici, ad methodum Doctoris Larrey.

n—o—p. Linea sectionis sub amputatione paniculata simplici ad methodum Doctoris Vermale.

q—r. s—t. Lineae sectionis sub amputatione paniculata duplici ad methodos Doctorum Ravaton et Le Dran.

u. v. Terminus, supra quem ossa crucris nunquam sunt amputanda.

w—x—y. Linea sectionis sub amputatione paniculata simplici.

z—zz. Locus, quem infra, propter partes tendinosas subjacentes, pannus carnosus formari nequit, nec sub sectione circulari, nec alia.

21—22. } Lineae sectionum sub amputatione
23—24. } tione circulari instituendae.
25—26 }

Fig. 3.

Superficies vulneris antibrachii ad lineam d—c, Fig. 2, dissecti.

- a. Radius.
b. Ulna.
c. Ligamentum interosseum.
d. Tendo abductoris pollicis longi.
e. — musculi extensoris carpi radialis longi.
f. Tendo musculi supinatoris longi.
g. — — flexoris carpi radialis.
h. — — palmaris longi.
i. k. m. Tendo musculi flexoris digitorum communis profundi.
l. Tendo m. flexoris digitorum communis sublimis.
n. Tendo m. flexoris carpi ulnaris.
o. Musculus flexor longus pollicis.
p. q. — flexor digitorum communis profundus.
r. Musculus flexor carpi ulnaris.
s. — abductor longus pollicis.
t. — extensor carpi radialis brevis.
n. — extensor quatuor digitorum communis.
v. Musculus extensor pollicis brevis et longus.
w. Musculus extensor carpi ulnaris.
1. Arteria radialis.
2. — ulnaris.
3. Arteriae musculares.
4. Nervus medianus.
5. — cubitalis s. ulnaris.

Fig. 4.

Superficies vulneris brachii, ad lineam l—f, Fig. 1, amputati.

- a. Os humeri.
- b—c. Musculus deltoideus.
- d. Caput longum m. bicipitis.
- e. — breve m. bicipitis.
- f. Musculus latissimus dorsi
- g. h. i. k. l. Partes fibrosae m. tricipitis.
- m. n. o. p. q. Tela cellulosa et adiposa.
1. Arteria brachialis.
2. — circumflexa humeri posterior.
3. Vena basilica.
4. 5. Rami venosi crassiores.
6. Vena cephalica.
7. Nervus medianus.
8. — ulnaris.
9. — cutaneus medius.

Fig. 5.

Superficies vulneris brachii, ad lineam c—d, Fig. 1, amputati.

- a. Os humeri.
- b. Portio carnosa capitis externi musculi tricipitis brachii.
- c. Musculus biceps brachii.
- d. — brachialis internus.
- e. f. g. Portio capitis longi interni m. tricipitis.
- h. i. k. Aeps et tela cellulosa.
1. Arteria brachialis.
2. — collateralis ulnaris major.
3. — collateralis radialis.
4. Truncus venosus profundus.
5. — — ad arteriam proximam.
6. Vena basilica.
- †. — cephalica.
7. Nervus medianus.
8. — cutaneus medius.
9. — ulnaris

Fig. 6.

Superficies vulneris antibrachii, ad lineam e—f, Fig. 2, amputati.

- a. Radius.
- b. Ulna.
- c. Tendo musculi bicipitis.
- d. — — brachialis profundus.
- e. e. Portio fibrosa musculi extensoris carpi radialis longi et brevis.
- f. Musculus supinator longus.

- g. Musculus flexor digitorum communis profundus s. perforans.
- h. Musculus flexor digitorum communis sublimis s. perforatus.
- i. Musculus flexor radialis.
- k. — palmaris longus.
- l. — flexor carpi ulnaris.
- m. — extensor carpi ulnaris.
- n. — extensor quatuor digitorum communis.
- p—q—r—s—t. Tela cellulosa et adiposa.
1. Arteria radialis.
2. — ulnaris.
3. Vena ulnaris.
4. — brachialis.
5. Ramus arterialis magnus, supra os radii decurrens.
6. Alter ramus arterialis magnus
7. Rami musculares.
8. Nervus medianus
9. — ulnaris.

Fig. 7.

Superficies vulneris antibrachii, ad lineam a—b dissecti, vid. Fig. 2.

- a. Radius.
- b. Ulna.
- c. Ligamentum interosseum.
- d. Tendo musculi extensoris carpi radialis longi.
- e. Portio tendinosa musculi radialis externi brevis s. supinatoris.
- f. Tendo musculi supinatoris longi.
- g. Flexor digitorum communis profundus.
- h. — — sublimis.
- i. Tendo musculi extensoris digitorum.
- l. Musculus supinator longus
- m. n. Musculus flexor carpi radialis et radialis internus.
- o. Musculus flexor digitorum communis sublimis.
- p. Musculus flexor longus pollicis.
- q. — flexor digitorum communis profundus.
- r. Musculus flexor carpi ulnaris.
- s. — extensor carpi ulnaris.
- t. u. — extensor quatuor digitorum communis.
- v. Musculus abductor longus pollicis.
- w. — extensor carpi radialis brevis.
- x—y—z. Tela cellulosa et adiposa.
1. Arteria radialis.
2. — ulnaris.
- †. — interossea.
3. — musculares.

4. Nervus medianus.
5. — cubitalis.

2, 3, 4, 5, 6, 7. Horum numerum eadem sunt adnotationes ac in Fig. 5
iisdem subscriptae.

Fig. 8.

Vulnus brachii, ad lineam a—b, Fig.
1., amputati.

- a. Os humeri.
b. Caput externum musculi tricipitis
brachii.
c. Musculus biceps brachii.
d. — brachialis internus.
e—f—g. Caput longum et internum
musculi tricipitis brachii.
h—i—k. Tela cellulosa et adiposa.

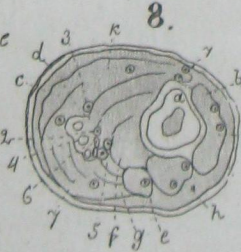
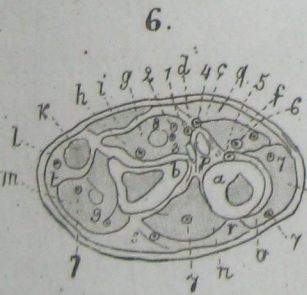
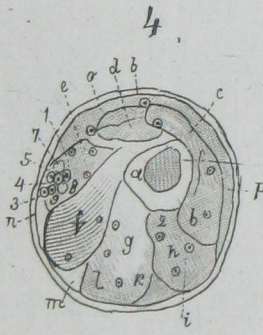
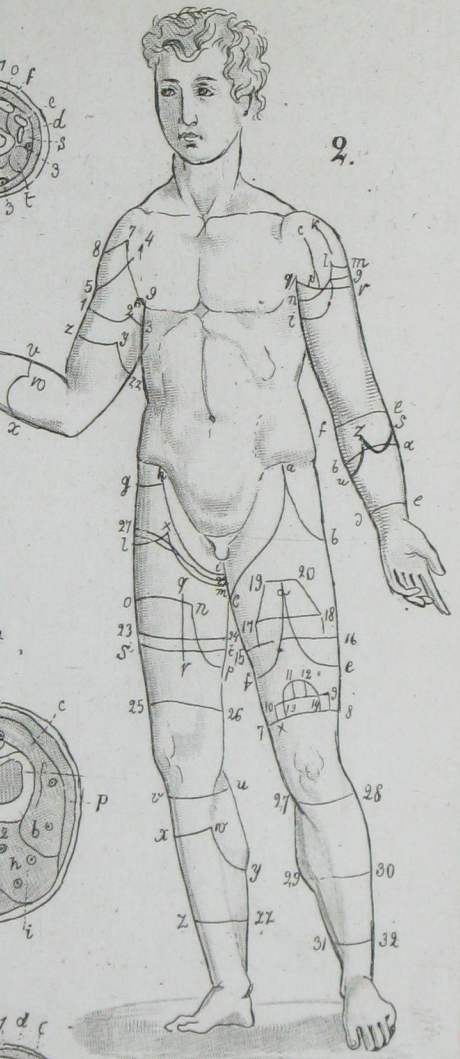
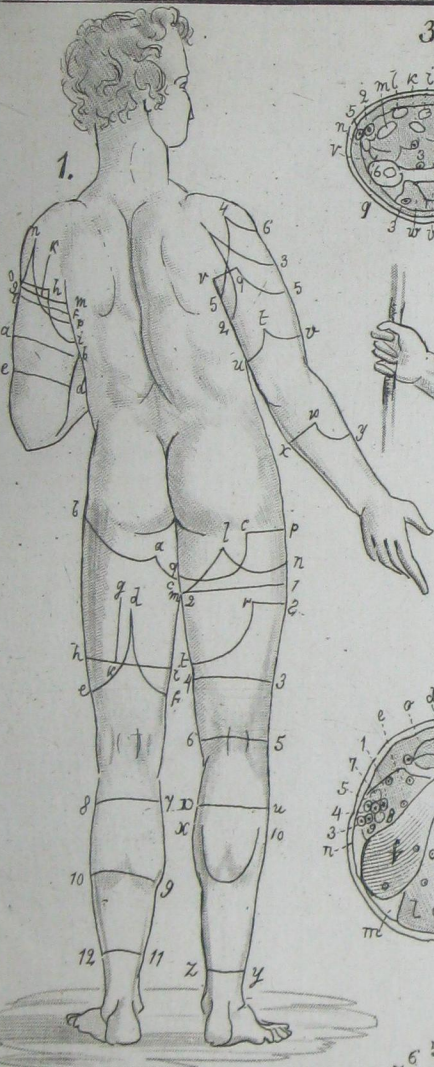
Fig. 9.

Volsella ad torsionem arteriarum ad-
hibenda.

Fig. 10.

Volsella stilo praedita, ad comprehen-
sionem arteriae sub ejusdem torsione
adhibenda; vulgo arteriotenaculum no-
minari meretur.





Tab. XXV.

Fig. 1.

Superficies vulneris femoris, ad lineam 1—2, Fig. 1, Tab. XXIV, dissecti.

- a. Os femoris.
- b. Musculus rectus femoris.
- c. — sartorius.
- d. Portio fibrosa musculi vasti externi et musculi tensoris fasciae latae.
- e. Musculus vastus internus.
- f. — adductor longus femoris.
- g. — gracilis.
- h. i. k. l. Portio fibrosa capitis magni adductoris femoris, capitis parvi et musculi semimembranosi.
- m. Musculus biceps femoris.
- n. — semitendinosus.
- o. Adeps et tela cellulosa.
1. Arteria cruralis.
2. — profunda femoris.
3. — circumflexa femoris.
4. Vena cruralis.
5. Venae profundae femoris.
7. Vena saphena magna.
8. Rami arteriales musculares.
6. 9. Rami nervi cruralis.
10. Nervus ischiadicus.

Fig. 2.

Superficies vulneris cruris, ad lineam 29—30, Fig. 2, Tab. XXIV, amputati.

- a. Tibia.
- b. Fibula.
- c. Tendo musculi tibialis antici.
- d. — — extensoris communis longi digitorum.
- e. Tendo musculi peronei longi.
- f. — — plantaris.
- g. — Achillis.
- h. — musculi flexoris communis digitorum longi.
- k. l. Venter musculi tibialis antici, musculi extensoris communis digitorum longi et m. extensoris longi hallucis.
- m. Venter musculi peronei brevis.
- n. o. Portio carnosa musculi flexoris digitorum communis longi, flexoris hallucis proprii et peronei.

- p. Adeps et tela cellulosa
1. Arteria tibialis postica.
2. — — antica.
3. Ramus magnus arterialis.
4. Venae tibiales posticae.
5. Ramus alius magnus arterialis.
6. Venae tibiales anticae.
7. Arteria peronea.
8. Nervus tibialis.
9. Vena saphena magna.

Fig. 3.

Superficies vulneris femoris amputati. Confer Tab. XXIV, Fig. 2, t—s.

- a. Os femoris.
- b. Musculus rectus femoris.
- c. d. e. g. Musculus vastus externus et caput breve bicipitis femoris.
- f. Musculus vastus internus.
- h. — semimembranosus.
- i. Caput magnum adductoris femoris.
- k. Musculus sartorius.
- l. Caput longum musculi bicipitis femoris.
- m. Musculus semitendinosus.
- n. — gracilis.
- o. o. Adeps et tela cellulosa.
1. Arteria cruralis.
2. — profunda femoris.
3. Vena cruralis.
4. Ramus ejusdem venae.
5. Venae profundae femoris.
6. Vena saphena magna.
7. Rami musculares.
8. Nervus cruralis.
9. — ischiadicus.

Fig. 4.

Femur amputatum infra ipsius medietatem, ad lineam 26—25, Fig. 2, Tab. XXIV.

- a. Os femoris.
- b. Tendo musculi recti femoris.
- c. d. Portio carnosa musculi vasti externi.
- e. f. Ejusmodi portio musculi vasti interni.

- g. Musculus semimembranosus.
- h. i. k. Musculus semitendinosus et biceps femoris.
- l. Musculus gracilis.
- m. m. m. Tela cellulosa et adiposa.
- 1. Arteria cruralis.
- 2. Vena cruralis.
- 3. Ejusdem venae ramus.
- 4. Vena saphena magna.
- 5. 5. 5. Rami arteriales.
- 6. Nervus cruralis.
- 7. — ischiadicus.

Fig. 5

Torcular (tourniquet) pro sistendo sanguinis fluxu circulatorio in vasis majoribus, sub amputatione artuum adhibendum.

Fig. 6.

Crus amputatum in ejusdem medietate, ad lineam 9—10, Fig. 1, Tab. XXIV.

- a. Tibia.
- b. Fibula.
- e. d. f. Tendines.
- c. g. h. Tela cellulosa et adiposa.
- 1. Arteria tibialis postica.
- 2. — peronea.
- 3. — tibialis antica.
- 4. Vena tibialis postica.
- 5. — peronea.
- 6. Venae tibiales anteriores.
- 7. Arteriae musculares.
- 8. Nervus tibialis.

Fig. 7.

Exarticulatio brachii per sectionem ovalarem ad methodum Doctoris Velpeau. Operatoris minister manus suae digitis vasa axillaria adprimit.

- a. b. c. Margo vulneris ovalaris ultra acromion quidquam propagantis.
- d. e. f. Pannus triangularis musculi deltoidei ita reflexi, ut ossis humeri extremitas superior appareat.

- g. Caput ossis humeri, e cavitate glenoidali exarticulati.

Fig. 8.

Crus amputatum ad lineam u—w, Tab. XXIV Fig. 2.

- a. Tibia.
- b. Fibula.
- c. Ligamentum interosseum.
- d. Tendo musculi plantaris.
- e. f. Portiones fibrosae musculorum: tibialis antici, extensoris communis digitorum longi et peronei longi.
- g. Portiones fibrosae musculi poplitei et flexoris digitorum communis.
- h. i. Portiones fibrosae musculi peronei et gastrocnemii.
- k. Tela cellulosa et adiposa.
- 1. Arteria poplitea.
- 2. Ramus musculo-cutaneus.
- 3. Ramus major inter tibiam et fibulam.
- 4. Ramus arterialis magnus.
- 5. Rami musculares.
- 6. Vena poplitea.
- 7. — saphena magna.
- 8. Nervus popliteus.

Fig. 9.

Culter major anceps, in extirpationibus brachii et femoris adhibendus.

Fig. 10.

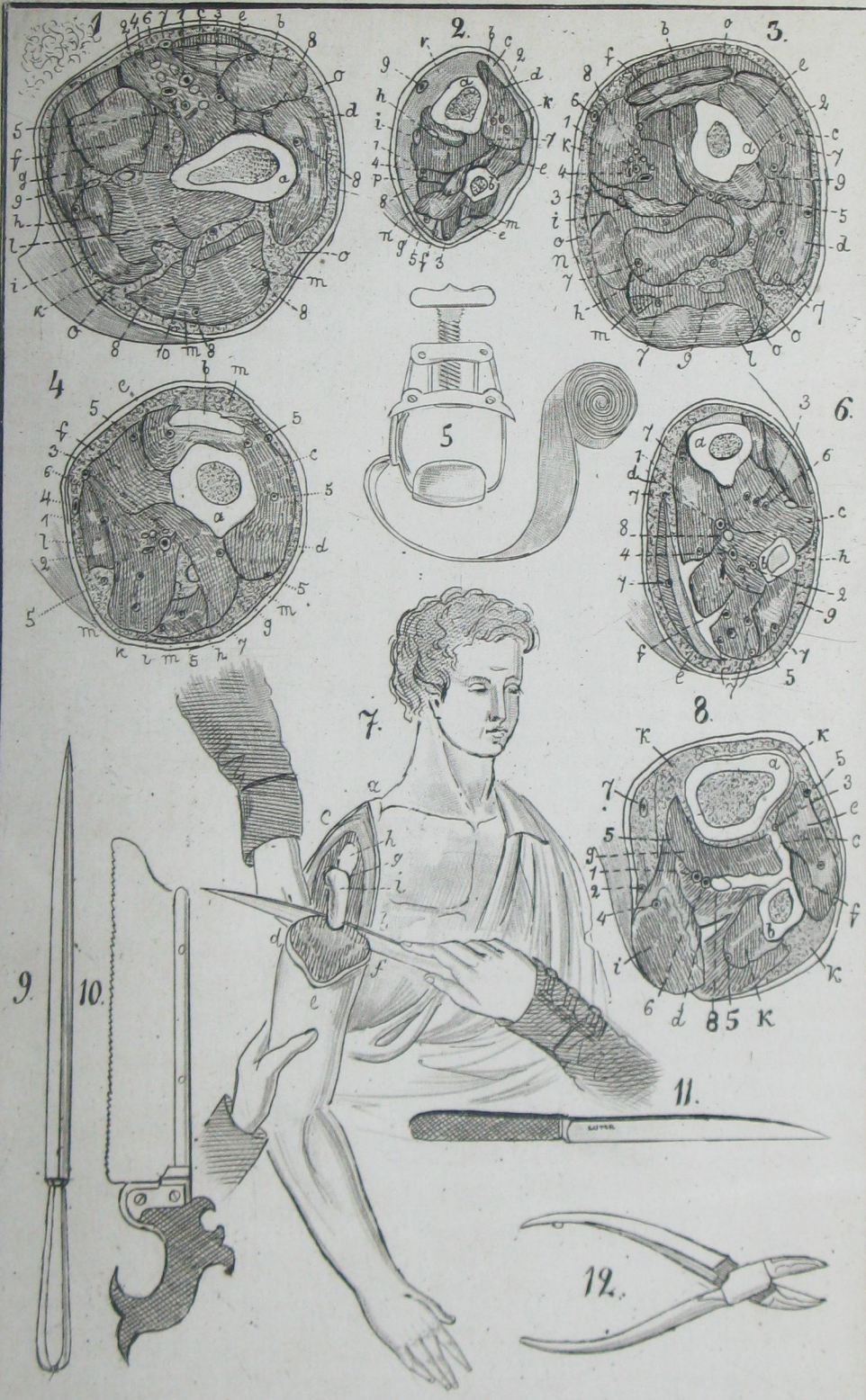
Serra Anglicana amputatoria.

Fig. 11.

Culter amputatorius magnus.

Fig. 12.

Forceps scissoria.



Tab. XXVI.

Fig. 1.

Lineae sectionum sub exarticulatione digitorum et manus.

- a b. Exarticulatio digiti in phalange prima.
- d. c. e. Linea sectionis sub exarticulatione digiti in articulatione ejusdem cum metacarpo.
- f. g. h. Linea sectionis sub exarticulatione pollicis in articulatione carpi cum metacarpo.
- k. i. l. Eadem operatio ad methodum Doctoris Beclard.
- n. m. q. Extirpatio digitorum ex articulatione eorundem cum ossibus carpi.
- m. g. Linea sectionis sub extirpatione 4-ossium carpi ex articulatione eorundem cum ossibus metacarpi, ad methodum Doctoris Maingault.
- o. p. Linea sectionis sub extirpatione manus ex articulatione ejusdem cum antibrachio.

Fig. 2.

Exarticulatio indicis in phalange secunda. a Pannus. Confer Fig. 1, lin. a—b.

Fig. 3.

Exarticulatio digiti medii ad lineam d—c—e, Fig. 1. a Pannus.

Fig. 4.

Exarticulatio pollicis ad lineam f. g. h, Fig. 1. a. Pannus.

Fig. 5.

Exarticulatio pollicis ad methodum Doctoris Beclard. Confer Fig. 1, k. i. l.

Fig. 6.

Exarticulatio paniculata digiti minimi ad lineam n—m—q, Fig. 1.

Fig. 7.

Extirpatio 4-ossium digitorum ex articulatione eorundem cum ossibus carpi.

Fig. 8.

a—b. Linea sectionis sub operatione in Fig. 7. descripta.

Fig. 9.

Extirpatio manus paniculata. Vid. Fig. 1. o—p.

a—b—c. Pannus volaris.

Fig. 10.

Extirpatio quatuor ossium carpi ad methodum Doctoris Maingault. Confer Fig. 1. m—g.

a—b—c. Pannus volaris.

Fig. 11.

Exarticulatio pollicis ex junctura carpi cum metacarpo, ad methodum ovalarem Doctoris Scoutetten.

- a. Locus, quò culter impungendus est.
- ac, ab. Lineae sectionis ex utroque pollicis latere in superficie manus dorsali.
- cb. Sectio in superficie volari.

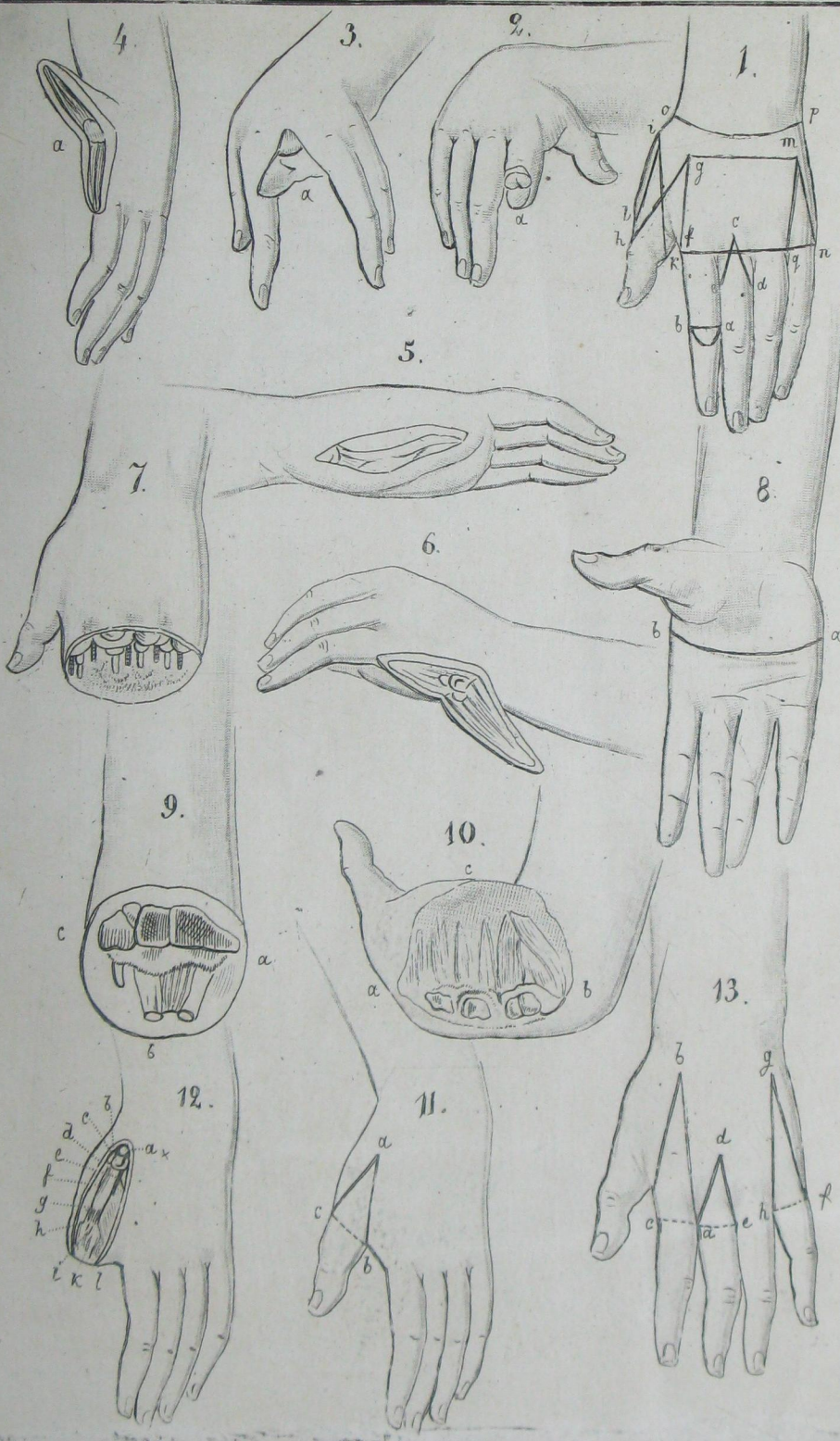
Fig. 12.

Vulnus ovalare post pollicis exarticulationem ad methodum in Fig. 11. descriptam.

- a. Tendo musculi extensoris pollicis.
- b. — — abductoris longi.
- c. Superficies articularis ossis multanguli majoris.
- d. Reliquiae capsulae.
- e. Arteria radialis.

- a-b-c. Exarticulatio indicis in articulatione carpi cum metacarpo; *ab* et *bc* incisiones in dorso manus.
ac. Incisio in vola manus.
a-d-e. Exarticulatio digiti medii.
f-g-h. — — minimi in articulatione carpi cum metacarpo. Lineae, punctis designatae, sectiones in vola manus faciendas indicant.

Exarticulationes ad methodum Docto-
ris Scoutetten.



Tab. XXVII.

Fig. 1.

Vulnus ovale post extirpationem indicis ex articulatione carpi cum metacarpo, ad methodum D. Scoutetten. Confer Tab. XXVI, Fig. 13, a—b—c.

- a. Tendo musculi extensoris communis.
- b. — — radialis longi.
- c. Superficies articularis ossis multanguli minoris.
- d. Ejusmodi superficies ossis multanguli majoris.
- e. Ligamentorum reliquiae.
- f. Arteria radialis.
- g. Musculus interosseus dorsalis secundus.
- h. Musculus interosseus dorsalis primus.
- i. — adductor pollicis.
- k. — interosseus volaris primus.
- l. Tendo musculi flexoris profundi.
- m. — — — superficialis.

Fig. 2.

Vulnera ovalia post extirpationes: 1) digiti minimi ex articulatione carpi cum metacarpo et 2) digiti medii ex articulatione ejusdem cum metacarpo. Confer Tab. XXVI, Fig. 13. f—g—h et a—d—e.

- a. Superficies articularis.
- b. Tendo musculi extensoris proprii digiti minimi.
- c. Portio ligamenti capsularis.
- d. Musculus adductor.
- e. — opponens.
- f. Tendo musculi flexoris profundi.
- g. Musculus interosseus dorsalis quartus.
- h. Tendo musculi extensoris.
- i. Os metacarpi.
- k. Portio capsulae.
- l. Tendo musculi flexoris.
- n. Tela cellulosa.

Fig. 3.

Operatio ad methodum ovalarem D. Scoutetten Manus. 1. extirpationem digiti annularis ex articulatione metacarpi, ad me-

thodum Doctoris Scoutetten, perficit. Manus haecce jam incisionem ab *a* ad *b* peregit, nunc vero ab *g* ad *a* ejusmodi incisionem peractura repraesentatur. Confer Tab. XXVI, Fig. 13. a—d—c.

b—c—d. Vulnus post supra descriptam operationem. Manus No. 2. extirpationem digiti indicis in phalange secunda peragit, manus vero sinistra capitulum ossis phalangis ex articulatione, vi adhibita, detrahit.

Fig. 4.

Exarticulatio manus per sectionem paniculatam. Dextra operatoris, panno dorsali formato et reflexo, musculos extensores et ligamenta capsularia sectione disjungit; sinistra vero exarticulationem ossium carpi ex eorundem junctura detrahit. Dextra praeterea manus pannum volarem formatura repraesentatur.

Fig. 5.

Skeleton manus.

1. Os naviculare.
2. Os lunatum.
3. Os triquetrum.
4. Os multangulum majus.
5. Os multangulum minus.
6. Os capitatum.
7. Os hamatum.
8. 9. 10. 11. 12. Ossa metacarpi: primum, secundum, tertium, quartum, quintum.
13. 13. 13. 13. 13. Phalanges digitorum primae.
14. 14. 14. 14. 14. Phalanges digitorum secundae.
15. 15. 15. 15. 15. Phalanges digitorum tertiae.

Lineae punctatae sectionum directiones indicant, quae cum Fig. 1, Tab. XXVI, comparandae sunt.

Fig. 6.

Lineae sectionum in exarticulationibus pedis partialibus faciendis observandae.

- c—a—b. Exarticulatio digiti secundi in articulatione cum metatarso.
 d—e—f. In eadem articulatione extirpatio hallucis.
 h—g—i. Eodem in loco extirpatio digiti minimi.
 k—l. Extirpatio omnium digitorum.
 m—n. Extirpatio pedis ex junctura tarsi cum metatarso.
 o—p. Extirpatio pedis prope calcaneum et astragulum.

Fig. 7.

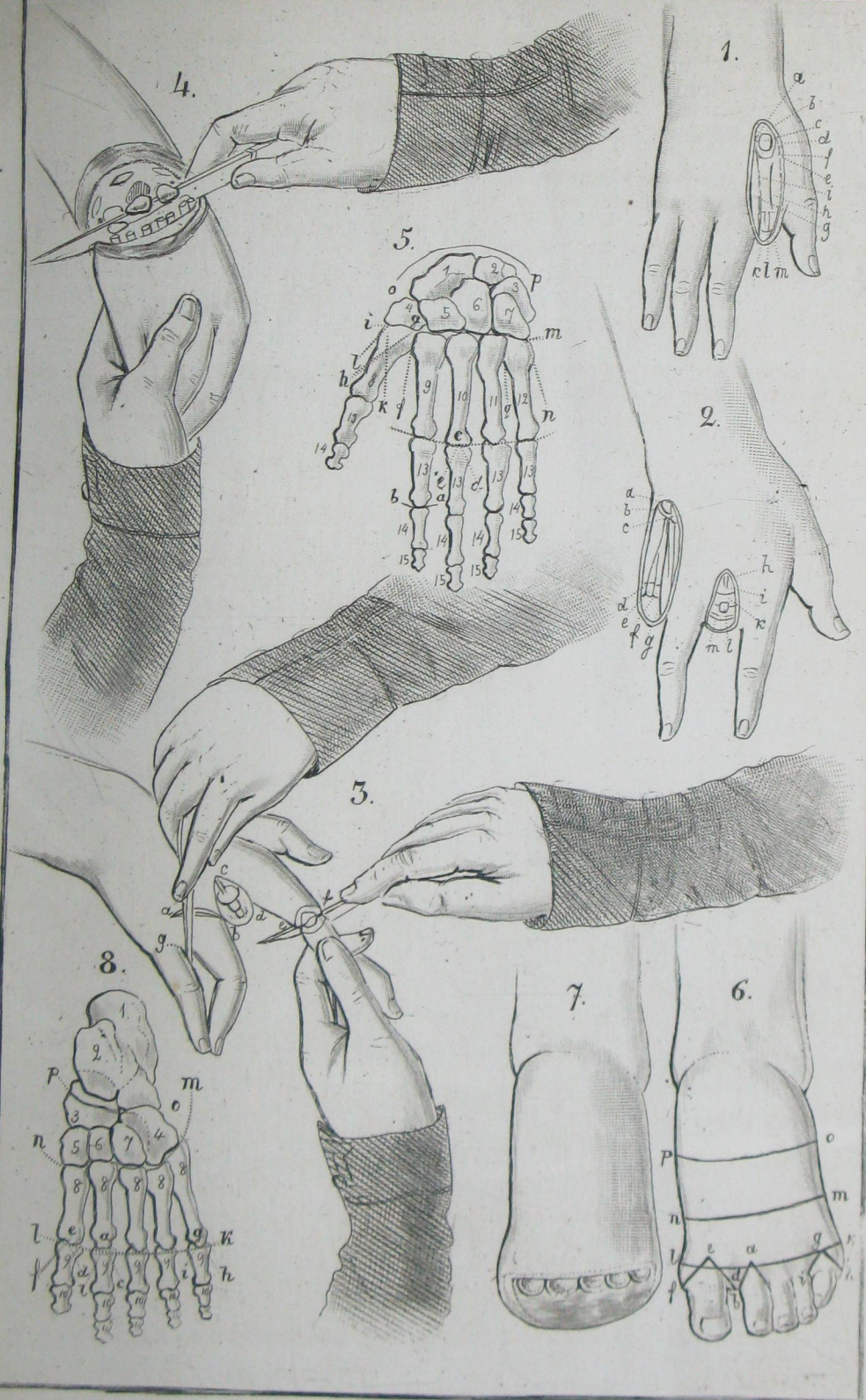
Pannus volaris post omnium digitorum extirpationem ad methodum Doctoris Lisfranc.

Fig. 8.

Skeleton pedis.

1. Calcaneus.
2. Astragalus.
3. Os scaphoideum.
4. Os cuboideum.
5. Os cuneiforme primum.
6. Os cuneiforme secundum.
7. Os cuneiforme tertium.
8. 8. 8. 8. 8. Ossa metatarsi: primum, secundum, tertium, quartum, quintum.
9. 10. 11. Phalanges digitorum.

Lineae punctatae comparandae sunt cum ejusmodi lineis praecedentis Fig. 6.



Tab. XXVIII.

Fig. 1.

Extirpatio hallucis ex articulatione tarsi cum metatarso.

- a—b. Sectio externa.
- a—c. Sectio interna.
- A. B. Linea sectionis sub resectione malleoli interni faciendae.

Fig. 2.

Amputatio ossis metatarsi primi.

- a—b. Directio scalpelli sub punctura ope ejusdem faciendae.
- a—c—b. Pannus tegumentorum.
- e. Os oblique amputatum.
- f. f. Arteriae deligandae.

Fig. 3.

Amputatio ossis metatarsi quinti.

- a—b. Directio scalpelli sub punctura ope ejusdem faciendae.
- a—c—b. Pannus tegumentorum, sectione eorundem formatus.
- d. Margo vulneris interior.
- e. Os oblique resectum.
- f. Arteria plantaris externa.
- A. B. Linea sectionis sub resectione malleoli externi faciendae.

Fig. 4.

Vulnus post hallucis extirpationem, ut in Fig. 1. designatum est, factam.

- a. Tendo musculi extensoris proprii hallucis.
- b. Superficies articularis ossis cuneiformis primi.
- c. Arteria dorsalis pedis.
- d. Musculus interosseus dorsalis primus
- e. — interosseus plantaris.
- f. — adductor hallucis.
- g. — flexor brevis.
- h. Tendo musculi flexoris longi.
- A. B. Linea sectionis sub resectione tibiae corporis instituenda.

Fig. 5.

- a—b—c. Exarticulatio digiti secundi pe-

dis in articulatione phalango-metatarsae, ad methodum Doctoris Scoutetten.

- d—e—f. Extirpatio digiti quarti pedis ex articulatione tarso-metatarsae.

Fig. 6.

Vulnera, quae apparent, exarticulationibus digitorum factis. Confer Fig. 5.

- a. Tendo musculi extensoris.
- b. Caput ossis metatarsi.
- c. Tendo musculi flexoris longi.
- d. Tela cellulosa.
- e. Tendo musculi extensoris digitorum brevis.
- f. Musculus extensor brevis.
- g. Musculus interosseus dorsalis tertius.
- h. Tela cellulosa.
- i. Tendo musculi extensoris communis.
- k. Musculus adductor digiti minimi.
- l. Tendo musculi extensoris communis.
- m. — — flexoris longi.

Fig. 7.

Extirpatio digiti minimi pedis ex articulatione tarso-metatarsae ad methodum Doctoris Scoutetten.

- b—a. Sectio interna.
- b—c. Sectio externa.
- a—b. Sectio in planta pedis.
- A. B. Sectio sub resectione corporis fibulae faciendae.

Fig. 8.

Vulnus post extirpationem digiti exortum, Vid. Fig. 7.

- a. Tendo musculi extensoris digiti minimi.
- b. Tendo musculi flexoris longi digiti minimi.
- c. Musculus interosseus dorsalis.
- d. — interosseus plantaris.
- e. — flexor brevis digiti minimi.
- f. — adductor digiti minimi.
- g. Superficies articularis ossis metatarsi quarti.

- h. Reliquiae ligamentorum.
- i. Superficies articularis ossis cuboidei.

Fig. 9.

Extirpatio pedis partialis ex junctura tarsi cum metatarso, ad methodum Doctoris Lisfrank. Confer Tab. XXVI. Fig. 6. m—n. et Fig. 8. m—n.

- a—k—b. Linea, secundum quam scalpelli ope sectio facienda est.
- c. Os cuboideum.
- d. Os cuneiforme primum.
- e. Os cuneiforme secundum.
- f. Os cuneiforme tertium.
- a—g—b. Pannus ex planta formatus.
- i. h. Arteriae plantares.
- k. Arteria tibialis.

Fig. 10.

Extirpatio pedis partialis inter ossa tarsi, ad methodum Doctoris Chopart, a Doctore Langenbeck modificatam.

- 1. Astragalus.
- 2. Calcaneus.

- a. Rami arteriae tibialis anticae.
- b—c—d. Rami arteriae plantaris.

Fig. 11.

Eadem operatio, ac in Fig. 10 commemorata, ad methodum Doctoris Maingault facta repraesentatur.

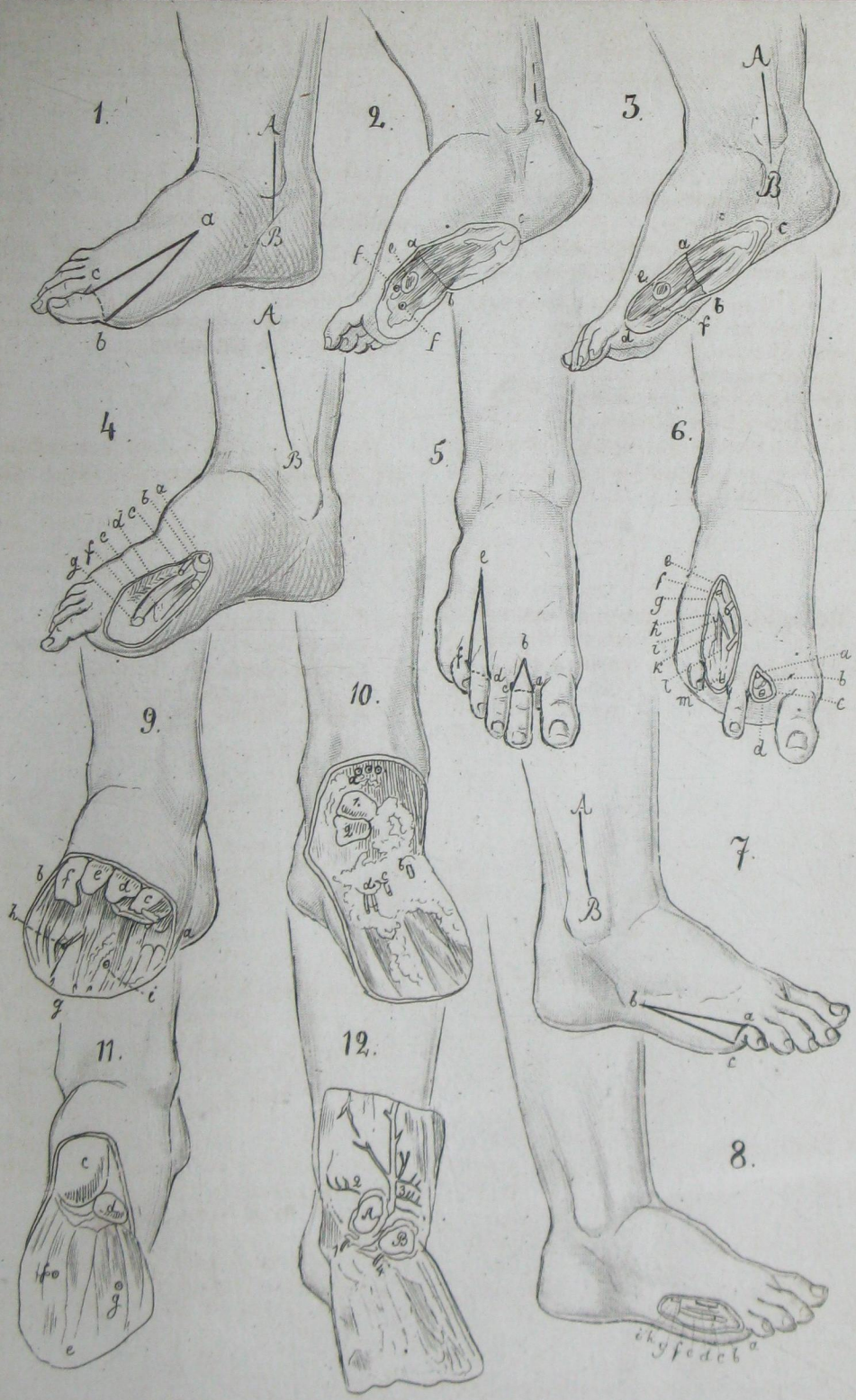
- a—b. Directio sectionis in dorso pedis.
- e. Astragalus.
- d. Calcaneus.
- e. Pannus ex planta pedis excisus.
- f—g. Arteriae plantares.

Fig. 12.

Eadem operatio, ad methodum Doctoris Walther cum panno dorsali ac plantari facta.

- A. Astragalus.
- B. Calcaneus.
- 1. Arteria dorsalis.
- 2. — malleolaris interna.
- 3. — tarsea.
- 4. Ramus arteriae plantaris internae.
- 5. Arteria plantaris externa.
- 6. — plantaris interna.
- 7. Ramus arteriae plantaris internae.





Tab. XXIX.

Fig. 1.

Modus cultrum (Blattmesser) Doctoris Gräfe sub amputatione conica tenendi. Manus operatoris (a) cultri manubrium adprehendit, altera vero manus illius (b), digitis apici cultri applicatis, levi pressione obliqua sectionem adjuvat. *c. d.* Manus adjutorum.

Fig. 2.

Amputationis femoris circularis momentum secundum. Operator jam sectionem tegumentorum in latere femoris interno peragit, quo tempore sinistra operatoris (a), cultri apicem leviter adprimens, supra femur amputandum ascendit; dextra vero, manubrium adprehendens, infra femur versatur.

Fig. 3.

Amputationis femoris circularis momentum primum. Operator dextra manu plena (a) manubrium cultri adprehendit, sinistra vero, indice et pollice ejusdem apici applicatis, sectionem tegumentorum femoris, in latere ejusdem externo, adjuvat. Femur amputandum supra et infra lineam amputationis manubus operatoris adjutorum firmatum est.

Fig. 4.

Amputationis femoris circularis momentum tertium. Quo tempore iterum

ad latus femoris externum, sectionem peragendo, culter reducitur; operator dextra sua, jam non plena, cultri manubrium tenet, sinistra vero levem pressionem apicis continuat.

Fig. 5.

Amputationis femoris paniculatae quaedam momenta. Operator dextra manu cultrum adprehensum in femur ex latere ossis externo impungit, manu vero sinistra tegumenta et musculos ejusdem lateris detrahit, ut exinde pannus formetur.

Fig. 6.

Amputatio cruris paniculata. Operator sinistra manu tegumenta cruris et musculos, panni formandi causa, detrahit; quo quidem tempore cultrum ancipitem cruri, pone tibiam et fibulum eundem dirigendo, impungit.

Fig. 7.

Amputatio antibrachii circularis ad methodum Doctoris Cloquet. Tegumenta antibrachii amputandi separata et sursum retracta; operator sinistra manu antibrachium resecandum adprehendit, dextra vero, cultro prope ossa antibrachii impuncto, musculos exintus adextus dissecat; quo facto, etiam in altera antibrachii superficie idem ac eodem modo peragendum est.



Tab. XXX.

Fig. 1.

Methodus Doctoris Walther brachium extirpandi.

a—b—d—c. Lineae sectionis ad pannum tegumentorum externum formandum.
e—f—g. Pannus internus.

Fig. 2.

Exarticulatio brachii triumque pannorum formatio ad methodum Doctoris Rust.

a—b. Sectio ab acromio ad insertionem musculi deltoidei protracta, unde
c—d, e—c. sectiones laterales (anterior et posterior) ad axillam propagatae. Quo facto, panni triangulares exsecti separantur ab osse, sursum retrahuntur, capitulum brachii exarticulatur pannusque inferior ex tegumentis brachii subaxillaribus formatur, qui linea punctata hac in Fig. designatus est.

Fig. 3.

Exarticulatio brachii ad methodum Doctoris Bromfield. Operatoris minister arteriam subclaviam adprimit; musculus deltoideus, sectionibus a—b—c vice interrupta circumcisis, in duos resolvitur pannos.

Fig. 4.

Sectio ovalaris Doctoris Scoutetten, sub brachii exarticulatione adhibenda, a—c—b—a.

Fig. 5.

Exarticulatio brachii ad methodum Doctoris Ch. Bell. *a* Pannus e musculo deltoideo excisus; *b* os brachii.

Fig. 6.

Vulnus post exarticulationem brachii ad

methodum D. Larrey (Fig. 7.) factam. Vasis axillaribus ligaturae applicatae.

Fig. 7.

Cultri ancipitis impunctio, trans medietatem musculi deltoidei facta propeque plicam brachii anteriorem finita, ad pannum anteriorem formandum sub exarticulatione brachii, secundum methodum D. Larrey suscepta.

Fig. 8.

Vulnus post exarticulationem brachii ad methodum Doctoris Dupuytren.

- a. Pannus externus.
- b. Pannus internus.
- c. Cavitas glenoidalis.
- d. Vasa ac nervi.

Fig. 9.

Panni interioris excisio sub exarticulatione brachii ad methodum Doctoris Walther.

- a. Pannus externus, sursum attractus.
- b. Os brachii exarticulatum.
- c. Manus adjutoris operantis, pollice ad vulnus applicato ceterisque digitis sub axilla suppositis, arteriam axillarem adprimit. Post hoc, operator, cultro sectione inter os brachii et musculos ejusdem superficiei internae facta, panni interioris formationem suscipit.

Fig. 10.

Vulnus post sectionem ovalarem Doctoris Scoutetten exortum.

- a. Tendo m. subscapularis.
- b. Musculus deltoideus.
- c. Musculus pectoralis major.
- d. Musculus biceps et coracobrachialis.
- e. Vasa ac nervi.
- f. Musculus latissimus dorsi et teres major.

- g. Musculus triceps brachii.
- h. — infraspinatus.
- i. Cavitas glenoidalis.
- k. Musculus supraspinatus.
- l. Tendo capitis longi musculi bicipitis.
- m. Reliquiae ligamenti capsularis.

Fig. 11.

Brachium, sectione conica exarticulatum.

- a. Superficies articuli.
- b. Reliquiae ligamenti capsularis.
- e. Musculus deltoideus
- d. — pectoralis major.
- e. — teres major.
- f. — latissimus dorsi.
- g. Caput longum musculi tricipitis.
- h. Tendo capitis longi musculi bicipitis.
- i. Portio tendinosa capitis brevis musculi bicipitis.
- k. Vasa et nervi cavi axillaris.
- l. Arteria circumflexa humeri anterior.
- m. — — posterior.
- n. Arteria acromialis.

Fig. 12.

Sectione, ut in Fig. 3. descriptum est, facta pannisque *a* et *e* a se invicem distractis, deligatio vasorum *b*, exarticulatio ossis humeri *c*, ex cavitate glenoidali *d*, pannique interioris semilunaris excisio perficitur.

Fig. 13.

Sectio ovalaris Doctoris Scoutetten sub femoris articulatione. Sectio haec ab *a* trochantere majori incepta, ad *b* antrorsum protracta, dein transversaliter ad *c* continuata, iterumque sursum ad *a* provecta ac finita est.

Fig. 14.

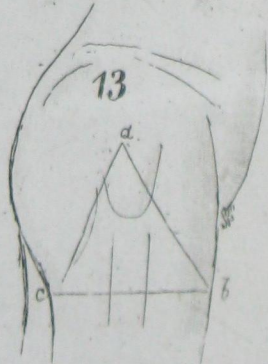
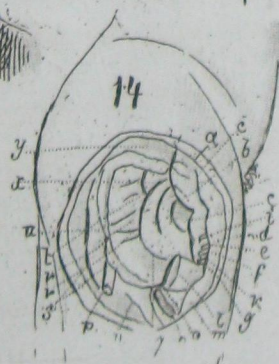
Vulnus post operationem factam ad methodum Doctoris Scoutetten. Vid. Fig. 13.

- a. Musculus tensor fasciae latae.
- b. — rectus.
- c. c. — psoas et pectineus.
- d. — sartorius.
- e. Arteria cruralis.
- f. Vena cruralis.
- g. Vena profunda femoris.
- h. Arteria profunda femoris.
- i. — circumflexa femoris.
- k. Musculus adductor longus.
- l. — — brevis.
- m. Musculus gracilis.
- n. Margo superior musculi bicipitis.
- o. o. Musculus adductor magnus.
- p. Nervus ischiadicus.
- q. Pars superior musculi semitendinosi.
- r. r. Tendo musculi gemelli.
- s. Musculus glutaeus maximus.
- t. Tendo musculi pyriformis.
- u. Reliquiae ligamenti capsularis.
- v. Acetabulum.
- x. Musculus glutaeus minimus.
- y. — — medius.

Fig. 15.

Exarticulatio femoris per sectionem conicam.

- a. Acetabulum.
- b. Ligamentum capsulare.
- c. Musculus gemellus superior et musculus obturator internus.
- d. Musculi glutaei.
- e. Musculus tensor fasciae latae.
- f. — sartorius.
- g. — pectineus.
- h. — gracilis.
- i. Fascia lata.
- k. Musculi adductores.
- l. Musculus obturator externus.
- m. — gemellus inferior.
- n. — biceps femoris.
- o. — semitendinosus.
- p. — semimembranosus.
- q. Arteria cruralis.
- r. Vena cruralis.
- s. Arteria profunda femoris.
- t. — circumflexa externa.
- u. — ischiadica.
- v. Nervus ischiadicus.



Tab. XXXI.

Fig. 1.

Resectio capitis ossis humeri ad methodum Doctoris White. a—b. Sectio ab acromio per musciculum deltoideum ad ejusdem insertionem protracta.

Fig. 2.

Resectio capitis ossis humeri ad methodum Doctoris Boyer. a—b, d—c. Sectiones ad marginem musculi deltoidei anteriorem et posteriorem factae, quarum initium prope acromion, fines vero prope insertionem musculi deltoidei positae sunt; sectione autem transversali, intra fines priorum facta, pannus quadrangulus exoritur sursumquae separatur ac retrahitur, usque ad caput humeri aperiendum.

Fig. 3.

Eadem operatio ad methodum Doctoris Moreau. d—b. Sectio a processu coracoideo incepta, sectione altera transversa d—e sub acromio facta, cum tertia sectione e—a conducitur, pannusque exinde quadrangulus exortus deorsum retrahitur ac separatur.

Fig. 4.

Eadem operatio ad methodum Doctoris Bromfield. a—b. Sectio longitudinalis ad medietatem musculi deltoidei, c—d sectio transversa secundum portionem ejusdem musculi inferiorem facta, unde pannus duplex exoritur ac reflectitur, quousque capitulum humeri appareat.

Fig. 5.

Eadem operatio ad methodum Doctoris Syme. a—b sectio longitudinalis ac in Fig. 1; b—c sectio obliqua, sursum ac retrorsum propagata. Quam ob rem hic pannus simplex parvus exoritur.

Fig. 6.

Eadem operatio ad methodum Doctoris Sabatier. Sectiones a—c et b—c, ad marginem musculi deltoidei posteriorem et anteriorem factae, in *c* conducuntur, pannusque exinde triangularis apparet.

Fig. 7.

Vulnus post exarticulationem cruris ad methodum Doctoris Maingault.

- a—b—c. Pannus anterior.
- a—d—c. — posterior.
- e. Condylus ossis femoris.
- f. Arteria poplitea.
- g. Vena poplitea.
- h. Ligamenta cruciata.
- i. Patella.
- k. Rami arteriales musculorum cruris.

Fig. 8.

Exarticulatio cruris ad methodum Doctoris Maingault. Culter exarticulatorius, infra condylum femoris in *a* impunctus, in *b* apice suo educitur, pannusque anterior, sectione ad *c* prolongata, formatur. Quo facto, pannus posterior e musculis superficiei cruris posterioris et poplitis exsecatur.

Fig. 9.

Decapitatio tibiae et fibulae in articulatione pedis, ad methodum Doctoris Moreau. a—b Sectio prope marginem posteriorem tibiae et fibulae, ad tres pollices transversos longa. b—c Sectio transversa, infra malleolum externum ad musciculum tibiale anticum protracta.

Fig. 10.

Resectio genu ad methodum Doctoris Park. a—c—b—d Sectio cruciata, infra et supra genu ad duos pollices transversos longa.

Fig. 11.

Eadem* operatio ad methodum Doct-
oris Moreau. Duæ sectiones laterales a—e
et c—f, ad duos pollices transversos su-
pra condylum ossis femoris inceptae,
sectione transversa e—f conjunctae. Ti-
biae autem et fibulae capitis resecandi
causa sectiones istae ad *b* et *d* prolon-
gari possunt.

Fig. 12.

Eadem operatio ad methodum Doctoris Syme. Duæ sectiones semilunares a—b, quas inter patella sita est.

Fig. 13.

Exarticulatio metatarsi ad methodum
Doctoris Chopart, a Doctore Lisfrank

modificatam. *a*, *b* Manus adjutoris operatoris crus supra malleolos adprehendentes. *c* Sinistra operatoris pedem extirpandum tenens. *d* Dextra ejusdem operatoris metatarsum cultro excecans.

Fig. 14.

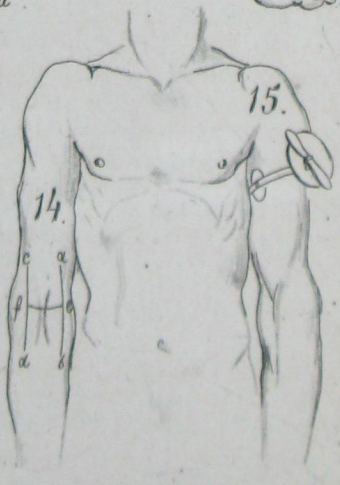
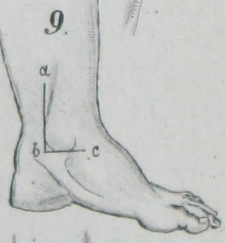
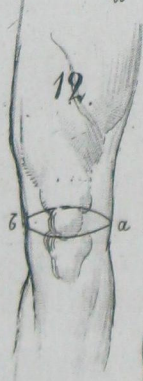
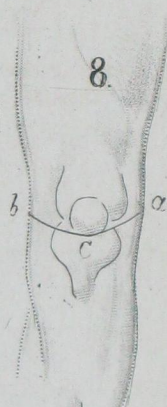
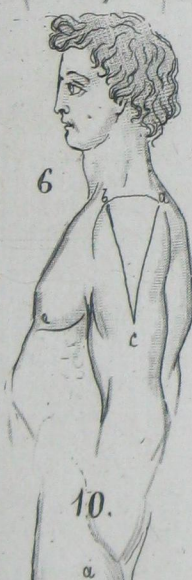
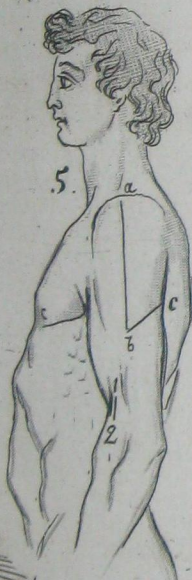
Resectio articulatione cubiti ad methodum Doctoris Syme.

e—f. Sectio transversa.

a—b, c—d Sectiones longitudinales. Quibus factis, articulatio cubiti aperienda est.

Fig. 15.

Applicatio tornaculi Morelliani sub
amputatione extremitatis superioris.



Tab. XXXII.

Fig. 1.

Resectio radii in articulatione cubiti, ad methodum Doctoris Sabatier. *a* Pannus triangularis, ex musculis antibrachii formatus, praesente momento sursum *b* manu adjutoris operatoris retractus est. *c* Sinistra operatoris antibrachium extirpandum adprehendens. *d* Capitulum radii artificialiter luxati, resecandum.

Fig. 2.

Resectio ossium antibrachii in articulatione manus. L-formi sectione supra ulnam facta, os ipsum denudatur, serra D. Jeffray eidem manubus *a*, *b* operatoris subtrahitur, ac ulna decapitatur. Eadem ratione et radii *c* resectio perficitur.

Fig. 3.

Resectio ossis humeri in articulatione cubiti ad methodum Doctoris Syme. *a* Pannus quadrangulus, supra cubitum exsectus, *b* manu operatoris sinistra retractus continetur. *f* Antibrachium, *c* manu adjutoris firmatum. *g* Lamina lignea tenuis, extremitati inferiori ossis humeri denudatae supposita. *e* Dextra operatoris ope serrae resectionem ossis humeri perficiens.

Fig. 4.

Exarticulatio femoris per sectionem ovalarem, ad methodum Doctoris Cornuan. Partium mollium sectio jam facta est; *a* caput femoris, ligamento terete *b* dissecto, exarticulatum apparet; quare operatoris nunc temporis panni interioris excisionem peracturus repraesentatur.

Fig. 5.

Sectio subcutanea tendinis m. bicipitis brachii ad curandam antibrachii contracturam.

Fig. 6.

Sectio tendinis Achillis subcutanea ad curandum pedem aequinum.

Fig. 7.

Sectio m. sterno-cleido-mastoidei ad curandum caput obstipum.

Fig. 8.

Sectio subcutanea musculorum flexorum cruris in contractura ejusdem curanda.

Fig. 9.

Serra carpialis.

Fig. 10.

Arbor s. manubrium serrae Doctoris Martin, adinstar trepani Germanici factae.

Fig. 11.

Corona ejusdem serrae in vaginam peculiarem inclusa.

Fig. 12.

Serra rotunda, pro re nata, loco semiglobuli adhibenda.

Fig. 13.

Stamen, quod punctui fixo sub rotatione instrumento est.

Fig. 14.

Semiglobulus serratus, s. serra rotunda concava.

Fig. 15.

Serra carpialis.

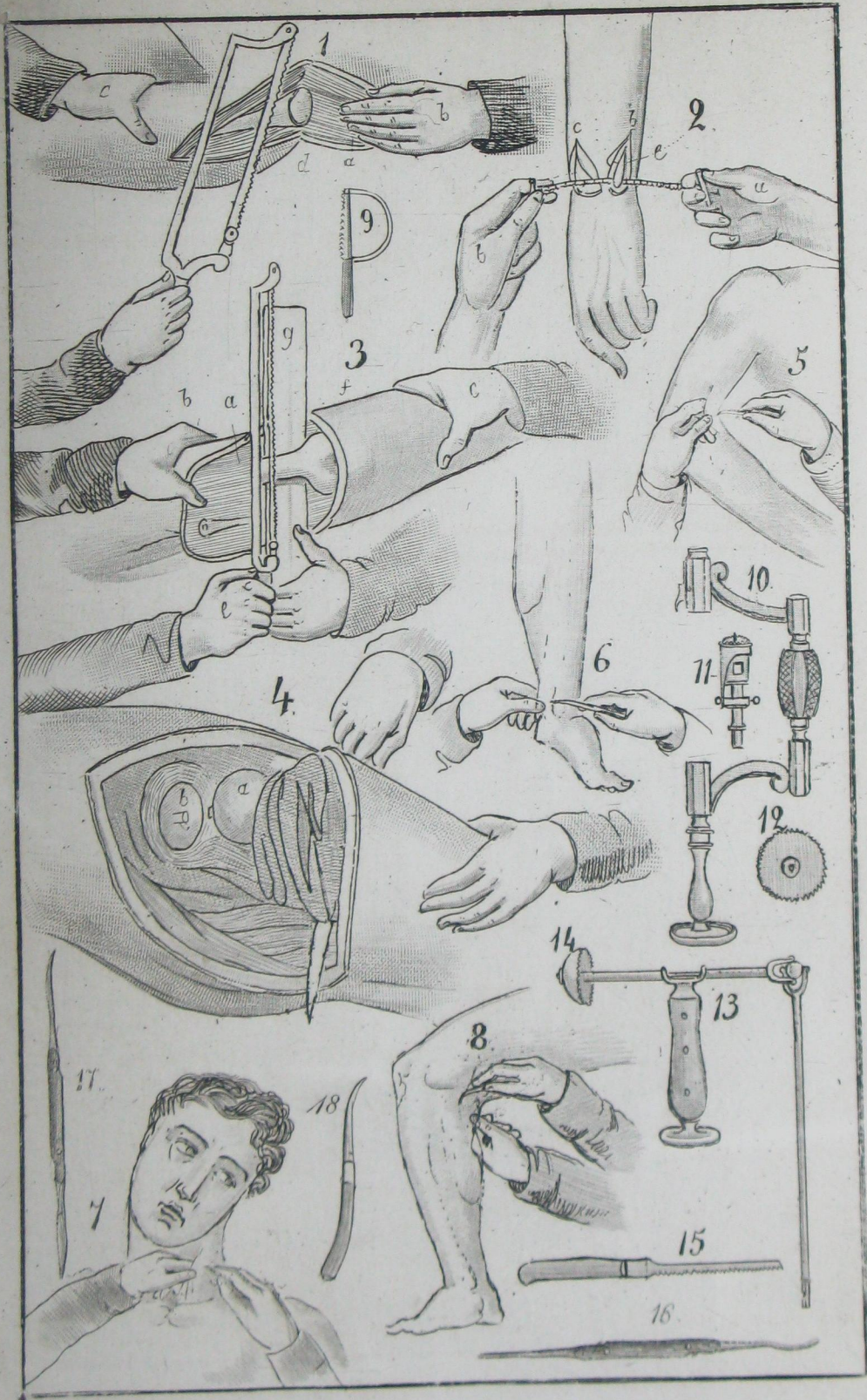
Fig. 16. 17.

Tenotomi Doctoris Guerin.

Fig. 18.

Tenotomus Doctoris Dieffenbach.





Tab. XXXIII.

Fig. 1.

Paracentesis pectoris subcutanea.

- a. Vulnus externum integumentorum.
- b. Vulnus internum in cavo pectoris.

Fig. 2.

- a. Siphon.
- b. Manubrium siphonis.
- c. Orificium — .
- d. Manubrium acus triquetrae.
- e. Claustum tubuli argentei.
- f. Tubulus argenteus.

Fig. 3.

Incisio praeputii ope forcipis.

- a. Orificium praeputii constrictum.
- b. Forceps chirurgica.

Fig. 4.

Amputatio praeputii ope scalpelli.

- a. a. Digiti operatoris.
- b. Forceps cum maxillis perforatis.
- c. Scalpellus.
- d. d. Fila s. ligaturae.

Fig. 5.

Praeputium amputatum post operationem phymoseos.

- a. a. a. a. Serphin.

Fig. 6.

Praeputium circumcisum post operationem phymoseos.

- a. a. a. Ligaturae.

Fig. 7.

Sutura cruenta post operationem phymoseos ope circumcisionis praeputii.

Fig. 8.

Incisio praeputii ope scalpelli et specilli sulcati.

- a. Specillus sulcatus argenteus.
- b. Scalpellus.

Fig. 9.

Excisio marginum praeputii incisi.

- a. Volsella chirurgica.
- b. Forceps.
- c. c. Praeputium incisum.

Fig. 10.

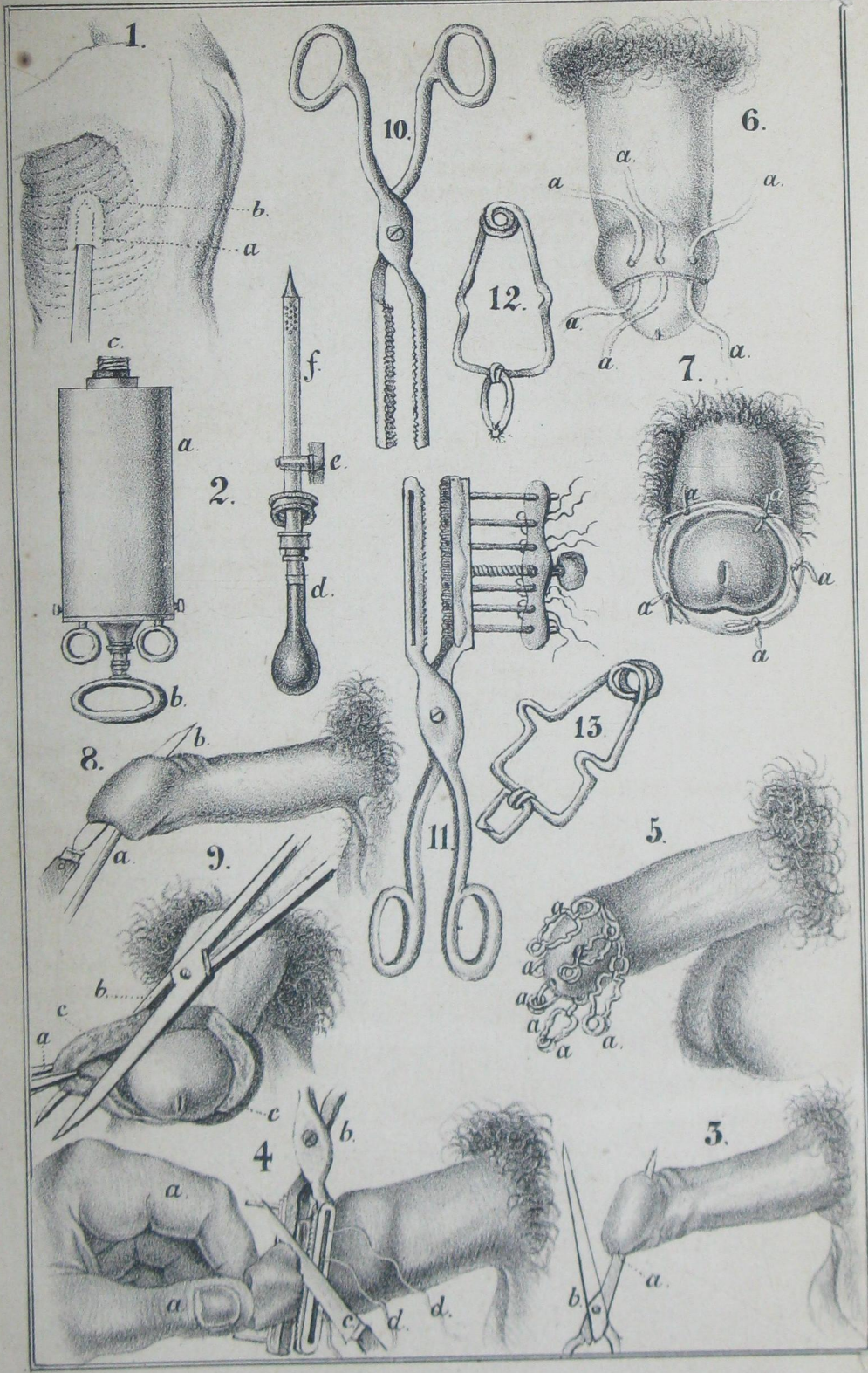
Forceps cum orificiis in maxillis.

Fig. 11.

Forceps pro operatione phymoseos a D. Zablotsky excogitata.

Fig. 12. 13.

Serphin.



Tab. XXXIV.

Fig. 4.

Operatio paraphymoseos per incisionem angustati praeputii ope specilli sulcati et scalpelli.

- a. Orificium praeputii retro coronam glandis penis constrictum.
- b. Specillus sulcatus.
- c. Scalpellus.

Fig. 2.

Taxis s. repositio glandis penis incarceratae in orificio praeputii constricti s. angustati.

- a. Orificium praeputii retro coronam glandis penis constrictum.
- b. Glans penis incarcerata.
- c. c. Digiti indices operatoris.
- d. d. Pollices operatoris.

Fig. 3.

Altera methodus repositionis glandis penis incarceratae.

- a. Orificium praeputii constricti.
- b. Glans penis incarcerata.
- c. Manus dextra operatoris.
- d. — sinistra.

Fig. 4.

Operatio fistulae vesico-vaginalis.

- a. Fistula vesico-vaginalis.
- b. b. Forcipes Amussat.
- c. Collum uteri.
- d. Vagina — .

- e. Orificium uteri.
- f. Catheter femininus.
- h. h. h. h. Fila s. ligaturae.
- i. i. i. Digiti adjutoris.
- 2. Sond à dard.
- g. Acus cum filo s. ligatura.

Fig. 5.

Variae incisiones pro exarticulatione s. amputatione pedis extremi.

- a. a. Incisio integumentorum pedis ad methodum Malgaigne.
- b. b. Incisio integumentorum pedis ad methodum Syme.
- c. c. Incisio integumentorum in dorso pedis ad methodum Pirogoff.

Fig. 6.

- a. b. Arteriae dorsales pedis.
- c. d. Tendines musculorum tibialis antici et flexoris quatuor digitorum long.
- e. Tendines musculorum extensorum digitorum.
- f. Os tibiae.
- g. — calcanei.
- h. i. Arteriae plantares.

Fig. 7.

- a. Cicatrix post operationem exarticulationis s. amputationis pedis extremi.
- b. Crus.

Fig. 8.

Calceamentum pro operatis.