

хорионэпителиомы (5), причем интенсивность реакции при них позволяет отграничивать эти заболевания от нормальной беременности. После удаления хорионэпителиомы при отсутствии метастазов сперматозоидная реакция в течение 10—15 дней становится отрицательной, при наличии метастазов остается резко положительной.

Таким образом, биологическая реакция на лягушках является достаточно надежным и удобным средством распознавания прогрессирующей беременности, особенно на ранних сроках, когда ее не удается установить бимануальным исследованием.

А. А. Вайндрух (Харьков). Цистоцеле вагиналис и камни мочевого пузыря

14/IV 1955 г. в урологическую клинику поступила 6-ная 75 лет, с жалобами на расстройство мочеотделения, боли при мочеиспускании, выпадение влагалища. Больной считает себя с 1915 г. — со времени перенесенной операции вентрофиксации, после которой, спустя полгода, наступил рецидив, стали еще больше выпадать матка и стенки влагалища, а, кроме того, появилась послеоперационная грыжа внизу живота. Больная все время пользовалась бандажом. Примерно с 1945—1946 гг. она стала отмечать у себя расстройство мочеиспускания, которое прогрессировало.

Живот мягкий, брюшная стенка дряблая, кожа сухая, в нижнем отделе живота — большие атрофические рубцы на коже и большая послеоперационная невосприимчивая грыжа. Полное выпадение стенок влагалища и шейки матки. Слизистая влагалища атрофирована, слизистая очень сухая, шероховатая. В области наружного зева имеются засохшие корки. С трудом удается вправить выпавшую матку и влагалище, но они сейчас же снова выпадают. Матка и придатки отдельно не контурируются. Наружное отверстие уретры — широкое, зияет, расположено на обычном месте; при введении металлического катетера в мочевой пузырь имеется изменение направления хода мочеиспускательного канала — вниз и наружу, клюв катетера хорошо прощупывается через влагалище.

Хромоцистоскопия: цистоскоп приходится вводить необычно: вертикально, вниз и спереди — дорзовентрально. При наполнении мочевого пузыря жидкостью промежуточное грыжевое выпячивание заметно расправляется, приобретает шаровидную форму. Емкость мочевого пузыря — 200 мл. Слизистая пузыря гиперемирована. На дне видны 3 камня, поверхность их гладкая, буроватого цвета (ураты). На верхушке мочевого пузыря, под лобком, виден щелевидный ход, ведущий в верхнюю часть деформированного мочевого пузыря. Устье мочеточников из-за камней не видно.

Учитывая глубокий возраст больной, большие кожные рубцы, грыжу в нижнем отделе живота и большую степень цистоцеле, а — с другой стороны — такие благоприятные условия, как возможность ощупывать камни мочевого пузыря через ткани влагалищного мешка, что облегчит их захватывание инструментом; эластичность и достаточную ширину уретры, хороший анализ мочи, — мы решили удалить камни через уретру.

25/IV 1955 г. было произведено удаление камней (А. А. Вайндрух). Под 0,5% новокаиновой анестезией уретра расширена толстыми бужами, а затем через уретру, штопорообразными движениями, из мочевого пузыря, по одному, удалены три уратных камня, гладкой поверхности, буроватого цвета, общим весом 14,0 г.

Мочевой пузырь промыт раствором фурациллина 1:5000, и в мочевом пузыре оставлены два постоянных тонких катетера: один в верхней части мочевого пузыря, другой — в нижней.

Назначены внутримышечные инъекции пенициллина на новокаине по 50 000 ед. через каждые 3 часа и промывание мочевого пузыря через катетеры.

26/IV температура нормальная, выделение мочи через постоянные катетеры — удовлетворительное. Так как катетеры беспокоили больную, было сделано промывание мочевого пузыря раствором фурациллина и катетеры были удалены.

В последующие дни мочеиспускание самостоятельное с небольшой болью, моча мутноватая, слизистая наружного отверстия уретры отечная. Назначены промывания мочевого пузыря через день раствором риванола 1:2000 с последующей инстилляцией в мочевой пузырь раствора фурациллина 1:5000 — 10 мл, внутрь — настой медвежьих ушек, после каждого мочеиспускания прикладывалась к уретре ватка, пропитанная рыбьим жиром, а на ночь — ватка с мазью (Дерматол 2,0 + йодоформ 0,5 + раствор адреналина 1:1000 — X капель + новокаин 1,0 + вазелин 50,0).

Спустя 9 дней после удаления камней, воспалительные явления уретры прошли, мочеиспускание свободное — с небольшой болезненностью, общее состояние хорошее, температура нормальная, остаточной мочи не было.

6 мая выписалась в хорошем состоянии.

Через 12 дней после выписки (18/V) больная осмотрена. Самочувствие хорошее, активна, ходит, занимается по дому хозяйством, мочеотделение свободное, без боли. Остаточной мочи нет. Наружное отверстие уретры — нормальное.

Вызывающий больше всего споров вопрос о методах удаления камня из мочевого пузыря не может, по нашему мнению, решаться догматично, без учета конкретных условий и обстоятельств, и выбор метода лечения должен решаться со строгим учетом индивидуальных особенностей в каждом отдельном случае. Мы считаем неос-

новательными и предвзятыми взгляды и выводы некоторых авторов, считающих, что удаление камней через уретру у женщин путем дилатации уретры должно быть оставлено. Мы не видели отрицательных последствий, которые заставили нас отказаться от этого метода, в соответствующих случаях применяемого охотно и успешно. Если и бывали иногда случаи недержания мочи после удаления камня, то они были кратковременны (1—2 дня).

Н. А. Шинбирев (Уфа). Смерть от метастаза рака языка в сердечную мышцу

Метастазы во внутренние органы при раке языка бывают очень редко. Многие авторы говорят о том, что регионарные лимфатические узлы на шее являются хорошим барьером, предохраняющим организм человека от метастазов в жизненно важные внутренние органы.

Считаем небезынтесным описать наблюдение, где причиной внезапной смерти, по нашему мнению, явился паралич сердечной деятельности, вследствие развития в мышце сердца ракового метастаза.

Б-ная Л., 49 лет, поступила в больницу 7/IX 1957 г. с жалобами на язву в области языка справа, сильные боли, отдающие в ухо, правую половину глотки и голову, зловонный запах изо рта, обильное слюноотделение и невозможность принимать пищу.

В течение длительного времени язык травмировался острым краем разрушенного $\overline{7}$ зуба.

В феврале 1957 г. на боковой поверхности языка появилась язвочка, которая не беспокоила и постепенно увеличивалась в размере. В марте обратилась к хирургу, который направил больную в зубохирургический кабинет, где удалили корни $\overline{7}$ зуба,

но улучшений не наступило. В последующем были удалены $\frac{7}{6}$ зубы. Язвочка на

языке продолжала увеличиваться.

13/VII 1957 г. больная была направлена в кабинет челюстно-лицевой хирургии. У больной был диагностирован рак языка III стадии. С 19/VII по 20/VIII 1957 г. проводилась телерадиотерапия на аппарате ГУТ—Со—400, больная получила 4000 г.

В результате лечения лимфатические узлы в правом подчелюстном треугольнике стали подвижные, в полости рта улучшений не отмечалось.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые слегка бледноваты, синюшны. Пульс—108, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце расширено вправо на 1,5 см. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление—135/85. Отмечаются неопределенного характера давящие тупые боли за грудиной. В легких дыхание ослабленное, везикулярное. Нб—60%, Э.—4 210 000, Л.—18 800: э.—2%, п.—4%, с.—72%, л.—12%, м.—10%, РОЭ—22 мм/час.

На правой боковой поверхности языка имеется язва, размером 3×2 см. на плотном основании, которая простирается от средней трети языка до передней трети корня языка, изъязвление частично захватывает слизистую дна полости рта справа. Язва с глубоко подрытыми неровными краями, покрыта обильным количеством некротических масс. Края язвы плотные, валикообразные, плотный инфильтрат занимает всю правую и среднюю часть языка с переходом инфильтрата на левую половину языка. Контуры лица и шеи правильные. В правом подчелюстном треугольнике определяются плотные, слегка подвижные пакеты лимфатических узлов. В сонном треугольнике лимфатические узлы не увеличены. Речь невнятная. Изо рта резкий зловонный запах, который заполнил всю палату. Температура—37,5°.

Диагноз: рак языка III стадии с метастазами в правые подчелюстные лимфатические узлы.

13/IX 1957 г. под местным обезболиванием (Н. А. Шинбирев) удалены клетчатка шеи с внутренней яремной веной справа; клетчатка, слюнные железы, все мышцы дна полости рта (кроме двубрюшных) и язык на уровне подъязычной кости. В пищевод был введен зонд для кормления больной. Капельно перелито 250 мл одноклеточной консервированной крови.

Патогистологическое исследование: в опухоли языка, в краях язвы отмечаются раковые жемчужины, в остальных участках языка опухолевые клетки приобретают характер неороговевающего рака (Э. Д. Видиккер и канд. мед. наук М. М. Гектина).

Послеоперационное течение гладкое. Состояние больной значительно улучшилось, настроение стало бодрым, запах изо рта не ощущался, речь резко изменена, но многое можно понять.

27/IX 1957 г. больная была демонстрирована на заседании Башкирского научного медицинского общества стоматологов.

30/IX 1957 г. во время утреннего обхода больная жаловалась на общую слабость, неприятные, давящие болевые ощущения за грудиной. Пульс—68, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичны.