

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из патолого-анатомических кабинетов Казанского госмединститута и Казан. госин-та для усов. врачей (Завед. проф. И. П. Васильев).

К казуистике аневризм аорты по секционному материалу г. Казани.

Проф. И. П. Васильева и ассист. В. И. Журавлевой.

Ряд патолого-анатомов к аневризмам аорты причисляет только ограниченные (мешковидные, ладьеобразные, кольцевидные) выпячивания ее стенки и отделяет их от диффузных расширений ее; другие (Ваег) в это понятие включают и диффузные расширения. Последнее определение наиболее соответствует клиническим представлениям, и на этом основании в своей статистике мы коснемся не только ограниченных аневризм аорты, но и диффузных ее расширений.

Наш материал основывается на 7647 протоколах вскрытий пат.-ан. кабинета Казан. Ун-та за период времени с 1863 г. по 1. VI 1931 г. и на 1178 протоколах пат.-ан. кабинета Казан. ин-та для усовер. врачей с 1923 г. по 1/VI 1931 г. Из этого общего числа вскрытий (8825) на долю мешчатых аневризм приходится 44 сл., — диффузных 243 сл.

Локализация аневризм, а также величина их указаны на таблице I-ой. Должно оговориться при этом, что размеры аневризм не всегда были отмечены в протоколах в мерах; в части случаев величина аневризм сравнивалась с обычно принятыми в таких случаях объектами (слива, яблоко, детская голова и т. п.), или же определялась приблизительно, как „малая“, „средняя“, „значительная“. Последние обозначения невольно пришлось сохранить в таблице. В эту же рубрику мы сочли возможным поместить аневризмы, размеры которых сравнивались с вышеуказанными предметами, причем аневризмы величиною до сливы мы отнесли к малым по размерам, величиною до яблока — к средним и, наконец, больше яблока — к значительным. (См. табл. I на стр. 708).

Возраст и пол носителей аневризм виден из таблицы II, причем преобладающим возрастом являлся 40—70 л. (См. табл. II на стр. 708).

Позволим теперь провести некоторое сравнение между полученными результатами и данными других авторов.

У Ваулер-Кауфманн'а (1908) на 9570 вскрытий в Базельском патолого-анатомическом ин-те имелось 58 сл. аневризм аорты, т. е. 0.6%, у нас на 8825 вскрытий мешчатых аневризм было 44 сл., т. е. 0.5%, а вместе с диффузными 3.2%. Таким образом % мешчатых аневризм у нас несколько меньше, чем у Ваулер'а. Кауфманн указывает, что в некоторых странах (Англия, Америка) аневризмы встречаются чаще по сравнению с другими (напр. в Италии). С другой стороны, ряд авторов отмечает нарастание в последнее время в Германии случаев сифилитического аортита и аневризм аорты. Так, Хеллер (1922), сравнивая число аневризм в периоды 1859—70 г. и 1910—14 г., обнаружил увеличение в последний период свыше, чем в 4 раза.

Таблица I.

	Диффузные аневр.						Мешеччатые аневр.						Итого	
	в диам.		размера			Всего	в диаметре			размера				Всего
	до 4 см.	4—9 см.	Малого	Среднего	Значит.		до 4 см.	4—14 см.	Свыше 14 см.	Малого	Среднего	Значит.		
Sinus Valsalvae	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	3	3
Aorta ascendens.	—	—	—	—	—	—	1	7	1	1	3	1	14	14
Arcus	1	3	3	18	3	28	—	6	1	3	3	—	13	41
A. ascend + arcus	25	4	30	41	13	113	—	1	—	—	1	1	3	116
Aor. thoracica .	—	—	1	1	1	3	1	4	1	—	2	—	8	11
A. ascend. + arcus + a. thor.	11	3	17	58	6	95	—	—	—	—	—	—	—	95
A. thor. + начало aor. abdom. .	1	—	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	1	4
Aor. abdominalis	—	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	2	3
	38	11	51	120	23	243	7	19	3	4	9	2	44	287

Таблица II.

Возраст	5-10 л.	25-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	Неизв.	Всего
Мужч.	2	1	16	56	58	50	18	3	7	211
Женщ.	—	2	5	20	22	16	5	2	4	76
	2	3	21	76	80	66	23	5	11	287

Что касается пола, то в нашем материале имеется преобладание мужского пола над женским приблизительно в 3 раза. По Müller'у (1902), аневризмы обнаружены у 107 муж. и 75 жен. У Bauer'a (1908) на 58 сл. аневризм на долю мужчин падает 37 сл. и 21 сл. на женщин. Venary (1912) среди 54 сл. сифилиса аорты (39 муж. + 15 женщ.) обнаружил аневризмы в 20 сл. (18 муж. + 2 жен.). Lucke a. Rea (1923) имели аневризмы у 184 муж. и 33 жен. По Günther'у (1929), аневризмы аорты при сифилитическом поражении ее у мужчин приблизительно в 5 раз чаще, чем у женщин.

Мы не везде могли точно указать размеры аневризм; в тех же случаях, однако, когда в протоколах были обозначены размеры, величина аневризм, как и у других авторов, колебалась от лесного ореха до головы взрослого. По данным Lucke a. Rea, аневризмы аор. ascendens обычно колеблются в пределах от 1—9 см. в диаметре, в остальных отделах аневризмы достигают более значительной величины (до 14 см.).

Преобладающей локализацией аневризм в нашем материале являлись—для диффузных аневризм аор. ascendens вместе с дугой и с аор. thoracica, для мешчатых—восходящая часть и дуга; таким образом те отделы аорты, которые по общему признанию (Kaufmann, Jores) чаще всего поражаются аневризмами. По наблюдению Rindfleisch'a, локализация аневризм соответствует ходу спиральной линии, начинающейся от передней поверхности bulbus'a и идущей отсюда вверх и направо, пересекающей затем выпуклую часть дуги вправо от аг. anonyms и спускающейся, наконец, по задней стенке грудной и брюшной аорты. Таким образом, по Rindfleisch'у, аневризмы обычно располагаются: 1) на передней поверхности bulbus и аор. ascendens, выпячиваясь к легочной артерии и груди, 2) на месте соединения восходящей части аорты и дуги, выпячиваясь в сторону правого легкого, 3) на задней поверхности остального отдела аорты, направляясь в сторону трахеи или к позвоночнику. Lucke а. Rea на своем материале могли подтвердить правило Rindfleisch'a приблизительно в половине случаев, а именно: из 263 аневризм в аор. ascendens располагались 62 аневризмы, 23 на границе между восходящей частью и дугой, 46 в поперечном отделе дуги, преимущественно в области отхождения больших сосудов, 42 в нисходящей аорте; 19 раз аневризмы занимали всю грудную аорту, 31—нисходящую часть грудного отдела и 40—брюшную аорту.

Возвращаясь к нашему материалу, следует подчеркнуть 3 случая редкой формы аневризм sinus Valsalvae, а также 2 случая аневризм в детском возрасте [в 1-м сл. (прот. № 180—1880 г.) у 9½ лет. мальчика имела микотическая аневризма брюшной аорты*), развившаяся вскоре после литотомии; во II-м сл. (прот. № 114—1900 г.) у 7 лет. мальчика обнаружено расширение дуги аорты почти вдвое против нормы при одновременном существовании очень узкой легочной артерии].

Из осложнений, причиняемых аневризмами, в наших протоколах, как и у других авторов, отмечались сращения аневризм с соседними органами, смещение и сдавление последних, частичная атрофия от давления позвонков, узура грудины и ребер и пр. Перфорация аневризм обнаружена в 11 сл. (9 муж. + 2 жен.). т. е. в 25% мешчатых аневризм и в 3,8% общего числа аневризм. Таким образом % разрыва мешчатых аневризм в наших случаях почти аналогичен данным Lucke а. Rea (25,5%). У Ваer'a разрыв наблюдался только в 15%.

Излияние крови в наших случаях по 1 разу имело место в сердечную сумку, правую, левую плевральные полости, левое легкое, забрюшинную клетчатку; по 2 раза в левый бронх, пищевод, мягкие ткани передней поверхности груди при узуре грудной кости. По большому материалу Lucke г. Rea аневризмы восходящей части аорты обычно перфорируются в перикард или в дыхательные органы, аневризмы восходящей части и дуги—в трахею, пищевод в плевральную полость, аневризмы аор. descendens в пищевод или левое легкое, аневризмы аор. thoracica—в левую плевральную полость, легкое, а иногда и в брюшную полость; разрывы аневризм брюшной аорты происходят в плевральную полость, брюшную полость или, наконец, в забрюшинную клетчатку.

*) Аналогичные случаи аневризм брюшной аорты у детей были описаны Ваgинску (7¼ лет. мальчик; микотического происхождения аневризма) и Фешоменовым (новорожденная девочка).

В виду того, что наш материал охватывает значительное число лет, то, по понятным причинам, нам не представляется возможным с точностью определить этиологические моменты происхождения аневризм в большинстве наших случаев. Не будучи в состоянии дать этиологическую характеристику своего материала, мы считаем возможным отметить только, что по господствующим в настоящее время взглядам при ясно отграниченных аневризмах аорты, за исключением редких форм аневризм травматического, эмболического, аррозийного характера, с большей вероятностью приходится думать о сифилитической природе страдания, в то время как при диффузных расширениях в основе изменений нередко может быть также и атеро-артериосклероз.

Значение сифилитической инфекции при возникновении аневризм далеко не одинаково оценивалось различными авторами. Так, Hansemann (1899) считал сифилис этиологическим моментом аневризм в 18,75%, Fraenkel (1896)—в 36%, Heller (1900)—от 36%—85%, Bauler (1908) приблизительно в 50%, Malmsten (1888) в 80%, Hampeln (1894), а также Rasch (1899) в 82%. Hofrichter (1916) совершенно отрицает влияние артериосклероза и других факторов при возникновении ограниченных аневризм и всецело высказывается за люэгическую природу их. По мнению Jores'a (1924), среди аневризм аорты аневризмы сифилитического происхождения занимают первое место.

В настоящее время сифилис, как один из основных этиологических факторов аневризм, приобретает особое значение в виду отмечаемого в последние годы рядом авторов (Sürich, Jungmann u. Hall, Fraenkel, Coenen, Langer и др.) увеличения люэгических аортитов. Поэтому нам кажется не лишены будут некоторого интереса те цифры, которые нам удалось почерпнуть из литературы и которые касаются частоты сифилиса аорты как по отношению к общему числу вскрытий, так и сифилитиков вообще. Stadler (1912) в Лейпциге на 200 сл. сифилиса в 82% находил сифилис аорты. Chiari (1904) более, чем в половине случаев. По Eich'y (1911) в 86% случаев Doehle-Heller'овского аоррита можно было установить с полной очевидностью или с большой долей вероятности сифилис. Oberndorfer (1913) на материале г. Мюнхена имел сифилитический аортит у 7% всех вскрытых трупов. По Lentz'y (1913), люэгический мезоаортит есть самая чистая форма сифилиса в поздней его стадии, приблизительно в $\frac{1}{4}$ всех случаев сифилиса. По Mierzecki (1926) на 1551 вскрытий сифилитиков в 25,8% имелись специфические изменения аорты. Straub (1900) у 84 парализованных нашел сифилитические поражения аорты 69 раз. При tabes'e данные колеблются между 9% (Nordmann—1895 г.) и 58% (Arrigiani—1902 г.). Hubert (1919) на 220 сл. сифилиса аорты имел 54 табика. По Copolla (1923), сифилитический аортит при прогрессивном параличе и tabes'e достигает даже до 86,93%. Gürich (1925) на 2179 вскрытий обнаружили у 806 трупов сифилитические изменения в органах (557 муж. + 249 жен.). Автор подчеркивает значительное увеличение аортитов у сифилитиков в последние годы—до 78,1% у женщин и до 86,5% у мужчин. По Langer'y (1926), на 23015 вскрытий в Берлине у 1268 лиц (781 муж. + 487 жен.) обнаружены специфические для сифилиса поражения различных органов, причем сифилитический аортит (включая и аневризмы аорты) колебался по годам от 1,3%

до 5,72% числа всех вскрытий и от 32,78% до 85,29% вскрытий с сифилитическими поражениями органов. Jores (1923) убежден, что едва ли имеет место продуктивный аортит не сифилитического происхождения.

Что касается своего секционного материала, то, не считая целесообразным приводить свои небольшие цифры, все же мы можем отметить заметное увеличение в последние годы специфических для люэтического мезоаортита изменений.

Литература. 1) Baer, Frank. Zschr. f. Path. 1912, 10.—2) Bähler, Hofrichter, Müller, Stadler, Benary прив. по Kaufmann'у.—3) Baginsky. Berl. kl. Wschr. 1908.—4) Benda, Chiari, Verhand. d. D. path. Gesells. 1904.—5) Eich. Frank. Zschr. f. Path. Bd. 7.—6) Gütter. Zschr. f. Kreislaufforsch, 1929, Hf. 8.—7) Gürich. Münch. med. Wschr. 1925, № 24.—8) Hansmann. Прив. по Benda.—9) Heller. Verhand. d. D. p. Gesellsch. 1900.—10) Hampeln. Berl. kl. Wschr. 1894.—11) Jores. Handb. d. spez. p. Anat. Henke u. Luborsch. 1924, Bd. 2.—12) Kaufmann. Lehrb. d. sp. pat. Anat. 1922.—13) Danger. Münch. m. Wschr. 1926, № 43.—14) Dentz. Med. Klinik. 1913, № 24.—15) Ducke a. Rea. The jour. of the amer. med. assoc. 1923, V. 81.—16) Malmsten. Прив. по Benda.—17) Mierzecki. Ctbl. f. Path. 1926, Bd. 37.—18) Oberndorfer. Münch. med. Wschr. 1913.—19) Rasch. Arch. f. Dermat. u. Siph. 1899.—20) Staub. Verhandl. d. d. p. Gesellsch. 1900.—21) Фененоменов. Arch. f. Gyn. 1881.

Из Патолого-анатомического кабинета Казанского госзоветинститута. (Завед. проф. К. Г. Боль).

Изменения слизистой оболочки желудка при бешенстве.

Проф. К. Г. Боль.

С 2 рис.

До настоящего времени остается открытым вопросом, что представляют собою так наз. „крововзлияния“ в слизистую оболочку желудка при бешенстве у человека и животных, т. е. представляют ли они собою простые экхимозы или инфаркты. Определенного ответа в доступной нам литературе мы не нашли, авторы почти всегда говорят о „крововзлияниях в слизистую оболочку желудка“. Крововзлияния, экхимозы в слизистую оболочку желудка встречаются часто, вызываются крайне различными вредителями и особенно при отравлениях и инфекционных заболеваниях. Они представляют собой от субмалиарной, булавоочной головки до горошины и большей величины фокусы, шаровидной, овальной или неправильной формы. Крововзлияния вкраплены в слизистую оболочку рассеянно-раздельно, поверхностно или более глубоко проникая в ее толщу. Нередко соседние экхимозы сливаются между собою в более значительные по величине островки и тяжи, особенно по вершинам складок и нередко сопровождаются некрозом ткани.

Микроскопически экхимозы характеризуются тем, что рядом с расширенными, забитыми форменными элементами крови сосудами, капиллярами рассеяны лужицы—поля красных кровяных телец, заложенные в периваскулярных пространствах и соединительно-тканной основе, раздвигая и охватывая железистые трубочки. Местами последние сдавлены изливающей кровью, разорваны, обрывки ткани как бы плавают в среде эритроцитов. Рядом с этим видны различной степени дегенеративные и