

сторонѣ.—Къ моментамъ, вызывающимъ наступленіе cystocele относятся: а) физическія напряженія (общій для всякой грыжи моментъ); б) застой мочи съ атрофіей стѣнки и увеличеніемъ подвижности органа; с) присутствіе дивертикула; d) асимметричность формы пузыря; е) присутствіе предпузырного жира, влекущаго въ каналъ стѣнку пузыря; f) прочныя сращения стѣнки съ брюшнымъ покровомъ (для образованія вторичной cystocele).—Въ клинической картинѣ заболѣванія, въ общемъ представляющей обычной для кишечно-сальниковыхъ грыжъ, наиболѣе характерными для cystocele являются: а) ненормальности въ мочеиспусканіи (частота, задержаніе) и боли въ мочевомъ пузырьѣ; б) связь величины грыжи съ наполненіемъ мочевого пузыря (мочою или вливаемой жидкостью); с) иногда особый звукъ («glou-glou»), слышимый въ грыжевой опухоли при мочеиспусканіи.—При операціи по поводу распознанной cystocele, или обнаруженной при herniotomii кишечной, пузырь можетъ быть отдѣленъ отъ грыжевого мѣшка или вправленъ вмѣстѣ съ нимъ. Въ случаяхъ невраивимости или при рѣзкомъ истонченіи cystocele была произведена резекція. Пузырный жиръ совѣтуютъ убирать.

**В. Ф. Байковъ.** *О нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при съеніи застарѣлыхъ грыжъ.*

Оперируя ущемленную мошоночную грыжу 20-лѣтней давности, авторъ натолкнулся на цѣлый рядъ затрудненій. Прежде всего вслѣдствіе ущемленія въ верхнемъ отдѣлѣ грыжевого мѣшка кишки не могли быть вынуты изъ мошонки, для чего потребовался разрѣзъ ея по передней поверхности. Въ содержимомъ грыжи оказалась около аршина тонкой кишки съ утолщенными стѣнками и значительно утолщенной (до  $\frac{1}{2}$  вершка) брыжейкой, очевидно, вслѣдствіе постоянного венознаго застоя. Ущемленіе ничѣмъ не отразилось на тонкой кишкѣ. Вмѣстѣ съ ileum въ грыжѣ оказались соесимъ съ appendix'омъ и восходящая часть толстой кишки. Эти послѣднія имѣли нездоровый видъ; особенно сомнительными представлялись два пятна, повидимому, начала гангрены. Для рѣшенія вопроса о жизнеспособности кишечной петли въ подозрительномъ участкѣ, авторъ прибѣгаетъ къ надрѣзу стѣнки до мышечнаго слоя, при чемъ истеченіе изъ разрѣза алой крови даетъ ему право на заключеніе о сохраненіи жизнеспособности (на рану кладется шовъ). Въ данномъ случаѣ проба дала положительный результатъ, и рѣшено было приступить къ вправленію. Послѣднее однако удалось лишь послѣ увеличенія разрѣза брюшной стѣнки къ средней линіи до лобковаго сочлененія (съ отсѣченіемъ m. recti) и прокола толстой кишки для выпусканія скопившихся газовъ (на serosa шовъ). Послѣднимъ затрудненіемъ было вылушеніе грыжевого мѣшка, крѣпко спаяннаго съ подлежащими тканями. Послѣ операціонное теченіе со стороны кишечника и каждой раны гладкое.

Заживленіє мошоночной полости, тщательно дренированной, затянулось. Въ результатѣ полное выздоровленіє.

### В. Ф. Байковъ. *Neoplasma hepatis. Laparotomia.*

Ограниченность доступныхъ операціи печеночныхъ новообразованій заставляетъ автора опубликовать его случай. У 40-лѣтней, хорошо упитанной женщины въ теченіе 10 лѣтъ выросла въ полости живота плотная, бугристая опухоль, величиною съ куриное яйцо. Опухоль помѣщается на пальцѣ выше и правѣ пупка, подвижна при дыханіи. При операціи обнаружена связь ея съ печенью, куда опухоль входитъ въ переднемъ краѣ между желчнымъ пузыремъ и выемкой, отдѣляющей lobus quadratus отъ лѣвой доли. Опухоль имѣетъ рѣзкія границы, легко отдѣлена отъ охватывающаго ее салника, а также и отъ печени, для чего пришлось только перерѣзать брюшинный покровъ по границѣ соприкосновенія. Дефектъ печени, съ слабо кровоточащей поверхностью зашитъ кэтгутомъ.—При макроскопическомъ обслѣдованіи опухоли, найдено, что она состоитъ изъ кожистой оболочки, дов. хрупкой, мѣстами обызвестленной, и содержащаго, представляющаго въ центрѣ жирную маркую массу бѣлаго цвѣта и по периферіи слабозеленоватыя студенистыя перепонки. Микроскопическаго изслѣдованія не произведено.

### Проф. В. И. Разумовскій. *Хирургическія наблюденія: 12) О хирургическомъ леченіи стриктуръ тонкой кишки.*

Въ ряду суженій тонкой кишки особаго интереса заслуживаетъ группа такъ наз. гипертрофически-воспалительныхъ стриктуръ, выдѣленная Nothnagel'емъ. Казуистика этого заболѣванія, патолого-анатомически уже давно извѣстнаго, еще не достаточно обильна, и вопросъ о немъ представляется мало изученнымъ; однако, на основаніи данныхъ настоящаго времени, можно съ вѣроятностью большую часть гипертрофически-воспалительныхъ стриктуръ относить къ туберкулезнымъ. Еще менѣе изученныя сифилитическія стриктуры, большая часть которыхъ обнаружена на секціонномъ столѣ, пробѣли хирургическій интересъ за послѣднее время. 5 случаевъ изъ нихъ оперированы (1 случай принадлежитъ автору)—4 съ резекціей кишки и 1 (случай автора) путемъ энтероанастомоза. Относительно вида оперативнаго пріема авторъ высказывается въ пользу предпринятаго имъ. По этому же способу оперирована больная съ 2 стриктурами гипертрофически-воспалительнаго характера, но иного (вѣроятно туберкулезнаго) происхожденія. Въ обоихъ случаяхъ полученъ стойкій ре-