

## РЕФЕРАТЫ.

### Патологическая анатомія.

**Высоковичъ В. К. проф.** *Патологическая анатомія. Лекціи, читанныя въ Университетѣ Св. Владиміра.* Выпускъ I-й. Изданіе 2-ое, исправленное и дополненное. Кіевъ, 1901 г.

На дняхъ вышли въ печати лекціи по Патологической анатоміи, читанныя въ Университетѣ св. Владиміра проф. В. К. Высоковичемъ, съ 31 рис. въ текстѣ. Лекціи обнимаютъ собою почти полный курсъ патологической анатоміи, какъ общей, такъ и частной. Хотя онѣ носятъ сжатый, конспективный, характеръ изложенія, но содержатъ все существенное и главное; приводятся новыя ученія и послѣдніе взгляды на патологическіе процессы, и довольно много удѣляется общепатологической сторонѣ измѣненій. Первая часть—общая патологическая анатомія—дѣлится на пять отдѣловъ, изъ которыхъ первые два посвящены регрессивнымъ и прогрессивнымъ измѣненіямъ тканей, третій—содержитъ ученіе о воспаленіи, а послѣдніе два заключаютъ главу анкологіи, пролиферационныя и инфекціонныя опухоли. Въ отдѣлѣ атрофій приводится, какъ отдѣльная патологическая форма, студенистая или слизистая атрофія, рассматривавшаяся ранѣе какъ слизистая метаплазія по Virchow'у; наблюдается она въ жировой клѣтчаткѣ эндокардія при различныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ и состоитъ въ атрофіи жировой ткани и отека промежуточнаго вещества. Главу о дегенерациі авторъ расширяетъ кератогиалиновымъ и мѣлиновымъ перерожденіемъ. Послѣднее встрѣчается въ мокротѣ при бронхіальной астмѣ и катархахъ мелкихъ бронхъ, чаще всего на почвѣ эмфиземы легкихъ Мѣлиновому перерожденію подвергается альвеолярный эпителий, содержа матовоблестящіе камочки. Кромѣ того и внѣ клѣтокъ попадаютъ блестящія слоистыя тѣла, похожія на тѣ фигуры, которыя даетъ въ размяченыхъ мозговыхъ участкахъ или при разбалтываніи мозговой массы съ водою, откуда и получило названіе мѣлиноваго, хотя сущность его еще и не выяснена. Предполагается, что оно есть только видоизмѣненіе жирового и мѣлиновое вещество

стоитъ близко къ жиру, но отличается отъ него растворимостью въ водѣ и не даетъ реакцій, характерныхъ для жира. Гялиновое перерожденіе авторъ не считаетъ предшествующей стадіей амилоиднаго, а раздѣляетъ гялины и амилоидъ какъ отличающіеся одинъ отъ другого и этиологически, и по различнымъ реакціямъ, совмѣстное же ихъ нахожденіе объясняетъ раньше уже бывшимъ гялиновымъ перерожденіемъ. Амилоидное вещество является сложнымъ продуктомъ, образующимся въ самихъ тканяхъ организма, а не циркулирующимъ въ готовомъ видѣ въ крови.

Въ отдѣлѣ прогрессивныхъ процессовъ, кромѣ гипертрофій и гиперлазій, излагается регенерація. Довольно подробно и ново разработана глава о воспаленіи. Замедленіе кровяного тока при воспаленіи объясняется пониженнымъ кровянымъ давленіемъ вслѣдствіе усиленной болѣвой эксудации. При эмиграціи форменныхъ элементовъ крови отмѣчается предпочтительное выселеніе красныхъ шариковъ изъ капилляровъ (красное опечененіе при крупозной пневмоніи) и бѣлыхъ изъ венъ. Эмигрируютъ главнымъ образомъ многоядерные лейкоциты въ силу нахожденія ихъ въ большемъ количествѣ въ крови сравнительно съ другими, а также и вслѣдствіе развивающагося лейкоцитоза, а не потому, что они имѣютъ раздѣленное ядро, облегчающее ихъ прониканіе сквозь сосудистую стѣнку, какъ объяснилъ это Мечниковъ. Не отрицая нѣкотораго значенія хемітаксиса въ процессѣ выселенія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, авторъ видитъ главную причину эмиграціи въ усиленномъ выдѣленіи лимфы, токомъ которой форменные элементы и выносятся чрезъ искусственные отверстія изъ сосудовъ. Постоянныхъ отверстій—*somata* и *stigmata*, въ сосудахъ не существуетъ, а онѣ образуются лишь при прохожденіи лейкоцитовъ и тотчасъ же закрываются вслѣдствіе эластичности ткани. Образование такихъ отверстій облегчается измѣненіями сосудистыхъ стѣнокъ (разрыхленіемъ), вызванными дѣйствіемъ воспалительныхъ агентовъ непосредственно на стѣнку сосудовъ. Классифицируетъ воспаленія авторъ по свойству эксудата, по локализаци ихъ въ тканяхъ и по продолжительности ихъ теченій. Отъ фибринознаго воспаленія кожи и слизистыхъ оболочекъ полости рта, глотки и гортани авторъ не отдѣляетъ дифтеритическаго, а говоритъ, что крупъ и дифтеритъ вызывается одною и тою же бактеріей и въ сущности представляетъ одно и тоже заболѣваніе, но этиологически онъ отличается фибринозныя воспаленія слизистой оболочки рта—при скарлатинѣ, кишекъ—при дизентеріи и матки—при *endometritis puerperalis*, отъ genuиннаго дифтерита рта, глотки и гортани и названіе дифтерія должно даваться, по его мнѣнію, лишь тѣмъ фибринознымъ воспаленіямъ, причиною которыхъ является палочка *Löffler'a*. Дифтерія сама посебѣ производитъ не глубокое воспаленіе, ограничиваясь поверхностью слизистыхъ оболочекъ; въ случаяхъ же осложненія стрептококками происходитъ пропитываніе ткани эксудатомъ съ послѣдующимъ некрозомъ и образованіемъ болѣе или менѣе глубокихъ язвъ (гангренозный дифтеритъ). Подобная форма стрептококковаго дифтерита наблюдается при скарлатинѣ. Такія же глубокія измѣненія встрѣчаются при дифтеритѣ кишекъ и матки. Кромѣ фибринозной долевои пневмоніи упо-



минаетъ еще о гнѣздныхъ, дольковыхъ пневмоніяхъ, содержащихъ типическую фибринозную сѣтку, бывающихъ величиною отъ боба до грецкого орѣха, развивающихся въ видѣ бронхопневмоническихъ очаговъ изъ бронхита или метастатически, при застреваніи бактерій, временно попадающихъ въ кровь. Этиологія островчатыхъ пневмоній бываетъ обыкновенно смѣшанная инфекція, диплококка Fränkel'я или съ палочкою тифа, или инфлюэнцы, стрептококка, стафилококка.

Пролиферационныя опухоли В. дѣлится на 4. группы: соединительнотканныя, мышечныя, нервныя, и новообразованія эпителиальнаго типа. Въ этомъ же отдѣлѣ излагается ученіе о кистахъ и терратомахъ. Изъ группы фибромъ авторъ отмѣчаетъ келоидъ, развивающійся на мѣстѣ кожныхъ рубцовъ, изъ жировыхъ опухолей выдѣляетъ xanthom'у, развивающуюся подъ слизистой оболочкой глаза изъ жировой клѣтчатки и окрашенную въ желтый цвѣтъ. Въ отдѣлѣ хрящевыхъ опухолей В. упоминаетъ о мягкой, слизистой опухоли, состоящей изъ крупныхъ клѣтокъ съ ядромъ и пустотами—физиолидными полостями, выполненными слизистымъ веществомъ, называемую Vibert'омъ chordoma и развивающуюся изъ остатковъ chordae dorsalis. Къ лимфомамъ относятся и лимфомы при лейкеміи, какъ состоящія изъ неподвижныхъ лимфоцитовъ, имѣющихъ сѣтчатую ткань, и являющіяся источникомъ увеличенія числа бѣлыхъ шариковъ крови. Эндотелиальныя опухоли состоятъ изъ плоскихъ соединительнотканныхъ клѣтокъ, способныхъ склерозироваться и слгаться въ эндотелиальныя жемчужины, которыя, подвергаясь известковому пропитыванію, даютъ псамоматозныя тѣла. Эндотелиомы бываютъ и мягки, и фиброзы, доброкачественны и злокачественны; послѣднія относятся къ саркоматознымъ. Къ злокачественнымъ эндотелиальнымъ опухолямъ авторъ причисляетъ и deciduom'у, представляющую собой гипертрофію остатковъ ворсинокъ дѣтскаго мѣста и состоящую изъ большихъ клѣтокъ съ крупными ядрами, и протоплазматическихъ массъ—Syncythium. Денидуальныя опухоли вполне еще не закрѣплены ни за какой группою новообразованій и скорѣе всего надо думать, пишетъ проф. Высоковичъ, что онѣ состоятъ изъ переходнаго эпителия, обладающаго однако особыми свойствами. Злокачественную опухоль—саркому—авторъ дѣлитъ, смотря по степени развитія клѣточныхъ ея элементовъ, на слѣдующія 7 группъ: кругло,—вертенообразно—и гигантоклѣточковую, затѣмъ звѣздчатая или ретикулярная (lymphoma), гиалиновыя съ рѣзкою склонностью къ гиалиновому перерожденію сосудовъ эндотелия, пигментную—меланосаркому—и, наконецъ, эндотелиальныя, часто альвеолярныя саркомы. Если одна часть клѣточныхъ элементовъ остается на стадіи круглыхъ, а другая, доходя до стадіи вертенообразныхъ, образуетъ какъ бы альвеолы съ группами округлыхъ клѣтокъ, то получится одна разновидность альвеолярныхъ саркомъ; если же строма является волокнистой, а клѣтки принимаютъ полигональную форму, напоминая раковую, то будетъ другая разновидность. Эндотелиальныя саркомы—это саркомы, образующіяся изъ эндотелия костнаго мозга и періоста. Злокачественныя эпителиальныя опухоли В. дѣлитъ на кожныя или роговыя (канкроидъ) и на раки слизистыхъ оболочекъ, различая три основныхъ вида послѣднихъ:



мозговикъ, *carionoma simplex* и скирръ. Какъ особую форму В. приводитъ коллоидный или слизистый ракъ, но не отдѣляетъ ихъ другъ отъ друга, а называетъ слизистымъ ракомъ со студенистымъ видомъ. Изъ болѣе рѣдкихъ формъ авторъ упоминаетъ о инфилтрирующемъ ракѣ (*cancer episcirasse*). Что касается этиологiи раковъ, то В. считаетъ ее еще мало выясненной. Онъ приводитъ важнѣйшія изъ многочисленныхъ теорiй о происхожденiи этого заболѣванiя—теорiю травматическаго воздѣйствiя *Vigshov*'а, нервнотрофическую, теорiю зародышевыхъ зачатковъ *Sopheim*'а, паразитарную—и замѣчаетъ, что всѣ перечисленныя теорiи непрочны и неимѣютъ достаточно твердой почвы подъ собой. Въ послѣднемъ 5-мъ отдѣлѣ авторъ рассматриваетъ инфекціонныя грануляціонныя опухоли, къ которымъ относитъ: туберкулезъ, сифилисъ, проказу, риносклерому, брюшной тифъ, актиномикозъ, сапъ, *mycosis fungoides* и чуму. *Lupus* считается туберкулезомъ кожи, состоящимъ изъ группы бугорковъ съ многоядерными клѣтками съ гiалиновыми комочками и нерѣдко сложными слоистыми гiалиновыми тѣльцами. Къ группѣ гранулезныхъ опухолей В. относитъ и тѣ образованiя, которыя появляются иногда въ почкахъ при брюшномъ тифѣ. При чумѣ В. считаетъ гранулемами очаги некроза, бывающіе въ кожѣ или печени, глоткѣ, рѣже селезенкѣ, съ крупными колонiями чумныхъ палочекъ развивающіеся вокругъ грануляціонноу тѣнью.

Частная патологическая анатомiя состоитъ изъ 4-хъ отдѣловъ и обнимаетъ собою болѣзни органовъ кровообращенiя, дыханiя, селезенки, печени, почекъ и *glandulae thymus*. Среди болѣзней эпикардiя такъ называемыя молочныя пятна (*maculae luteae*), кромѣ воспалительнаго происхожденiя, могутъ быть и врожденныя и довольно часто; ихъ отличіемъ служитъ присутствiе внутри ихъ холдовъ, высланныхъ эпителиемъ, и отсутствiе утолщенныхъ, склерозированныхъ мѣстъ. В. различаетъ три формы эндокардитовъ: сосочковый, язвенный и хроническій. Авторъ смотритъ на острое воспаленiе эндокардiи, какъ на тромбо-эндокардитъ, организующійся при веррукозномъ и размягчающійся при ульцерозномъ процессѣ. Хроническое воспаленiе сосудовъ бываетъ склеротическое и грануляціонное съ васкуляризаціею интимы, нормально сосудовъ неимѣющей. Сифилитическій *vasculitis* носитъ чаще грануляціонный характеръ и ведетъ къ облитерирующему эндоартериту, но можетъ протекать и въ формѣ склеротическаго или старческаго, подобно тому какъ грануляціонный наблюдается при другихъ болѣзняхъ и не имѣетъ ничего отличительнаго. Изъ заболѣваній *glandulae thymus* указывается на гипертрофію ея, гнойное воспаленiе и новообразованiя. Раковыя опухоли здѣсь происходятъ или путемъ метастаза, или же изъ дермоидныхъ кистъ. Измѣненiя органовъ дыханiя В. рассматриваетъ, начиная съ носовой полости. При описанiи болѣзней легкихъ авторъ упоминаетъ о плацентарной эмболии, бывающей при сильныхъ судорожныхъ сокращенiяхъ матки, о желатинозномъ отека, выражающемся въ видѣ студенистыхъ сѣрыхъ участковъ въ сдавленныхъ частяхъ легкихъ среди различныхъ формъ туберкулезнаго процесса. Измѣненiя легкихъ при чумѣ В. дѣлитъ на первичныя и вторичныя. Воспалительныя процессы печени раздѣляетъ на паренхиматозныя и интерстиціальныя. Къ первымъ



онъ относитъ и острую желтгую атрофію, считая ее острымъ паренхиматознымъ гепатитомъ. Циррозы печени дѣлятся на атрофическій, гипертрофическій и—видоизмѣненіе послѣдняго—билиарный; при этомъ онъ допускаетъ переходъ послѣднихъ формъ въ атрофическую. При атрофической формѣ наблюдается еще форма, гдѣ поверхность органа остается гладкою—такъ назыв. *cirrhosis glabra*. Развитие грануляціонной ткани при гипертрофическомъ циррозѣ идетъ тѣмъ же путемъ, какъ при атрофическомъ, и отличается только ея проникновеніемъ въ самыя дольки печени; если же она распространяется преимущественно по желчнымъ протокамъ, то получится билиарный циррозъ. Этиологію циррозовъ авторъ полагаетъ въ различныхъ ядовитыхъ продуктахъ обмѣна веществъ, поступившихъ извнѣ въ предварительно раздраженную или болѣе впечатлительную печеночную ткань. Изъ перигепатитовъ В. указываетъ еще на общій фиброзный перигепатитъ—такъ наз. облитая печень (*Zucker guss Leber.*). Въ главѣ болѣзней почекъ, кромѣ измѣненій ихъ, приводятся и измѣненія въ функціи почекъ—мочи. Нефриты В. дѣлитъ на 4 основныхъ вида. Острый паренхиматозный нефритъ характеризуется темнокрасными точками на поверхности почекъ; если процессъ ограничивается клубочками, то получается *glomerulonephritis*; при значительномъ количествѣ крови въ мочѣ будетъ геморрагическая его форма. Большая Брайтова бѣлая почка, никогда не появляющаяся самостоятельно, кромѣ дегенеративныхъ измѣненій, имѣетъ и воспалительныя измѣненія. Здѣсь между канальцами встрѣчаются участки мелкихъ одноядерныхъ клѣтокъ, что и отличаетъ этомъ процессъ отъ простого жирового перерожденія. В. не допускаетъ перехода большой бѣлой почки во вторично сморщенную почку, а неравносѣрныя углубленія, бывающія на такой почкѣ, ставитъ въ связь съ ранѣ протекавшими интерстиціальными измѣненіями. При остромъ интерстиціальномъ нефритѣ авторъ сводитъ инфильтрацію исключительно на счетъ многоядерныхъ лейкоцитовъ. Клубочки при немъ не измѣняются; въ нихъ замѣчаются лишь явленія коллатеральной активной гипереміи. Типичная форма этого заболѣванія бываетъ при болѣзни *Weil*'я. При высшей степени своего развитія интерстиціальное воспаленіе почекъ является въ видѣ гнойнаго нефрита, обусловленнаго бактеріями. Поступленіе послѣднихъ можетъ происходить двоякимъ путемъ: кровью или по току мочи. Въ послѣднемъ случаѣ получится піелонефритъ. Но не всѣ бактеріи, способныя вызывать гнойное воспаленіе, могутъ образовать гнойный нефритъ. Такъ, стрептококкъ никогда не является причиною почечныхъ абсцессовъ, между тѣмъ какъ стафилококкъ даетъ гнойники здѣсь и не даетъ ихъ въ печени и селезенкѣ. Можетъ вызывать абсцессъ также *bacillus pyocyaneus* и рѣже другія бактеріи. Хроническій интерстиціальныи нефритъ (малая, зернистая брайтова почка) захватываетъ сразу весь органъ, хотя развитіе грануляціонной ткани и склерозъ ея проникаетъ все таки гнѣздно. Увеличеніе количества мочи, наблюдаемое при этой формѣ нефрита, помимо повышеннаго кровяного давленія, зависитъ также отъ страданія отводящихъ лимфатическихъ путей, загроудня обратное всасываніе и сгущеніе мочи. Атрофическія углубленія при артеріосклерозѣ почекъ, принимаемая за послѣдствія интерстиціальнаго нефрита на почвѣ артеріосклероза

считаетъ болѣе правильнымъ назвать ихъ артеріосклеротической атрофіею. В. приводитъ еще одну форму хроническаго интерстиціального нефрита, сопровождающуюся увеличеніемъ органа, съ остающеюся болѣе или менѣе гладкою поверхностью, и наблюдаемую при алкогольномъ отравленіи. Онъ различаетъ гидронефрозъ и уронефрозъ съ сохраненіемъ функціи почечной ткани.

Ө. Чарушинъ.

## ХИРУРГІЯ.

(Подъ редакціей П. И. Тихова).

**Ф. Абрамовичъ.** *О кровоостанавливающемъ дѣйствиі водянago пара и горячаго воздуха при раненіяхъ печени.* (Дисс. Спб. 1900 г.).

Въ настоящей работѣ, представляющей собою экспериментальное изслѣдованіе, затрагивается одинъ изъ новѣйшихъ вопросовъ клинической хирургіи—вопросъ о примѣненіи водянago пара и горячаго воздуха для остановки кровотеченія при раненіяхъ печени. Первый изъ этихъ приѣмовъ—всепоризація или, по просту, ошпариваніе—былъ предложенъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ проф. Снегиревымъ (въ Москвѣ) и имѣетъ широкое примѣненіе въ гинекологической практикѣ при различныхъ заболѣваніяхъ женской половой сферы; второй приѣмъ—обжиганіе струею горячаго воздуха—былъ предложенъ Нолänder'омъ и имѣетъ болѣе узкое примѣненіе—для оперированія на тканяхъ и органахъ, богатыхъ сосудами. Авторъ вышеприведенной статьи поставилъ всего 29 опытовъ на 20 животныхъ (5 на кроликахъ и 15 на собакахъ). Два изъ этихъ животныхъ погибли во времд операций, четыре были убиты къ концу опыта и остальные 14 оставались жить послѣ операции на различные сроки и затѣмъ печень ихъ подвергалась гистологическому изслѣдованію. Въ 12 изъ этихъ опытовъ дѣло шло объ остановкѣ кровотеченій изъ печени при помощи пара, въ 9 опытахъ кровотеченіе останавливалось горячимъ воздухомъ и 8 опытовъ было поставлено для выясненія сравнительнаго кровоостанавливающаго значенія пара и горячаго воздуха. Выводы, къ которымъ пришелъ авторъ, сводятся къ слѣдующимъ наиболѣе важнымъ для клинициста положеніямъ: а) горячій воздухъ по силѣ кровоостанавливающаго дѣйствиія при ранахъ печени значительно превосходитъ паръ; б) суш-