

всей брюшной полости, вторичных миксоматозных кист или соединительнотканной организацией слизевых масс, продуцируемых клетками опухоли. Для уточнения нашего диагноза была произведена биопсия одного из плотных узлов опухоли в области пупка. Гистологическое изучение данного кусочка опухоли произведено в лаборатории прозекторской 1-й клинической больницы проф. Непряхиным, диагностировавшим ее как псевдомиксому.

Дальнейшее течение ложной миксомы брюшной полости обычно ведет к нарушению проходимости желудочно-кишечного тракта, прогрессирующему истощению и смерти.

В среднем, как удалось выяснить из литературных источников, продолжительность жизни неоперированных больных равна 3—4 годам от момента обнаружения опухоли живота. Вместе с тем, как указывают Спасокукоцкая, Юдин и другие, радикальное оперативное лечение дает прекрасный и весьма стойкий результат. Ранняя диагностика псевдомиксомы поэтому приобретает особую важность. Правильное прижизненное распознавание псевдомиксомы брюшной полости, как показывают случаи Мищенко и Пшенисной и наш, вполне возможно; биопсия кусочка опухоли подтверждает диагноз с достаточной точностью.

Поступила в ред. 21.III. 1938 г.

Из 1-й хирургич. клин. (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

О современных методах диагностики и результатах лечения злокачественных опухолей почек.

Проф. Ю. А. Ратнер.

Несмотря на огромные успехи урологической диагностики, результаты лечения опухолей почек и в настоящее время оставляют желать лучшего. Четверть века тому назад Израэль, большой мастер почечной хирургии, оценивал эти результаты, как „позор почечной хирургии“. Скорее несчастье, а не позор. Клиника располагает в настоящее время большими возможностями для „ранней“ диагностики опухолей почек. Оперативная техника нефрэктомии вполне разработана. Удаление почки не является уже столь трудной операцией. Смертность от операции в среднем достигает 20%. У некоторых хирургов она ниже. Так, у Федорова смертность равнялась 12,3%, у Кея 10%. Процент смертности в настоящее время, благодаря местной анестезии по методу проф. Вишневого и переливанию крови, еще больше снижается.

Несчастье в том, что огромное большинство оперированных погибает в течение ближайших трех лет от рецидива. По разным статистикам в среднем от рецидива погибает 50—60%. Рецидивы опухоли почки наблюдались даже спустя 10 лет после операции. В общем, длительное выздоровление после операции наблюдается только у одного из четырех оперированных (Гораш).

В чем же причина столь печальных результатов? Прежде всего в том, что злокачественные опухоли почек протекают длительное время очень скрытно, не давая никаких симптомов. Гипернефромы в особенности отличаются медленным ростом и малосимптомным течением. Проходят иногда долгие годы прежде, чем больной обнаружит появившуюся у него в подреберьях опухоль или заметит случайно кровь в моче. В особенности затрудняет диагностику отсутствие болевого симптома. Боль у многих больных отсутствует или мало выражена даже при наличии опухоли значительных размеров. Гематурия в большинстве случаев также не сопровождается болью. Боли при опухоли почки появляются сравнительно поздно, не имеют ничего характерного и наблюдаются меньше, чем в половине случаев. По данным Федорова, боль при опухолях почек отсутствует в 50%—60% случаев. Неудивительно, что больные часто не подозревают о своей болезни. Почувствовав какие-то неопределенные боли в пояснице или заметив небольшую примесь крови в моче, они не склонны придавать этому серьезное значение.

В коварном, скрытном, медленном течении опухолей почек лежит первая и главная причина позднего обращения больных за помощью.

Другая причина плохих результатов лечения опухолей почек кроется в том, что подавляющая масса врачей, к которым обращаются больные с неопределенными жалобами и с замеченной гематурией, не подозревают опухоль или отказываются от своих подозрений, ничего не прощупав в подреберьях. Таким образом, центр тяжести в решении этой проблемы лежит в ранней диагностике, до появления заметной опухоли и метастазов.

К сожалению, симптоматология опухолей почек крайне скудна. Известна триада симптомов, характерная для злокачественных новообразований почек: боль, опухоль и гематурия. Два других симптома—метастазы и кахексия,—выставленных в свое время Израэлем, не имеют практического значения. При наличии этих симптомов диагноз прост, но прогноз плохой.

Боль при опухолях почек, как уже отмечено, наблюдается меньше, чем в половине случаев. В некоторых случаях больные отмечают ноющие тупые боли в пояснице; в других случаях боли носят характер почечной колики, вызванной, очевидно прохождением кровяного сгустка. Тупые ноющие боли не привлекают, обычно, внимания амбулаторного врача и не фиксируют, во всяком случае, его на диагностике злокачественной опухоли почек. Острые боли, типа почечной колики, по крайней мере заставляют думать о каком-то страдании почек, чаще—о почечно-каменной болезни. С точки зрения ранней диагностики, почечная колика имеет несомненно большое значение. Клиническое исследование в этих случаях может раньше открыть характер болезни.

Диагноз новообразования становится весьма вероятным, когда удается прощупать опухоль при наличии в анамнезе характерной, бессимптомной гематурии. Диагноз при наличии опухоли никак нельзя назвать ранним, в особенности, когда опухоль неподвижна. Надо отметить, что опухоль удается прощупать, когда она достигает значительных размеров и выходит из-под реберной дуги. Опухоли,

исходящие из верхнего полюса почки, не поддаются пальпации. При увеличении размеров высоко сидящей опухоли, прощупываемый нижний полюс почек часто представляется с поверхности не измененным. Это обстоятельство следует иметь в виду. У тучных субъектов, как известно, почку не легко прощупать. Кроме того, пальпаторный опыт играет не последнюю роль в частоте выявления этого симптома по разным авторам. В среднем, по разным статистикам, опухоль прощупывалась в 80—85% сл. (Федоров).

Интересно, что по мере роста опыта и совершенствования методов диагностики, процент прощупываемых опухолей на материале некоторых хирургов не поднимается, а падает. Это не должно вызывать удивления. Диагностика во многих случаях стала возможна еще до появления опухоли. Так, Израэль на первые 62 случ. прощупал опухоль в 91%, а в дальнейшем только в 75%. Совершенно прав Готлиб, когда говорит, что Израэль не разучился пальпировать, а научился раньше диагностировать. У больных самого Готлиба опухоль прощупывалась лишь в 60% сл. Это несомненно говорит об улучшении диагностики в его клинике. Небезынтересно отметить, что опухоль без гематурии, как первое проявление болезни, отмечается в клинике Майо лишь в 13,6%. У Готлиба пальпируемая опухоль без гематурии отмечена всего в 3 случаях на 22—7,5%. На нашем материале опухоль без гематурии наблюдалась в 4 случаях, при гематурии в 14 сл. на 30 больных.

При наличии только одного признака—опухоли, хотя бы и бугристой, трудно высказываться о характере этой опухоли. Дифференциальный диагноз чаще всего приходится проводить с кистозно-дегенерированной почкой, калькулезным гидронефрозом, туберкулезом и т. д.

Даже сочетание двух симптомов, опухоли и гематурии, не является решающим для диагноза злокачественной опухоли. Необходимо учесть характер гематурии.

Наиболее частым и ранним признаком злокачественной опухоли почки несомненно является гематурия. Понятие „ранней“ в отношении гематурии весьма условно. Гематурия наступает большей частью при длительном существовании и значительном росте опухоли, но описаны и случаи, сопровождавшиеся гематурией, когда на операции была найдена опухоль маленьких размеров, с вишню (напр., случай Израэля), где гематурия наблюдалась только раз на протяжении 8 лет. С другой стороны, иногда солидные опухоли вовсе не дают кровотечения. С большой частотой и силой, а также значительно раньше происходит кровотечение из опухолей почечной лоханки.

Когда прощупывается опухоль, можно быть уверенным, что больной попадет к хирургу. Не то при гематурии без опухоли. При неопределенных жалобах больного, не зная характерных особенностей гематурии при злокачественной опухоли, врач часто и не подозревает существование последней. Меньшую смертность по сравнению с другими у Федорова, Кея, Фронштейна, Готлиба нельзя не поставить в связь с ранней обращаемостью. У Кея до года обратилось 80% больных, у Федорова 59%. Отсутствие гематурии ведет к тому, что больные обращаются поздно, с большой, неподвижной опухолью.

Каковы характерные особенности гематурии при опухоли почки, в отличие от кровотечения при других заболеваниях почек? Особенно характерна для опухоли гематурия профузная со сгустками (часто червеобразными), без болей, мочевых расстройств, периодическая (интермитирующая). Кровотечение при опухоли обычно наступает от узury стенки сосуда прорастающей опухолью, вследствие чего кровотечение бывает значительным. Чистая кровь быстро свертывается, дает сгустки. Форму червеобразных сгустков она принимает иногда, проходя по мочеточнику. С образованием тромба кровотечение как бы внезапно останавливается, обрывается и наступает снова через известный промежуток времени; отсюда периодическая, интермитирующая гематурия. Гематурия обычно не сопровождается болью при неизмененных мочевыводящих путях. Иногда бывают приступы почечной колики, утихающие при отхождении сгустка.

На нашем материале гематурия наблюдалась 24 раза. В 2 случаях отмечались легкие приступы почечной колики на высоте кровотечения. Кровотечение со сгустками наблюдалось в 16 случ. Переменная гематурия—в 22 сл., т. е. в подавляющем большинстве. По данным Уэллса гематурия наблюдается в 70—80% случаев, по Израэлю—в 80%, по Федорову—в 85%. Необходимо иметь в виду, что женщины часто просматривают кровь в моче, а многие больные только после вопроса врача вспоминают о ранее бывавшей кровавой моче. Гематурия, обычно, наступает без всяких видимых причин. Редко можно отметить травму. Значение беспричинной и бессимптомной гематурии для диагностики опухоли почки трудно переоценить.

Поставив акцент на этом симптоме в поликлинической практике, мы во многих случаях могли обнаружить в подреберьи опухоль, о которой больной не подозревал, и почти во всех случаях оказались правы в предварительном диагнозе. Этим же мы объясняем известный „рост“ числа опухолей почек в нашей клинике за последние годы.

Из всей триады симптомов злокачественного новообразования почки мы ставим по значению и частоте на первое место гематурию, на второе место—опухоль, на третье—боль (колику).

Из других симптомов при опухолях почек многие отмечают varicoscele на больной стороне. Израэль встретил varicoscele 34 раза у 126 больных, Федоров 5 раз на 89 сл., Маянц 4 раза (10%), у нас—2 раза.

Varicoscele возникает как бы внезапно, на больной стороне, не сопровождается болью и не исчезает при горизонтальном положении. Varicoscele является указанием на затруднение оттока из *v. spermaticaе. internaе* и должна рассматриваться как поздний симптом (прорастание опухоли). В одном нашем случае при наличии varicoscele опухоль оказалась подвижной и операбельной.

Наблюдаемое, иногда, повышение температуры (интоксикация, распад) не имеет определенного диагностического значения.

Мы уже указывали, что метастазы и кахексия являются поздними симптомами. О метастазах при гипернефроме почки следует помнить,

ибо они протекают бессимптомно. Чаще всего, как известно, гипернефрома дает метастазы по кровеносным путям (легкие, печень, кости). В литературе имеется немало сообщений, когда болезнь открывалась метастазом (случайная рентгеноскопия легких, перелом кости на месте метастаза и т. д.). Наличие метастазов делает прогноз мрачным.

Кроме указанных метастазов, мы наблюдали в 3 случаях метастаз в яичко. Во всех 3 случаях метастаз был обнаружен на консультации у больных с неопределенным диагнозом. У всех этих больных можно было легко прощупать первичную опухоль в почке. При обнаружении метастазов в легких (3 сл.) и яичке мы воздерживались от операции.

Кахексия при опухолях почек наступает сравнительно поздно. Вероятно это объясняется наличием у большинства почечных опухолей собственной плотной капсулы. Поражает обычно хорошее самочувствие и прекрасный вид больных. Появление кахексии чаще всего говорит о метастазах.

Исследование мочи, по нашим наблюдениям, мало помогает установлению диагноза опухоли почки. Редкие эритроциты в моче встречаются вскоре после макроскопической гематурии. Отсутствие эритроцитов в моче не говорит против опухоли. Скорее—наоборот. Отрицательные данные со стороны мочи позволяют исключить камень и туберкулез. Нам ни разу не посчастливилось найти в моче элементы опухоли или характерные клетки при эпителиальных опухолях.

Современными методами ранней деагностики являются, как известно, цистоскоп и рентген. Если хирург стремится оперировать раньше и тем самым получить лучшие результаты, обойтись без специальных методов исследования невозможно.

Цистоскопия может дать ответ на вопрос о стороне поражения. Цистоскопия на высоте кровотечения, если удастся отмыть пузырь, позволяет сразу отвергнуть обычный диагноз геморрагического нефрита (кровь поступает из одной почки). Цистоскопия в интервале только в редких случаях помогает диагнозу (торчащая в устье мочеточника папиллома, часто указывающая на такой же процесс в лоханке). Цистоскопия, как правило, производится с целью определения функциональной способности почки и, тем самым,—неясной иногда больной стороны (хромоцистоскопия). При положительных данных (полное исчезновение функции или значительное ослабление) хромоцистоскопия может иметь решающее значение при соответствующей клинической картине. Однако отсутствие выделения синьки на больной стороне наблюдается не во всех случаях. Чаще синька запаздывает, а иногда, несмотря на опухоль, выделяется нормально. Это явление находит свое объяснение в размерах опухоли. При небольших опухолях функция почки мало страдает. Даже при значительной по величине опухоли, занимающей полюс почки, функция органа может сохраниться. Известно, что для выполнения функции почки достаточно $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ сохранившейся паренхимы ее. Фронштейн даже полагает, что относительная сохранность выделительной способности почек является патогномичным для опухоли, в отличие от туберкулеза, где деструктивные изменения захватывают большую часть

почки. И по данным Кукуджанова функция почки больше страдает при туберкулезе, чем при опухоли. Т. о., данные хромоцистоскопии нужно сопоставить с клиникой, иначе легко впасть в ошибку. Федоров наблюдал запаздывание функции больной почки в 97% случаев. Мы, за исключением двух случаев, всегда видели заметное запаздывание или полное исчезновение функции больной почки, в зависимости от размеров опухоли.

Простой обзорный рентгено снимок, предпринимаемый обычно с целью исключить почечно-каменную болезнь, может служить для суждения о размерах почки, если он хорошо выполнен. При локализации опухоли в нижнем полюсе, на хороших снимках отчетливо видны контуры увеличенной почки. Однако, основанием для точной диагностики опухоли почки простой снимок не может служить.

Лучшим современным методом диагностики является ретроградная пиелография, которую мы применяли во всех случаях подозрения на опухоль почки, начиная с 1927 года. Противопоказанием к пиелографии может явиться сильное кровотечение. Ретроградная пиелография позволила нам поставить правильный диагноз во всех случаях, кроме двух, притом — в случаях, где опухоль не прощупывалась. Диагноз в большинстве случаев подтвержден на операции.

Рентгеновская картина опухоли почки бывает весьма различной. Опухоль значительных размеров вызывает более или менее равномерное сдавление всего почечного таза (лоханки и бокалов). В этих случаях мы отмечаем на пиелограмме сдавленную и вытянутую лоханку, уменьшенные или вытянутые тени бокалов, иногда отсутствие тени бокала. Мочеточник, приподнятый в прилоханочном отделе растущей кнутри опухолью, на рентгенограмме описывает дугу вогнутостью кнутри.

При локализации опухоли в верхнем или нижнем полюсе отмечается отсутствие тени или смазанность контуров соответствующей чашечки.

Если опухоль прорастает в бокалы и лоханку, мы видим на снимке дефект наполнения, смазанность тени, изъеденность контуров и т. д.

При больших опухолях тени от некоторых бокалов исчезают; лоханка и заполненные бокалы дают вытянутые длинные тени. Картина в целом несколько напоминает ножки паука.

Прилагаемые рисунки дают некоторое представление об изменениях на контрастных снимках при опухолях почек.

Источниками ошибок при чтении рентгенограммы могут быть самые различные обстоятельства. Готлиб допускает, что тень от лоханки может не получиться, если катетрик продвинут очень высоко и проник в верхнюю чашечку. Ложные дефекты наполнения лоханки могут быть вызваны камнем или кровяным сгустком. Изъеденность контуров чашек мы наблюдаем и при туберкулезе. Совершенно очевидно, что читающий снимок должен знать клиническую картину.

Пиелонефроскопия, по нашим впечатлениям, мало что может прибавить к пиелографической картине. Готлиб рекомендует этот дополнительный метод исследования, чтобы перед операцией иметь представление о степени подвижности почки. Мы полагаем, что этот

частный вопрос разрешается при операции. Насколько мне известно метод этот широкого распространения не получил.

Так же, повидимому, обстоит вопрос о применении для диагностики опухолей почек т. н. пневморен (рентгенография с введенным в околопочечную клетчатку воздухом). Мы не можем отрицать полностью значение пневморен для диагностики. Однако этот метод связан с некоторой опасностью при опухолях (развитая венозная сеть). В огромном большинстве случаев ответ на вопрос дает пиелография. В тех редких случаях, когда опухоль растет латерально (их именно имеет в виду Готлиб, применяющий пневморен) и не вызывает изменений лоханки, пневморен дает представление о размерах увеличенной почки. Увеличенные контуры почки еще не обязательно указывают на опухоль. Простой, обзорный снимок также дает представление о размерах почки. Что же касается сращений почки, которые могут быть обнаружены при помощи пневморен, то их наличие все равно не снимает вопроса об операции. Личного опыта с пневморен, по этим соображениям, мы не имеем. Судя по литературе поклонников этого метода немного. Из работы Маянца (клин. Готлиба) не видно, применяется ли в клинике попрежнему пневморен при опухолях почки. Внутривенная пиелография не дает ясной контрастной тени почечного таза и следовательно не может заменить ретроградной при диагностике опухолей. Мы применяем внутривенную пиелографию при опухолях для определения функциональной способности почек.

Таким образом, хирург, владеющий современными методами диагностики (цистоскопией и пиелографией), может в большинстве случаев своевременно распознать опухоль. В клинике Готлиба (Маянц) опухоль распознана во всех случаях, между тем еще не так давно диагноз опухоли почки, когда опухоль не прощупывается, казался если не невозможным, то мало достоверным.

Характер опухоли не может быть установлен с достоверностью до операции. Практически всякую опухоль почки следует считать злокачественной. Доброкачественные опухоли почки встречаются очень редко. Папилломы лоханки требуют еще более радикального лечения (нефроуретеректомия), чем гипернефрома и рак. Как известно, папилломы лоханки дают часто обсеменение по мочеточнику и в мочевом пузыре. Преобладающий вид опухолей почек — гипернефрома (у Израэля — 80%, Федорова — 90%, Альбрехта — 98%). Дальше следует рак, саркома и смешанные опухоли. Последние встречаются чаще у детей. На нашем материале наблюдались у детей смешанная опухоль и случаи саркомы.

Гипернефромы клинически проявляют себя весьма своеобразно. В одних случаях огромная опухоль не дает метастазов. В других случаях маленькая опухоль приводит быстро к смерти от метастазов. Клиницисты говорят о „доброкачественных“ и злокачественных гипернефромах. Описаны случаи гипернефромы 12-летней давности. По своему строению гипернефрома является аденомой, развившейся из заблудших клеток надпочечника и склонной к злокачественному перерождению. Рак отличается более злокачественным течением. Макроскопически отличить рак от гипернефромы трудно. Гипернеф-



Рис. 1. Б-ной Т., 20 лет. Увеличенная тень левой почки. Деформация лоханки и чашечки.



Рис. 2. Б-ной В., 55 лет. Опухоль левой почки. Отсутствие верхней чашечки (сдавление).



Рис. 3. Б-ной Аб., 52 л. Гипернефрома левой почки с метастазом в легкое. Резко увелич. тень левой почки. Отсутствие чашечки и сдавление лоханки.



Рис. 4. Б-ная Е. У. Лоханка оттеснена к позвоночнику. Отсутствие средней чашечки. Сдавление нижней чашечки.

рома имеет свою капсулу. В стадии распада гипернефрома, окруженная капсулой, может походить на кисту (кровянистое содержимое). В одном из наших случаев подобная киста была принята за доброкачественную (гематурия отсутствовала). Была произведена консервативная операция (резекция почки). Гистологически оказалась гипернефрома. Больной подвергся второй радикальной операции.

При невозможности точной диагностики лучше произвести нефрэктомию. На 34 случая опухолей почки мы встретили в 3 случ. доброкачественные опухоли (2 сл. солитарной кисты, 1 сл.—эхинококка, в 1 сл.—папиллomu лоханки, в 2 сл.—папиллярный рак, в одном случае—саркому, в 1 сл.—цисто-аденому, в 1 сл. рак, в 1 сл.—смешанную опухоль, околопочечную, в 1 случ. сочетание гипернефромы почки и рака мочевого пузыря. Консервативная операция произведена 1 раз и то—ошибочно.

Переходя к вопросу о лечении злокачественных опухолей почек мы должны подчеркнуть, что единственным методом лечения пока является оперативный. Попытки рентгенотерапии не дали хороших результатов. Клетки гипернефромы считаются мало чувствительными к лучам Рентгена.

Диагноз злокачественной опухоли диктует экстирпацию почки, если она возможна. Общими противопоказаниями к операции являются значительная кахексия и множественные метастазы. Единичные метастазы, поверхностно расположенные, как скажем, в яичке, не служат по мнению Федорова и др. противопоказанием к операции. В наших случаях с метастазами в яичко мы не вмешивались по другим причинам (общая кахексия, неподвижная большая опухоль). В подходящих случаях следуем совету покойного Федорова.

Общее правило—перед операцией определить функцию другой почки. Обычно применяемая красочная проба с индиго-кармином может ввести хирурга в заблуждение. Дело в том, что при длительном существовании опухоли и сопутствующей интоксикации вторая почка отвечает токсическим нефритом. Функция ее может оказаться пониженной. Однако, практически двустороннее поражение почек—крайне редкое явление. При подозрении на метастаз на другой стороне необходима двусторонняя пиелография и катетеризация другой почки. Отсутствие недостаточности почечной функции при прощупываемой опухоли является косвенным указанием на достаточную функцию другой почки.

Противопоказанием к операции является, по мнению многих, неподвижность опухоли.

Больные с опухолью почки плохо переносят операцию под общим наркозом. Последние годы мы удаляем почку под местной анестезией и смертей не имели. Правда, не всегда возможно довести операцию до конца под местной анестезией. Слабым больным после операции производим переливание крови.

Техника нефрэктомии в существенном не изменилась со времени Израэля. Радикальная операция при опухоли почки должна преследовать иссечение вместе с почкой околопочечных капсул, а также жировой ткани. Она выполнима в незапущенных случаях. Федоров, как известно, не настаивал на обязательном удалении почечных

капсул и клетчатки. Однако, наблюдения показывают, что рецидивы наступают чаще всего на месте операции. Маянц отмечает, что рецидивы в 70% развились в околопочечной клетчатке. Особенно радикальна должна быть операция при опухолях лоханки, часто дающих метастазы по мочеточнику. Федоров, Фронштейн, Гораш и др. настаивают на удалении вместе с почкой всего мочеточника. Манион и Майо еще более радикальны и начинают операцию с резекции части мочевого пузыря, переходя затем к нефроуретеректомии. Радикализм вполне оправданный, но трудно выполнимый.

Вопрос о доступе к почке продолжает дебатироваться на страницах печати. Какой путь лучше—трансперитонеальный или люмбальный? Насколько я могу судить по доступной мне литературе, большинство предпочитает поясничный путь. Он ближе и безопаснее. При больших опухолях следует отдать предпочтение трансперитонеальной операции. При опухолях, сидящих в верхнем полюсе почки, лучше поясничный путь. В большинстве наших случаев с ясным до операции диагнозом, мы удаляли почку из поясничного разреза. Только в 4 случаях мы шли чрезбрюшинным путем: 2 раза из-за больших размеров опухоли, и 2 раза из-за неясности локализации. Осложнений в связи с операцией мы не встретили, к клеммам *à demeure* не прибегали. В 2 случаях опухоль признана неоперабельной. На 23 оперированных случая мы имеем 3 смерти, из которых 2 падает на пробную люмботомию. Ближайшая послеоперационная смертность, как уже указывалось, сравнительно невелика (12—22% по Федорову).

Поступила в ред. 28. XI 1938 г.

Из 1-й хирургич. клиники Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (дир. клиники проф. Ю. А. Ратнер).

Вопросы диагностики и лечения солитарной кисты почки.

Н. И. Любина.

Солитарные кисты почек встречаются в клинике весьма редко. До 1931 года в литературе описано 145 случаев. За последние годы в доступной нам литературе мы нашли еще два случая, описанные Бурлаковым, Дыхно и Адамовым. По сводной статистике хирургических операций на почках Федорова, Израэля, Шеде, Кронлейна на 1154 операции солитарные кисты встретились только 2 раза.

Бронх отмечает, что патолого-анатом в 3—5% случаев аутопсии находит одиночные кисты, которые клинически не определяются. Поэтому каждый случай, наблюдаемый в клинике, представляет несомненный интерес.

Больная Б., 39 лет, педагог, поступила в клинику 17/IX 1937 г. Несколько лет тому назад она заметила в правой половине живота опухоль. Вначале опухоль была небольших размеров и не причиняла никаких расстройств. За последние 2 года