

ренцированные многополярные клетки с характерным бледным ядром и крупным ядрышком. Имеются участки, где ясно выражены большие и малые пирамидные клетки с дендригами. Среди нейроглии попадаются лучистообразные фигуры, напоминающие розетки, находимые иногда в глиосаркомах. Невдалеке от вышеописанных образований встречаются полости, то узкие, то кистознорасширенные, выстланные высоким цилиндрическим эпителием с образованием бокаловидных форм с круглыми, резко-окрашенными ядрами, расположенными у базального конца клеток с нежно-сетчатой полупрозрачной протоплазмой. В одном из кусков найдены включенные в общую массу участки, с отдельно расположенными группами эпителиальных клеток, по структуре напоминающих ткань поджелудочной железы. Микроскопическое исследование опухолевой массы позволяет установить, что мы имеем перед собой тератому, состоящую из элементов трех зародышевых листков.

Описываемый вид уродства представляет большой интерес, как ведущий часто к ошибочной диагностике, требующий иногда оперативного вмешательства при родах. Самое худшее, что акушер может сделать в подобном случае — это форсировать извлечение, несмотря на препятствие. В нашем случае такое форсированное извлечение в райбольнице вызвало разрыв шейки с образованием подбрюшинной гематомы.

Способы оперативного вмешательства различны и должны быть индивидуализированы в каждом отдельном случае. При наличии кистовидной формы нужно попытаться произвести прокол. При плотных формах приходится прибегнуть к операции внутриматочного иссечения или измельчения опухоли. Не приходится останавливаться также перед другими способами оперативного вмешательства, вплоть до эмбриотомии. В нашем случае, убедившись в невозможности извлечения плода, мы тотчас же приступили к внутриматочному иссечению опухоли, но быстрая смерть матери приостановила вмешательство.

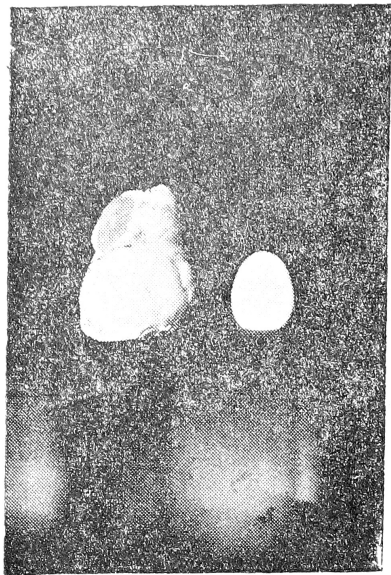
Гигантский камень мочевого пузыря.

П. С. Баженов.

Симптомы, сопровождающие камень мочевого пузыря, настолько неприятны, что больные не медлят обращаться за врачебной помощью; они имеют возможность, подвергнувшись довольно легкой операции, освободиться от камня мочевого пузыря. Благодаря этому теперь очень редко можно встретить крупные камни. Мне пришлось удалить исключительный по величине камень.

22/VIII 1935 г. в Ливенскую больницу поступил крестьянин 48 лет (№ по приемному журналу 2400) с жалобами на мучительные и частые мочеиспускания. Уже с тех пор, как б-ной помнит себя мальчиком, он страдал от болезненных и учащенных мочеиспусканий, особенно после езды на телеге; нередко показывалась и кровь в моче. В 1912 году б-ной обратился к участковому врачу, который заподозрил камень и порекомендовал ехать на операцию; б-ной, однако, этого не сделал; симптомы болезни то затихали, то обострялись. За последние 1/2 года состояние больного сделалось чрезвычайно мучительным, часто наблюдалась задержка мочи. По истечении 35 лет от начала заболевания больной обратился за врачебной помощью.

Status praesens. Со стороны внутр. органов патологич. изменений нет. При бимануальном исследовании хорошо прощупывается громадный камень, на 2 поперечных пальца выдающийся над лобком. Камнеискатель у входа в пузырь сразу натывается на камень и дальше не идет. Моча кислая, содержит эритроциты. 25/VIII 1935 г. под эфирным наркозом больному была сделана операция—Sectio alta. Пузырь ничем не наполнялся. Брюшинный заворот оказался и так высоко, и его удалось отодвинуть еще выше, так что обнажилась довольно большая часть пузыря, выпираемая камнем. Сделан продольный разрез стенки пузыря длиной в $4\frac{1}{2}$ поперечных пальца, и был вынут громадный камень. Вынимание камня было затруднительно, мешали глав. образом прямые мышцы, которые приходилось с силой раздвигать крючками. Камень вынут был пальцами, без помощи инструментов. Стенка пузыря толщиной 0,8 см., слизистая оболочка густо-красного цвета. Рана пузыря зашита наглухо кетгуттом, в 2 этажа. На апоневроз—кетгут, причем оставлена маленькая щель, через которую заведена в предпузырное пространство узкая марлевая полоска. На кожу скобки. Катетер à demeure.



Послеоперационное течение прошло гладко, и 6-ой выписался 19/IX 1935 года здоровым.

Камень неправильно-яйцевидной формы, весом 430 г.; диаметры по трем взаимноперпендикулярным направлениям $7 \times 8 \times 11$ см.; окружность по длиннику 29 см., окружность по поперечнику 23 см. Передняя поверхность камня гораздо ровнее задней,

где вследствие неравномерного отложения солей (что по всей вероятности вызвано складками слизистой пузыря) образовались причудливые, неподдающиеся описанию неровности (см. рисунок, камень заснят с передней поверхности, рядом для сравнения—куриное яйцо).

По величине камень большого может быть поставлен наряду с наиболее крупными, отмеченными в литературе.

Из Сарепульской городской больницы (зар. хир. отд. П. П. Митрофанов).

Отдаленные результаты после обширной резекции тонкого кишечника.

П. П. Митрофанов.

Описание отдаленных результатов при обширных резекциях кишок (около 2 метр. и более) должно представлять научно-практический интерес в отношении выбора операции и прогноза хирургического вмешательства при разного вида непроходимости и множественных повреждениях кишечника. По литературному материалу мне не удалось встретить описание отдаленных результатов при обширной резекции тонкого кишечника (общ. рез. т. к.). Очевидно они не прослежены, и, по представленным в литературе 30 случаям общ. рез. т. к., надо полагать, что авторы