

Eichlam, *Солитарная ксантома бедра* (Zbl. f. Chir., 1937, № 44).

Автор отмечает редкость поражения трубчатых костей опухолями этого рода. В 1936 году Bahls опубликовал один случай ксантомы плеча. Автор оперировал 6-летнюю девочку по поводу опухоли левой бедренной кости. До операции был поставлен диагноз: гигантоклеточковая саркома. Гистологическое исследование после операции подтвердило ксантому. Операция заключалась в удалении очага из кости путем выдалбливания и выскабливания. Повторное исследование клинически и рентгенологически через 10 лет после операции показало полное излечение. На месте операции—незначительное затемнение кости.

Юров.

Campbell Bedy, *Пиелография при эхинококке почки* (The British Journ. of Surgery Vol. XXIV, № 96, стр. 691—702).

Эхинококк почки встречается нечасто. Автор в своей работе собрал описания отдельных случаев, обследованных пиелографически, и на основании изучения их и собственного случая делает попытку дать схему пиелографической картины при эхинококке почки. Автор различает следующие формы: 1) закрытую, при которой эхинококковая киста не соединяется с лоханкой, 2) ложно-закрытую, при которой киста соединяется с почечной лоханкой, но паразит остается невредимым, 3) открытую форму, при которой оболочка паразита разорвана, 4) случаи с вторичными кистами чашечек. Работа снабжена многими рисунками.

В. Маят.

Cooper, *Рак желчного пузыря* (Archives of Surgery, том 35, № 3, сент. 1937 г., стр. 431—448).

Автор собрал 48 случаев этого редкого заболевания за 20 лет работы Нью-Йоркского госпиталя. Наиболее частый возраст больных 50—60 лет. Наибольшее значение в этиологии имеют желчные камни (69% случаев по литературным данным), определенное, хотя и меньшее, значение приписывается хронической инфекции желчного пузыря.

Встречаются две главные анатомические группы рака пузыря. Наиболее частая—это аденокарцинома, либо папиллярная форма ее, наполняющая весь пузырь, вызывая даже его растяжение. Этот вид рака пузыря редко метастазирует, медленно растет, не обладает инфильтрирующим ростом.

Вторая форма—инфильтрирующая, более частая (56% случаев). Обладает быстрым ростом, часто метастазирует. Третья форма—цирротическая, ведущая к сморщиванию или резкой деформации пузыря (в виде песочных часов). Последняя форма—это слизистый рак, с обильной секрецией желатинообразного вещества, которое растягивает пузырь.

Вторую патолого-анатомическую группу рака пузыря составляет мозговидный рак. Полагают, что в основе его лежит метаплазия. Он дает метастазы, которые принимают иногда аденокарциноматозные формы.

Автор изучал распространение рака пузыря по лимфатическим путям на печень и лимфатические железы ворот, как путем прямого перехода на соседние органы (12-п. кишку и ободочную, в которые при этом могут открываться свищи), так и метастатическим путем.

Клиническое изучение случаев рака пузыря показывает, что симптомами, заставляющими предполагать наличие опухоли пузыря являются—постоянная боль, значительное исхудание, наличие болезненной опухоли в области нижней поверхности печени, и, наконец появление желтухи. Подозрительны на рак случаи быстрого прогрессирования болезни у лиц, являющихся носителями камней.

Лечение—только оперативное. Операция почти всегда оказывается запоздалой и состоит в большинстве случаев лишь в пробной лапаротомии или биопсии. Среди случаев, представленных автором, 16 раз была возможна холецистэктомия: смертность при ней очень велика (25%), а результаты ее мало утешительны. В одном только случае результат был хорошим в течение более двух лет. А. считает холецистэктомию показанной во всех тех случаях, где распознавание поставлено достаточно рано.

Н. Н. Прокофьев.