

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ  
Военно-Медицинской Академіи въ 1900—1901 году.

№ 59.

ТАКЪ НАЗЫВАЕМЫЙ  
ДРЕВОВИДНЫЙ ЖИРОВИКЪ  
СУСТАВОВЪ.

(*Lipoma arborescens articularum*).

Изъ Академической Хирургической Клиники проф. Н. А. Вельяминова

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

М. М. Дитерихъ.

ПРОВЕРЕНО

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были проф.: Н. А. Вельяминовъ, К. Н. Виноградовъ и приватъ-доцентъ Г. Ф. Цейдлеръ.

Переучет  
1966 г.

Библиотека  
Харьк. Гос. Мед. Института  
Мат. кн. № 16263

ИВ.  
№ НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА  
1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.  
Типографія П. П. Соисина, Стремянная, 12.  
1901.

БИБЛИОТЕКА  
Харьковского Медич. Института  
№ 4740  
ПРОВЕРЕНО 1936

3120  
1841

7-НОЯ-2011

1950

Пересчет-60

7 - НОЯ 2012

7 - НОЯ 1992

Докторскую диссертацию лекаря **Михаила Михайловича Дитерихса** под заглавием: «*Такъ называемый бревовидный жировикъ суставовъ (Lipoma arborescens articularum)*» печатать разрешается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертаций и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме (выводовъ) — въ Конференцію и 375 экземпляровъ — въ академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, 14 апрѣля 1901 года.

Ученый Секретарь, Ординарный профессор **А. Данинь.**

64469

Моему отцу.

*Nulla autem est alia pro certo  
noscendi via nisi quam pluri-  
mas et morborum et dissectio-  
num historias, tum aliorum tum  
proprias collectas habere et  
inter se comparare.*

*Morgagni. De sedibus et  
causis Morborum. Lib. IV.*

Успѣхи оперативной техники все больше и больше расширяютъ рамки пониманія хирургической патологии. Загадочность патологическихъ процессовъ въ суставахъ, подъ могучимъ натискомъ Volkmann'a, Langenbeck'a, Billroth'a, Olier и другихъ постепенно должна была уступить мѣсто ясности, законности и простотѣ, и тѣмъ самымъ, новому взгляду на ихъ сущность. Анатоми-патологическая точка зрѣнія, остатокъ медицинской эмпирии, отжила свой вѣкъ и не даетъ ужъ удовлетворенія, отвѣта на возникающіе вопросы. Бактеріологія ежедневно приноситъ намъ новыя и новыя побѣды изъ области этиологіи, мы говоримъ уже о незначительномъ фурункулѣ и грозномъ остеміэлитѣ, какъ объ одномъ и томъ же, какъ о проявленіяхъ одного и того же стафиломикоза. Болѣзни суставовъ въ этой новой лонкѣ названій и причинъ идутъ на первомъ планѣ и для насъ важна теперь только причина ихъ возникновенія. Клиника проф. Вельяминова одного изъ пионеровъ этиологической номенклатуры артропатій давно уже стремится разработать и разобратъ клинически въ массѣ сырого патолого-анатомическаго матеріала, накопляющагося и доставшагося намъ по наследству со временъ Rokitansky и Virchow'a.

Вопросъ о *Lipoma arborescens articulorum* своею исторіею наглядно иллюстрируетъ измѣненіе взглядовъ на сущность патологическихъ процессовъ. Изъ болѣзней *sui generis* она постепенно низводилась до степени лишь проявленія различныхъ основныхъ страданій организма. Авторы, разбиравшіе этотъ вопросъ, иной разъ очень близко подходили къ истинѣ, какъ мы ее себѣ представляемъ, но не рѣшались твердо и настойчиво произнести напрашивавшагося убѣжденія, голоса ихъ оставались робки, одиноки.

Наша задача была направлена къ тому, чтобы согласовать эти различные взгляды, отдѣльные мнѣнія и показать, что вопросъ *Lipomatis arborescentis* есть только небольшая крупинка того большого матеріала суставныхъ заболѣваній, который такъ нуждается во внимательномъ пересмотрѣ.

Пусть же эта попытка приблизиться къ истинѣ, эта работа, идущая рука-объ-руку съ работою всей академической хирургической клиники послужить лучшимъ выраженіемъ моей глубокой признательности ей за оказанное мнѣ широкое и радушное предоставленіе нужнаго матеріала, а руководителю и главѣ ея, моему учителю, глубокоуважаемому проф. Н. А. Вельямину, за хирургическое воспитаніе и постоянную заботу о моемъ медицинскомъ совершенствованіи выраженіемъ искренней сердечной благодарности.

I.

*Lipoma arborescens* характеризуется тѣмъ, что въ пораженномъ этимъ страданіемъ суставѣ, мы находимъ массу ворсинчатыхъ образований различной величины—отъ тонкой, едва замѣтной простымъ глазомъ нити, масса которыхъ придаетъ синовиальной оболочкѣ только бархатистый видъ, мы легко можемъ прослѣдить послѣдовательный переходъ къ образованію, которое по своей величинѣ (иногда съ грецкій орѣхъ и больше) и формѣ только въ разрѣзахъ подъ микроскопомъ можетъ быть признано за идентичное съ первымъ.

Является, конечно, вопросъ, что же собственно вызвано патологическимъ процессомъ—образованіе ли новыхъ выпячиваній синовиальной оболочки, или же только усиленіе роста пресуществовавшихъ уже въ суставной полости ворсинъ и складокъ.

Для отвѣта, естественно, приходится обратиться къ строенію нормальнаго сустава, resp. его *membrana synovialis*.

Гистологія суставовъ долго служила матеріаломъ научныхъ работъ для многихъ и многихъ авторовъ и теперь этотъ вопросъ можно считать достаточно разработаннымъ. Работы Luschka<sup>1)</sup>, Hüter'a<sup>2)</sup>, Henke

<sup>1)</sup> Luschka: „Zur Entwicklungsgeschichte der Gelenke, Müller's Archiv“. 1855.

Luschka: „Die Halbgelenke des menschlichen Körpers. Berlin 1858“.

<sup>2)</sup> Hüter: „Zur Histologie der Gelenkflächen und Gelenkkapseln mitte-

и Reyer'a <sup>4)</sup>, Bernays'a <sup>5)</sup>, Schuster'a <sup>3)</sup>, Schulin'a <sup>4)</sup>, Nagel'a <sup>5)</sup>, Bentzen'a <sup>6)</sup>, Schönmacker'a <sup>7)</sup>, Гагеръ-Торна <sup>8)</sup> и другихъ даютъ намъ представление не только о строении синовиальной оболочки, но и ея придатковъ, не только раскрываютъ намъ генетическую связь отдѣльныхъ частей сустава, но и объясняютъ также физическіе законы, по которымъ происходитъ развитие суставной полости и ворсинокъ.

Всѣ изслѣдованія сходятся на томъ, что специальная ткань или даже особеннаго видоизмѣненія соединительной ткани для зачатка сустава, съ самаго начала, не существуетъ <sup>9)</sup>, а суставы развиваются изъ рыхлой, соединительной ткани путемъ прогрессивныхъ и регрессивныхъ метаморфозъ (разжиженіе,

einem kritischen Vorwort über die Versilberungsmethode". „Virchow's Archiv". Bd. XXXVI. 1866.

Hüter: „Klinik der Gelenkkrankheiten". Leipzig. 1870. II. Ausg. 1876. 1877, 1878.

<sup>1)</sup> Henke und Reyer: „Studien über die Entwicklung der Extremitäten des Menschen, ins besondere der Gelenkflächen". Wiener akad. Sitzungsberichte". Bd. LXX, Heft. II 1874.

<sup>2)</sup> Bernays: „Die Entwicklungsgeschichte des Kniegelenks des Menschen. etc." Morphol. Jahrb. Bd. IV. 1878.

<sup>3)</sup> Schuster: „Zur Entwicklungsgeschichte des Hüft- und Kniegelenks". Mittheilungen aus dem embryol. Institut. zu Wien. 1879.

<sup>4)</sup> Schulin: „Ueber die Entwicklung und weitere Ausbildung der Gelenke des menschlichen Körpers". „Arch. f. Anat. und Physiol". 1879.

<sup>5)</sup> Nagel: „Entwickelungen der Extremität der Säugethiere". Diss. Marburg, 1878.

<sup>6)</sup> Bentzen: „Bidrag til Ledholernes Udviklings-Historie". „Nord. medic. Ark." Bd. VII, № 25. Ref. Hoffmann und Schwalbe. 1875.

<sup>7)</sup> Schönmacker: „De ontwikkelingsgeschiedenis der Gewrichten". Nederl. Tijdschr. f. Genesk. Aft. II.

<sup>8)</sup> Гагеръ-Торнъ, Оск. „Развитіе и строеніе синовиальныхъ оболочекъ". Дисс. 1883. Спб., по которой и цитированы отчасти вышеприведенныя работы.

<sup>9)</sup> Гагеръ-Торнъ, стр. 17.

расплавление части кльѣтокъ). (Luschka <sup>1)</sup>, Schuster <sup>2)</sup>, Hüter <sup>3)</sup>, Schulin <sup>4)</sup>).

Рыхлая, богатая кльѣточными элементами и сосудами, будущая синовиальная оболочка, начиная съ 5-й недѣли внутриутробной жизни, дифференцируется отъ подлежащей соединительной ткани и, смотря затѣмъ по давленію, которому она подвергается или атрофируется (частично или тотально), или же, наоборотъ, гиперплазируется и образуетъ складки и ворсины. Развитие послѣднихъ совпадаетъ у человѣческаго зародыша приблизительно съ 6-мъ мѣсяцемъ <sup>5)</sup>, а въ дальнѣйшей внутритробной жизни эти процессы атрофіи и гиперплазіи окончательно опредѣляются и такимъ образомъ мы получаемъ въ нѣкоторыхъ опредѣленныхъ для каждаго, сустава мѣстахъ, какъ напр. для колѣннаго: въ верхнемъ заворотѣ, по краямъ надколѣннака и т. д., значительное развитие толщины и числа складокъ и ворсинокъ синовиальной оболочки.

Интереснымъ является, конечно, вопросъ, почему именно эти мѣста суставной полости покрываются вѣлками и складками, такъ какъ субстратомъ для образованія ихъ служитъ синовиальная оболочка, всюду построенная одинаково?

Но съ одной стороны мы знаемъ изъ опытовъ Bonnet <sup>6)</sup>, Ranke <sup>7)</sup>, и Goerken'a какъ колеблется давленіе

<sup>1)</sup> Luschka: „Die Halbgelenke des Menschlichen Körpers". Seite. 8.

<sup>2)</sup> Schuster: „Zur Entwicklungsgeschichte des Hüft- und Kniegelenks".

<sup>3)</sup> Hüter: „Klinik der Gelenkkrankheiten", Seite 10.

<sup>4)</sup> Schulin: „Ueber die Entwicklung der Gelenke des menschlichen Körpers." Seit. 257.

<sup>5)</sup> Bernays: l. c.

<sup>6)</sup> Bonnet: „Traité de thérapeutique d. maladies articulaires". Paris. 1853. Чит. по Соколову.

<sup>7)</sup> Ranke и Goerken-Schuchardt: „Die Krankheiten der Knochen und Gelenke". Deutsche Chirurgie, Lief. 28. 1899, стр. 272.

не въ суставахъ при различныхъ движеніяхъ (4—10 mm Hg), съ другой - же мы имѣемъ установленный фактъ существованія отрицательнаго давления въ суставной полости <sup>1)</sup>, а разъ это такъ, то естественно, что менѣе податливыя части, какъ напр. хрящи и сухожилия или же части, находящіяся въ постоянномъ соприкосновеніи другъ съ другомъ, слѣдить за измѣненіемъ давления не могутъ, и присасывающее свойство отрицательнаго давления можетъ сказаться лишь на рыхлой, не сдавленной части синовиальной оболочки, — этимъ же требованіямъ удовлетворяютъ лишь извѣстныя, опредѣленные для каждаго сустава участки *membranae synovialis*.

Все это имѣетъ большое значеніе для патологии, такъ какъ при пролиферационныхъ страданіяхъ суставовъ естественно, въ этихъ мѣстахъ мы должны, ждать особенно пышныхъ разрошеній синовиальной оболочки.

Для отдѣльныхъ суставовъ мѣста эти распредѣляются по Schuchardt'у <sup>2)</sup> слѣдующимъ образомъ: для плечевого—окружность суставнаго отростка лопатки, бороздка для *m. bicipitis* и окружность головки у анатомической шейки плеча; для локтеваго—вокругъ головки луча, въ заворотъ подъ *lig. annulare*, въ переднемъ и заднемъ карманахъ и, наконецъ, между боковыми связками и концомъ плеча, иногда же между концомъ плеча и *fossa synoidea olecrani*; въ сочлененіи луча съ локтевою: съ задней стороны головки *ulnae*; въ кистевомъ: съ задней стороны карпальной части синовиальной оболочки; въ пальцевыхъ суставахъ: тоже съ задней стороны суставной головки, иногда же около боковыхъ

<sup>1)</sup> Гагенъ-Торнъ, стр. 22.

<sup>2)</sup> Schuchardt: Die Krankheiten der Knochen und Gelenke „Deutsche Chirurgie“, Lieferung 28, стр. 317.

связокъ; въ тазо-бедренномъ суставѣ: вокругъ головки бедренной кости и по нижне-передней части капсулы; въ колѣнномъ, какъ указано выше: вокругъ *patellae*, въ верхнемъ заворотѣ, по боковымъ мѣстамъ прикрѣпленія синовиальной оболочки, между боковыми связками и мышелками бедра, въ заднихъ выпячиваніяхъ синовиальнаго мѣшка. Иногда же, при сильно развитыхъ разрошеніяхъ—всюду, гдѣ есть синовиальная оболочка; въ голенисто-стопномъ: передне-верхнія части капсулы и затѣмъ—мѣста прикрѣпленія ея.

Итакъ, изъ вышеизложеннаго ученія О. Э. Гагенъ-Торна о причинахъ возникновенія въ суставной полости ворсинъ вытекаетъ, что онѣ—образованіе вполне нормальное, зависящее почти исключительно отъ развитія въ суставахъ отрицательнаго давления при движеніяхъ и вполне аналогичное описаннымъ Luschka и Henle <sup>1)</sup> ворсинкамъ плевры и перикардія и *appendicibus epiploicis* толстыхъ кишокъ. Къ этому ученію о нормальности и физиологичности ворсинокъ, примыкаютъ вполне наблюденія и другихъ весьма компетентныхъ авторовъ (Schüller'a, Stöhr'a <sup>2)</sup>, Корниля и Ранвье <sup>3)</sup> и др.).

Дѣйствительно, трудно остроумнѣе и проще объяснить появленіе ворсинокъ и складокъ всегда на однихъ и тѣхъ же мѣстахъ въ весьма различныхъ классахъ животныхъ.

Это постоянство во времени и мѣстѣ нахожденія ворсинъ, конечно, уже само по себѣ, говоритъ противъ

<sup>1)</sup> Лавловскій и Овсянниковъ: „Основанія къ изученію микр. анат.“ часть I, стр. 268.

<sup>2)</sup> Stöhr: Lehrbuch der Histologie. Iena, 1892, стр. 100.

<sup>3)</sup> Корниль и Ранвье: „Руководство патологической гистологіи“. Пер. съ фран. подъ ред. проф. Ивановаго 1882 г. СПб. Стр. 345.

мнѣнія Hüter'a <sup>1)</sup> и Tillmanns'a <sup>2)</sup>, признающихъ ворсины—эффектомъ раздраженія отъ тренія при усиленныхъ движеніяхъ суставовъ.

Гистологическое строеніе ворсинъ<sup>3)</sup> чрезвычайно просто: соединительная ткань, служащая основой синовиальной оболочки, незамѣтно переходитъ въ ворсину, образуя то болѣе широкое, то болѣе узкое ея основаніе. Въ этой основной соединительной ткани идутъ продольно кровеносные сосуды (Tournee), образуящіе причудливыя петли и богатые анастомозы между артеріями и венами. Иногда тутъ же расположены пучки довольно толстыхъ соединительно-тканыхъ волоконъ, иногда же цѣлыя цуги вытянутыхъ въ длину соединительно-тканыхъ клѣтокъ, а изрѣдка и погруженные въ межучточную ткань хрящевыя клѣтки.

Что касается до лимфатическихъ сосудовъ, то ихъ въ ворсинахъ нѣтъ (Tillmanns, Гагенъ-Торнъ), такъ какъ они здѣсь замѣняются соковыми каналами. Нервные волокна оканчиваются Vater'овскими и Пачиниными тѣлами и встрѣчаются въ ворсинахъ, наиболѣе снабженныхъ сосудами (Kölliker, Гагенъ-Торнъ).

Свободно свѣшивающіяся въ суставную полость ворсины—самой разнообразной формы, то имѣютъ оиѣ видъ вытянутыхъ въ длину тонкихъ стеблей, то булавовидныхъ образованій, то, наконецъ, вѣтвящихся,

<sup>1)</sup> Hüter: „Klinik der Gelenkkrankheiten“, стр. 79.

<sup>2)</sup> Tillmanns: „Beiträge z. Histologie der Gelenke“. „Arch. f. microscop. Anatomie“. Bd. X. 1874. Цит. по Гагенъ-Торну.

<sup>3)</sup> Все изложеніе гистологическаго строенія ворсинъ заимствовано изъ: а) работы О. Э. Гагенъ-Торна и изъ б) Hammar: „Ueber den feineren Bau der Gelenke“, „Archiv. f. mikroskopisch. Anatomie“. 1894. Bonn. Томъ 43, стр. 266—323; в) Лавдовскій и Овсянниковъ: „Основанія къ изученію микроскопической анатоміи“. СПб. 1887 г. Часть I. Стр. 268 и др. д) Stöhr, „Lehrbuch d. Histologie“. Jena. 1892, стр. 100.

часто очень прихотливо древовидныхъ выпячиваній синовиальной оболочки.

Что образуетъ покровъ ихъ—вопросъ, который до сихъ поръ еще остается открытымъ.

Одни, какъ, напр., Tillmanns, Steinberg, Schneidmühl, Möller, Colomiatti говорятъ на основаніи своихъ препаратовъ, что ворсины, какъ и вся синовиальная оболочка, покрыты эндотелиемъ, другіе же, по преимуществу нѣмецкіе и французскіе авторы, а изъ русскихъ Субботинъ—называютъ покровъ этотъ эпителиемъ, при чемъ Henle описываетъ его, какъ многослойный, а Todd, Bowman и др., какъ плоскій, третьи же, въ противоположность этимъ взглядамъ, высказываютъ убѣжденіе, что покровъ синовиальной оболочки съ ворсинами не состоитъ изъ какой бы то ни было спеціальной покровной ткани, а его составляетъ лишь какъ бы уплотненный клѣточный слой основной соединительной ткани. Это мнѣніе поддерживается многими весьма почтенными изслѣдователями, какъ: Hüter, van der Seuijs, Schäfer, Hermann и Tourneux, Гагенъ-Торнъ, Hammar, Braun и др. Къ этому же мнѣнію присоединяемся и мы, такъ какъ видѣнные нами препараты какъ нормальной, такъ и патологически измѣненной синовиальной оболочки представляютъ, какъ намъ кажется, картину, описанную вышеупомянутыми авторами.

Особенно ясно и подробно разобранъ вопросъ о покровѣ синовиальной оболочки и resp. ея ворсинъ и складокъ въ прекрасной работѣ Hammar'a <sup>1)</sup> изъ Упсалы. Отсылая спеціально интересующихся къ оригиналу, мы здѣсь вкратцѣ позволимъ себѣ передать сущность.

<sup>1)</sup> Hammar: „Ueber den feineren Bau der Gelenke“. „Archiv. f. mikroskop. Anatomie“. 1894. Bd. 43. Seit. 318—323, resp. 298.

Покровъ всей синовиальной<sup>1</sup> оболочки со складками и ворсинками составляютъ соединительно-тканнныя клѣтки „Synovialiszellen“, отличающіяся отъ обычныхъ величиною, однородностью и блескомъ своей протоплазмы. Отростки ихъ обычно коротки и иногда булавовидно вздуты. Ядра тоже характерны потерю способности краситься ядерными красками; они почти однородны и изрѣдка только снабжены маленькими блестящими ядрышками. Клѣтки часто вакуолизированы (что по Субботину и Tillmanns'у обозначаетъ включенныя въ нихъ капли слизи) и обыкновенно содержатъ жировыя зерна, располагающіяся вокругъ ядра. Клѣтки эти не лежатъ на поверхности, а обыкновенно значительно глубже—въ нишахъ, образованныхъ соединительною тканью. Отростки же ихъ, изгибаясь дугой, идутъ къ поверхности.

Вотъ на основаніи такого вида поверхностныхъ клѣтокъ онѣ и описывались, какъ эпителиальныя или же эндотелиальныя.

Что же касается до присутствія въ ворсинахъ жировой ткани, то оно чрезвычайно различно: иногда мы видимъ поразительное богатство жировыми элементами, такъ что всю ворсину можно назвать „жировою“, какъ это дѣлаетъ Tillmanns, то, наоборотъ, жировую ткань мы находимъ лишь у основанія, да и то въ очень ограниченномъ количествѣ. Отложеніе здѣсь жира, по Гагенъ-Торну, происходитъ вслѣдствіе присасыванія извѣстныхъ областей синовиальной оболочки при развитіи отрицательнаго давленія и наступленія въ силу этого замедленнаго кровообращенія.

Количество жиру въ нормальной ворсинѣ является для насъ обстоятельствомъ чрезвычайной важности въ виду того, что при *Lipoma arborescens* мы говоримъ

объ липомазіи ворсиноѣ, а въ правѣ ли мы это дѣлать—вопросъ, такъ какъ гиперплазирующаяся ворсина естественно должна сохранить все свои составные элементы и весьма понятно, что въ „жировой“ нормальной ворсинѣ при пролифераціи ея клѣтокъ мы получимъ пропорціонально увеличенію объема ворсины наростаніе массы жировой ткани.

Можно ли тутъ говорить о липомазіи<sup>1</sup>), является вопросомъ, отвѣтитъ на который чрезвычайно трудно. Въ нашихъ препаратахъ мы находимъ скорѣе отсутствіе, чѣмъ богатство жировой тканью.

Итакъ, важнѣйшій для насъ выводъ изъ всего сказаннаго это—то, что ворсины составляютъ нормальную, физиологическую часть синовиальной оболочки и что развитію ихъ въ большей или меньшей степени, способствуетъ отрицательное давленіе, развивающееся въ суставахъ при движеніяхъ.

<sup>1</sup>) Schmolck. Zwei Fälle von Lipoma arborescens genu. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 23. 1886. Стр. 273.

## II.

Покончивъ съ нормальною ворсиною, переходимъ теперь къ тому ея патологическому состоянію, которое носить данное ему J. Muller'омъ<sup>1)</sup> неподходящее названіе „*lipoma arborescens*“.

Говоримъ мы неподходящее, такъ какъ никогда здѣсь картины жировика въ полномъ смыслѣ этого слова мы не получаемъ. Можно говорить о липомазіи ворсинокъ, о развитіи въ нихъ жировой ткани, но не о жировой опухоли, *neoplasma lipoma*. Кромѣ того многія ворсины, какъ мы сказали и не содержать совсѣмъ жировой ткани ни въ нормальномъ, ни въ патологическомъ состояніи, и не только маленькія, какъ это говоритъ Schmolck<sup>2)</sup>, но и громадныя, тутъ, конечно, названіе *lipoma arborescens* является совсѣмъ уже неподходящимъ и мы можемъ лишь говорить, придерживаясь номенклатуры J. Müller'a и R. Virchow'a, о *fibroma arborescens articuli*. Изъ дальнѣйшаго же описанія микроскопической картины интересующаго насъ страданія мы увидимъ, что бываютъ случаи, отдѣльные участки пораженной синовиальной оболочки, гдѣ и это послѣднее названіе тоже непримѣнимо и гдѣ приходится констатировать лишь

хроническое воспалительное состояніе ворсинъ безъ всякаго намека на новообразованіе.

На основаніи вышеизложеннаго и установившагося въ наукѣ понятія объ опухоляхъ, мы не должны были бы называть гиперплезію ворсинъ—продуктъ воспаления—опухолью: *lipoma arborescens*, точно такъ, какъ не слѣдовало бы называть опухолью продукты сифилитическаго воспалительнаго процесса—гумму и т. д.

Хотя вѣдь настоящія опухоли, аномаліи роста, и относятся къ продуктамъ гипертрофическихъ процессовъ, но ихъ нужно, а иногда и можно, отличать, по мнѣнію Подвысоцкаго<sup>3)</sup>, отъ всякаго регенеративнаго и воспалительнаго новообразованія тканей, которое можетъ порою имѣть внѣшній видъ, совершенно сходный съ опухолью. Конечно, рѣзкую границу провести между ними чрезвычайно трудно.

Существеннымъ отличіемъ этихъ новообразованій воспалительнаго происхожденія, этихъ гранулемъ, нужно считать по мнѣнію проф. Виноградова<sup>2)</sup> ихъ наклонность или къ прогрессивнымъ измѣненіямъ и переходу въ плотную, бѣдную клѣтками фиброзную ткань или же даже къ полному разрушенію.

Названіе *lipoma arborescens* еще сравнительно болѣе подходитъ къ такимъ случаямъ, какъ одинъ изъ нашихъ (ист. болѣз. № 1) и одинъ Соколова (ист. болѣз. № 29), гдѣ операцией было констатировано проростаніе разросшимися ворсинами суставной капсулы и ростъ, значитъ, ихъ внѣ суставной полости.

Schmolck<sup>3)</sup> совершенно справедливо полагаетъ, что

<sup>1)</sup> Подвысоцкій В. В.: „Основы общей патологіи“. Томъ I. Изд. 2. Спб. 1894 г., стр. 502.

<sup>2)</sup> Виноградовъ К. Н.: „Саркома“. Реальная Энциклопедія Eulenburg'a. Томъ 17. 1896 г. Спб., стр. 598.

<sup>3)</sup> Schmolck: „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“. Bd. 23. Стр. 283 и 284.

<sup>1)</sup> Müller Joh.: Ueber den feineren Bau und die Formen der Krankhaften Geschwülste, Berlin. 1838. Erste Lieferung. Стр. 50.

<sup>2)</sup> Schmolck. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 23. Стр. 278 и 279.

название *lipoma arborescens* можетъ быть примѣнимо только къ случаямъ множественныхъ суставныхъ липомъ, то есть къ такимъ случаямъ, которые и были описаны J. Müller'омъ, тогда какъ одиночныя липомы, не вошедши въ это описаніе и неудовлетворяющія ему, естественно—*arborescens* называться не могутъ. Съ этимъ взглядомъ, конечно, не согласиться нельзя, но какъ говоритъ Bland Sutton <sup>1)</sup>, „хотя эти висечія образования и ничего общаго, кромѣ развѣ присутствія въ нихъ жировой ткани съ липомами и не имѣютъ, но терминъ „*lipoma arborescens*“ такъ выразителенъ, что его стоитъ оставить“.

Анатомо-патологическая картина интересующаго насъ страданія является наиболѣе разработанною его частью. Это легко можно объяснить тѣмъ рвеніемъ, съ которымъ авторы 70-хъ и 80-хъ годовъ стремились объяснить всю клиническую форму проявленій различныхъ страданій путемъ микроскопическихъ изысканій пораженныхъ органовъ и тканей. Несмотря на то, что наблюденія за большою синовиальною оболочкой, такъ сказать, *in vivo* открылъ намъ I. Lister <sup>2)</sup> лишь въ 1867 году, а примитивный *garrot Morel*'а <sup>3)</sup> былъ съ блестящимъ успѣхомъ замѣненъ резиновымъ жгутомъ v. Esmarch'a лишь въ 1873 году, патологическая анатомія пораженій синовиальной оболочки не является уже чѣмъ-то загадочнымъ или неяснымъ, а наоборотъ изучена значительно лучше, подробнѣе, чѣмъ, напримѣръ, этиологія ихъ или даже терапія. Мы имѣемъ ужъ точное описаніе многихъ формъ пора-

<sup>1)</sup> Bland Sutton: A case of „lipoma arborescens“ (Müller) Transactions of the pathological Society of London, volume 39. 1888. Стр. 291.

<sup>2)</sup> Таубертъ: „Современныя школы хирургіи“. Книга I. Спб. 1889. Стр. 41.

<sup>3)</sup> Farabeuf. „Основы оперативной хирургіи“. Спб. 1887. Стр. 228.

женій синовиальной оболочки, мы знаемъ болѣе или менѣе опредѣленно, какъ проявляется въ ней туберкулезъ, какъ проявляется сифилисъ и многія другія, часто встрѣчаемыя суставныя заболѣванія.

Наше описаніе мы начнемъ съ макроскопическаго вида дрововидныхъ жировиковъ и перейдемъ затѣмъ къ изложенію микроскопическаго ихъ строенія.

Итакъ, при *lipoma resp. fibroma articulatorum*, мы встрѣчаемъ въ полости сустава опухолевидныя образования различной величины, отъ незначительныхъ размѣровъ вишневои косточки и огуречнаго сѣмени (Schmolck) <sup>1)</sup> боба, миндаины (Weir) <sup>2)</sup>; они достигаютъ величины орѣха (Wagner) <sup>3)</sup> и даже куриного яйца (Herhold) <sup>4)</sup>.

Эти, постороннія въ полости сустава тѣла, лежатъ въ немъ не свободно, а прикрѣпляясь къ мѣстамъ своего первоначальнаго развитія при посредствѣ то болѣе длинныхъ, то болѣе короткихъ, тонкихъ или толстыхъ ножекъ. Иногда, какъ это было въ случаѣ Otterbeck'a <sup>5)</sup>, въ силу атрофіи ножки эти опухолевидныя образования становятся свободными и образуютъ тогда *mures articulares*.

Наружная ихъ окраска не всегда одинакова; тогда какъ маленькія представляются темнокраснаго цвѣта, болѣе старыя и большія по объему обычно желтоватопрозовые или желтовато-сѣры.

<sup>1)</sup> Schmolck: l. c.

<sup>2)</sup> Weir: „Ueber die Fettgeschwülste und Sarcome des Kniegelenks“. Centralblatt f. Chirurgie. 1886 № 46.

<sup>3)</sup> Wagner: „Ueber die Lipome des Kniegelenks“. „Jnang-Dissert. Marburg“. 1887.

<sup>4)</sup> Herhold: „Zur Frage des Lipoma genu. Langenbeck's Arch.“ 1896. Bd. XII, Hfs 3. Стр. 705.

<sup>5)</sup> Otterbeck: „Freier Lipoma im Kniegelenk“. In-Dissert. Bonn 1892.

Въ случаѣ же Blachian'a <sup>1)</sup> они были бѣловато-желтаго цвѣта, хотя и содержали много кровянаго пигмента. На это же присутствіе въ ворсинкахъ ржаво-коричневыхъ пигментныхъ зеренъ указываетъ и Schmolck. <sup>2)</sup> Угловатыя или кругловатыя его зерна лежатъ свободно въ тканевыхъ промежуткахъ и только рѣдко внутри клѣтокъ.

Консистенція ихъ мягкая, эластическая, которую можно сравнить съ ощущеніемъ прикосновенія къ бархату (Schmolck) <sup>2)</sup>.

При прощупываніи же ихъ черезъ кожные покровы онѣ даютъ ощущение, чего-то плотнаго, твердаго. По словамъ Volkman'n'a <sup>3)</sup>, въ его случаѣ консистенція ихъ была все-таки значительно мягче, чѣмъ консистенція суставныхъ мышцей, Lauenstein <sup>4)</sup>, же говорить въ I-мъ своемъ случаѣ, что опухоль была „не очень тверда“.

Форма маленькихъ совершенно напоминаетъ гипертрофированную ворсину, форма же большихъ является булавовидной, грушевидной или же болѣе или менѣе напоминающей форму тупообрубъзаннаго цилиндра.

Распредѣленіе этихъ множественныхъ образований чрезвычайно характерно: они по большей части образуютъ группы: на небольшомъ обыкновенно участкѣ синовиальной оболочки, величиною въ серебряный полтинникъ и меньше, виситъ множество различной

<sup>1)</sup> Blachian: „Ueber die Lipoma arborescens im Kniegelenk“. „Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie“ Bd. 36. Стр. 578.

<sup>2)</sup> Schmolck: l. c.

<sup>3)</sup> Volkman'n: „Beiträge zur Chirurgie“. „Jahresbericht des Universitätsklinik Zur Halle im Jahre 1873“ стр. 183.

<sup>4)</sup> Lauenstein: „Zwei Fälle von Lipom des Kniegelenks“. „Centralblatt f. Chirurgie“, № 49. 1884.

длины и формы гипертрофированныхъ ворсинокъ. (Смотр. рис. № 5 и 13).

Общую картину группы такихъ образований Bokelmann <sup>1)</sup> сравниваетъ съ хорошо вѣдѣмымъ изображеніемъ головы Медузы.

Теперь переходимъ къ микроскопическому строенію древовидныхъ разрошеній суставовъ. Здѣсь намъ приходится руководствоваться описаніями главнымъ образомъ Schmolck'a <sup>2)</sup>, Соколова <sup>3)</sup>, Stieda <sup>4)</sup> и нашими собственными (см. стр. 70).

Мы дадимъ отдѣльное описаніе маленькихъ ворсинъ и отдѣльно большихъ (по причинамъ, которыя станутъ ясными по прочтеніи).

Маленькія ворсинки, расположенныя перпендикулярно къ слою плотной соединительной ткани основы синовиальной оболочки, состоятъ изъ нѣжной, волокнистой соединительно-тканной стромы, волокнистый характеръ которой выраженъ очень слабо.

Количество клѣтокъ круглой, веретенообразной и звѣздчатой формы выполняющихъ промежутки стромы, не всюду одинаково, — приближаясь къ периферіи ворсинки, онѣ сгущаются такъ, что на свободныхъ ея краяхъ образуютъ почти непрерывный слой, а иногда даже, мѣстами, располагаются въ два слоя. Характеръ клѣтокъ по направленію къ периферіи тоже су-

<sup>1)</sup> Bokelmann: „Ueber die Natur und Bedeutung der Hämophilien—Gelenkaffectionen“. Inaug. Diss. Göttingen. 1881. Стр. 23.

<sup>2)</sup> Schmolck. Стр. 278, 279 и 281.

<sup>3)</sup> Соколовъ Н. А. „Древовидныя разрошенія суставовъ (Lipoma resp. fibroma arborescens articulorum)“ Хирургич. Вѣстникъ, годъ IX, 1893, стр. 388, 389, 395 и 396.

<sup>4)</sup> Stieda. „Ueber das Lipoma arborescens des Kniegelenks und seine Beziehungen zu chronischen Gelenkaffectionen“ Beitrage z. Klinischen Chirurgie von prof. Bruns.“ Bd. XVI. 1896, стр. 299 и 300.

11.15  
64469

ПЕРЕВИРено 1936  
4470  
ИЗДАТЕЛЬСТВО  
СИНОТЕКА

Научная Библиотека  
1-го Харьк. Мед. Института

щественно измѣняется, онѣ становятся больше и, вообще, принимаютъ видъ эпителиоидныхъ.

Соединительно-тканная строма пронизана большимъ количествомъ обыкновенно тонкостѣнныхъ, но значительно расширенныхъ артерій небольшого калибра, идущихъ обычно параллельно оси ворсинки и въ центральныхъ ея частяхъ. Вокругъ нихъ можно замѣтить иногда порядочныя скопленія круглыхъ лимфоидныхъ клѣтокъ. Вены въ значительно меньшемъ числѣ, чѣмъ артеріи, располагаются по большей части по периферіи ворсинки, подъ слоями эпителиоидныхъ клѣтокъ.

Итакъ, строеніе ворсинчатыхъ разрошеній малой величины отличается отъ строенія нормальной ворсинки главнымъ образомъ лишь богатствомъ расширенными сосудами и мелкоклѣточной инфильтраціею въ нѣкоторыхъ мѣстахъ.

Большія древовидныя образования въ общемъ, конечно, повторяютъ то же строеніе нормальной ворсинки, но вмѣстѣ съ тѣмъ и отличаются отъ него.

Здѣсь мы среди соединительно-тканной стромы, образованной сравнительно толстыми фиброзными волокнами съ значительно меньшимъ количествомъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ встрѣчаемъ иногда порядочныя скопленія жировой ткани. Количество ея бываетъ чрезвычайно различно: тогда, какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ ткань суставнаго разрошенія является почти исключительно жировою, въ другихъ жировой ткани мы почти не встрѣчаемъ. Во всякомъ случаѣ жировая ткань гнѣздится по преимуществу въ центральныхъ частяхъ, тогда какъ периферія обычно болѣе фиброзна.

Количество сосудовъ и здѣсь очень велико; они

идутъ главнымъ образомъ въ направленіи длинной оси и, вѣтвясь во все стороны, посылаютъ тонкія вѣтви, доходящія почти до периферіи.

Соединительно-тканныя волокна иногда очень близко повторяютъ ходъ кровеносныхъ сосудовъ и окутываютъ ихъ, какъ бы мантиею, образуютъ какъ бы футляръ.

Такъ же, какъ и въ маленькихъ ворсинкахъ, здѣсь мы часто встрѣчаемъ воспалительные островки, расположенные вблизи сосудовъ и состоящие изъ мелкоклѣточной инфильтраціи.

Здѣсь тоже по направленію къ периферіи число клѣтокъ увеличивается и сами клѣтки становятся больше.

Кромѣ этой, такъ сказать, обычной для крупныхъ разрошеній картины иногда въ нихъ можно наблюдать чрезвычайно интересный и своеобразный патолого-анатомическій процессъ—это организациа свернувагося и осѣваго фибрина.

Замѣщеніе неорганизованнаго фибринознаго осадка новообразованною, соединительною тканью происходитъ по общимъ законамъ главнымъ образомъ на счетъ эндотелія сосудистыхъ стѣнокъ.

Здѣсь мы имѣемъ параллельно 2 процесса: канализацію и васкуляризацію осѣваго фибрина.

Сморщиваясь и образуя такимъ образомъ трещины, фибринъ какъ бы даетъ доступъ врастающимъ капиллярамъ, гистогинетическая способность эндотелиальныхъ стѣнокъ которыхъ настолько велика, что онѣ вкорѣ покрываютъ, обрастаютъ стѣнки трещинъ и образуютъ такимъ образомъ каналы, по которымъ свободно циркулируетъ кровь. По мѣрѣ востанія капилляровъ, въ фибринѣ появляются молодыя соеди-

нительно-тканная клѣтки различной формы: эпителиодныя, веретенообразныя, звѣздчатыя и круглыя.

Такимъ образомъ мало-по-малу весь фибринъ замѣщается молодою соединительною тканью и образуетъ съ разросшеюся ворсинною одно нераздѣльное цѣлое.

Наслоеніе фибрина на ворсину (въ нашемъ случаѣ составлявшее почти  $\frac{1}{4}$  всего препарата) является чрезвычайно интереснымъ и важнымъ въ смыслѣ теоріи разростанія ворсинъ. Очевидно, что ворсины въ больномъ суставѣ растутъ не только эксцентрично, но и, такъ сказать, концентрично, а именно,—отъ периферіи къ центру: съ одной стороны мы имѣемъ ростъ на счетъ воспалительной инфильтраціи и образованія изъ нея соединительной ткани, съ другой же—увеличеніе ворсины происходитъ на счетъ организаціи наслоеннаго фибрина.

Просматривая литературу, мы невольно обращаемъ вниманіе на указаніе многихъ авторовъ на то, что при развитіи древовидныхъ образованій въ суставахъ, сначала мы имѣемъ *hydrops articuli*, который ко времени операціи обыкновенно ужъ очень невеликъ.

Не происходитъ ли тутъ слѣдующаго процесса а вельдъ за образованіемъ выпота, если допустить тутъ весьма возможный серозно-фибринозный его характеръ, происходитъ осажденіе на ворсинъ и синовиальную оболочку фибриновыхъ массъ и всасываніе серозной его части. Затѣмъ осажденный фибринъ организуется, увеличиваетъ массу ворсины, которая, являясь уже постороннимъ въ суставѣ тѣломъ, способствуетъ постоянному его раздраженію и поддерживаетъ то хронически-воспаленное его состояніе, которое выражается въ усиленномъ ростѣ и воспали-

тельной инфильтраціи ворсинъ. На этотъ же процессъ организаціи фибрина мы находимъ указанія у König'a <sup>1)</sup>.

Описывая микроскопическую картину *lipomatis arborescentis*, мы не можемъ не упомянуть о томъ, что Schmolck, какъ и мы, нашелъ въ гиперплазировавшихся ворсинахъ настоящіе туберкулезные бугорки, при чемъ онъ доказалъ присутствіе въ нихъ коховскихъ бациллъ, а Schüller приписываетъ даже развитіе этого страданія особому постоянно имъ находимому въ тканяхъ разросшихся villi специфическому микроорганизму—*hantelförmige Bacille*. Другіе же авторы, при весьма тщательныхъ изслѣдованіяхъ, все-жѣ таки ничего специфическаго въ ворсинахъ *lipomatis arborescentis* не находили. Чрезвычайно интересную картину описываетъ Boyer. Въ своемъ случаѣ *lipomatis arborescentis* онъ нашелъ въ увеличенныхъ ворсинахъ помимо острововъ жировой ткани еще и хрящевыя клѣтки, окруженныя гліалиною капсулой. Нѣкоторыя изъ этихъ хрящевыхъ клѣтокъ были заключены въ известковую оболочку.

<sup>1)</sup> König: „Die Bedeutung des Faserstoffs für die pathologisch-anatom und die klinische Entwicklung der Gelenk- und Sehnscheiden-Tuberculose“. „Centralblatt f. Chirurgie 1886. № 25“.

## III.

Вопросъ этиологии любого страданія за рѣдкими исключениями является всегда наиболѣе труднымъ и наименѣе доказаннымъ. Тѣ немногія счастливыя исключенія изъ этого правила, которыми мы владемъ въ настоящую минуту, почти цѣликомъ прихотятся на микотическія формы, гдѣ путемъ эксперимента была доказана непосредственная связь между причиною и слѣдствіемъ.

Если, вообще, этиологическія данныя достаются нелегко, то въ заболѣваніяхъ суставовъ это выражено рѣзче всего.

Дѣло заключается въ томъ, что установить связь между истиннымъ источникомъ возникновенія суставнаго заболѣванія и тѣми реумами и траумами, на которыя обыкновенно сыпятся обвиненія больныхъ, — чрезвычайно трудно, а подчасъ и невозможно. Многое, конечно, могла бы объяснить намъ бактериология, но, къ сожалѣнію, она еще не во всеоружіи и дать намъ отвѣтъ только въ будущемъ.

Кромѣ того суставныя заболѣванія нерѣдко такъ похожи другъ на друга, такъ симулируютъ одно другое и такъ часто комбинируются, что этиологическая картина является въ высшей степени туманной.

Въ этомъ отношеніи *lipoma arborescens*, повторяетъ участь, напр., *arthritis deformans*, одни многочисленныя названія котораго (*arthritis sicca, spuria, nodosa,*

*productiva, proliferans, pauperum, rheumatoides, polyarthritidis, malum coxae senile* и проч.) указываютъ на тѣ скитанія по отдѣламъ хирургической патологии, которыя эта болѣзнь претерпѣла въ различныя времена.

То же было и съ *lipoma arborescens*.

Дѣйствительно, если мы прослѣдимъ болѣе или менѣе подробно исторію интересующаго насъ страданія, то сейчасъ же увидимъ, что мы далеки еще отъ того, чтобы поставить точку и считать вопросъ поконченнымъ.

Начнемъ съ J. Müller'a <sup>1)</sup>, только описавшаго въ 1838 году препараты *lipomatis arborescentis articulorum*. Видѣнные имъ въ музеяхъ Halle (случай, оперированный Meckel'емъ и описанный Götz'омъ <sup>2)</sup> въ 1798 году) и св. Варфоломея въ London'ѣ. Онъ относитъ ихъ прямо ко множественнымъ новообразованиямъ ворсинокъ синовиальной оболочки и описываетъ въ отдѣлѣ жировыхъ опухолей на ряду съ другими видами липомы — *simplex et mixtum*. Изъ этого видно, что Müller считаетъ *lipom'u arborescens* опухолью (*neoplasma*) въ полномъ смыслѣ этого слова и не допускаетъ даже мысли о воспалительномъ ея происхожденіи.

Второю работою, предполагаемою *lipoma arborescens* опухолью, является сообщеніе Simon'a <sup>3)</sup> изъ Rostock'a въ 1862 г., который нашелъ одиночную липому въ правомъ колѣнномъ суставѣ 46-лѣтняго мужчины

<sup>1)</sup> Müller Joh. „Ueber den feineren Bau und die Formen der Krankhaften Geschwülste“. 1838. Lief. 1, стр. 50.

<sup>2)</sup> Goetz. „De morbis ligamentorum ex materie animalis mixtura et structura mutata cognascendis, Inaug. Diss. Halle“ 1798. Истрп. по Stieda.

<sup>3)</sup> Simon. „Extirpation einer sehr grossen mit dickem Stiele angewachsenen Kniegelenksmaus mit glücklichem Erfolge. Langenbeck's. Archiv für Klinische Chirurgie“. Bd. VI, стр. 573.

и отнесъ ее къ саркоматозному перерожденію ворсины.

Дальше идетъ сообщеніе Volkmann'омъ <sup>1)</sup> одного случая оперированной одиночной липомы въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ 63-лѣтняго мужчины. Volkmann говоритъ, что она „по всей вѣроятности“ происходила изъ ворсины. Вскорѣ послѣ операциі у больного Volkmann'a обнаружился arthritis deformans.

Совершенно новый свѣтъ проливаютъ случаи, сообщенные въ 1878 году Riedel'емъ <sup>2)</sup> изъ Göttingen'ской клиники, гдѣ онъ допускаетъ возможность связать появленіе lipoma arborescens въ суставахъ съ травмою. Случай его касается: первый 34-лѣтней женщины, имѣвшей въ правомъ колѣнномъ сочлененіи небольшую жировую опухоль и второй—22-лѣтней дѣвушки, имѣвшей липому въ лѣвомъ колѣнѣ.

Въ первомъ изъ этихъ случаевъ было констатировано тяжкое травматическое поврежденіе связочнаго аппарата сустава, сейчасъ же послѣ котораго началось страданіе, приведшее больную на операционный столъ.

Но работа Riedel'я сама по себѣ особеннаго интереса не представляетъ, вся суть же ея заключается въ подстрочномъ къ ней примѣчаніи König'a <sup>3)</sup>, въ которомъ онъ высказываетъ свой взглядъ на происхожденіе lipomatis arborescentis. Онъ приравниваетъ образованіе жировыхъ опухолей въ суставахъ образованію субсерозныхъ жировиковъ брюшины и называетъ ихъ даже „subseröse Gelenklipome“. — Говоря дальше, что оба случая Riedel'я являются типичными

<sup>1)</sup> Volkmann. „Beiträge zur Chirurgie. Jahresbericht der Universitäts Klinik zu Halle im Jahre“. 1873, стр. 153.

<sup>2)</sup> Riedel. „Zur Pathologie des Kniegelenks. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. X, стр. 54.

<sup>3)</sup> König. Ibidem, стр. 56.

представителями опухолей колѣннаго сустава, такъ какъ происходятъ изъ 2 большихъ скопленій жировой ткани (одного—по обѣимъ сторонамъ lig. patellae proprii и другого—на передней поверхности бедренной кости) онъ представляетъ себѣ процессъ слѣдующимъ образомъ: усиленное давленіе наружной стороны musculi recti femoris придавливаетъ жировыя массы къ неподатливой костяной подстилкѣ и этимъ заставляеть ихъ внѣдряться въ суставную полость даже безъ всякой травмы. Если же суставъ получаетъ травматическій инсультъ, то здѣсь наступаетъ такое неожиданное и рѣзкое напряженіе фасціи съ одной стороны ligam. patellar. propr. что происходитъ внутренній разрывъ синовиальной оболочки и выпаденіе части околосуставныхъ жировыхъ скопленій въ полость сустава.

Слѣдующая весьма знаменательная стадія развитія вопроса этиологій lipomatis arborescentis обязана своимъ развитіемъ Riedel'ю, первую работу котораго мы уже привели выше, и французскому хирургу проф. Nicaise.

Riedel <sup>4)</sup> въ 1891 году въ статьѣ, озаглавленной „Lipoma arborescens genu, entstanden auf der Basis einer ausgeheilten Tuberculose“, ставитъ развитіе суставныхъ жировиковъ въ непосредственную зависимость отъ суставнаго туберкулеза—будетъ ли онъ излеченнымъ, будетъ ли онъ во флоридной своей формѣ. Онъ думаетъ, что развитіе lipomatis arborescentis, представляющей видъ цвѣтной капусты и состоящей по преимуществу изъ фибрина, находится въ прямой зависимости отъ того небольшого раздраженія, которое

<sup>4)</sup> Riedel. „Einige Gelenkpräpar. lipomatis arborescentis entstanden auf d. Basis ein. ausgeheilten Tuberculose. Archiv f. Klinische Chirurgie“ Bd. 41. 1891, стр. 376.

причиняется синовиальной оболочкѣ туберкулезнымъ гвѣздомъ, хотя бы и излеченнымъ, и находящимся или въ самомъ суставѣ, инкапсулированнымъ, или же неподалеку отъ него, въ периартикулярной ткани.

Дальше онъ говоритъ, что это небольшое раздраженіе синовиальной оболочки при туберкулезѣ совершенно равносильно тому раздраженію, которое получается при *synovitis serosa simplex* и при *arthritis deformans*, при которыхъ также наблюдаются разрошённыя ворсинокъ синовиальной оболочки. Здѣсь мы уже имѣемъ указаніе на, такъ сказать, вторичное происхождение *lipomatis arborescentis*, обязанное раздраженію, причиняемому другимъ основнымъ страданіемъ сустава.

Въ двухъ своихъ работахъ: „Hyperplasie spécifique“ <sup>1)</sup> „Tumeur blanche fibroplastique“ <sup>2)</sup> Nicaise даетъ дальнѣйшую разработку зависимости ворсинчатыхъ разрошёній синовиальной оболочки отъ суставнаго туберкулеза. Въ обыденныхъ случаяхъ суставнаго туберкулеза, — говоритъ онъ, — синовиальная оболочка вмѣстѣ съ ворсинками превращается въ фунгозныя массы: въ подъэпителиальномъ слоѣ соединительной ткани получается инфильтрація маленькими круглыми клѣтками новой формаціи, ткань теряетъ свой фиброзный характеръ и мало-по-малу разжижается, получая видъ грануляціонной ткани; сосуды увеличиваются въ количествѣ и расширяются, а полигональныя клѣтки, одѣвающие внутреннюю поверхность синовиальной оболочки, перерождаются и замѣняются новыми, составляющими непосредственный переходъ къ наружнымъ

<sup>1)</sup> Nicaise. „Hyperplasie spécifique. Revue de Chirurgie“ 1892, № 12.

<sup>2)</sup> Его же. „Tumeur blanche fibro-plastique. Revue de Chirurgie“. 1892, № 10, стр. 801.

соединительно-тканнымъ слоямъ ея. Если же процессъ идетъ менѣе оживленно и болѣе медленно, то ткани устѣвуютъ набухнуть, инфильтрируясь серозною жидкостью и фибриномъ и сохраняютъ до нѣкоторой степени свой фиброзный характеръ, давая тогда „le tissu gelatino-lardacé“.

Въ другихъ же, болѣе рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ интенсивность туберкулезнаго процесса мала и которые длятся долгое время, является постоянный избытокъ питательнаго матеріала, ткани, какъ бы обновляются, молодѣютъ и могутъ разрастаться, какъ таковыя, не измѣняя своего гистологическаго характера. Получается *hyperplasia* ткани, то, что Nicaise называетъ „le tissu fibroplastique“.

Этотъ видъ гиперплазіи Billroth считаетъ переходнымъ между тѣмъ процессомъ, который ведетъ къ переходу въ простую воспалительную инфильтрацію и тѣмъ, который даетъ начало образованію настоящихъ опухолей, *neoplasmatum*.

Вотъ этого послѣдняго-то типа ткани, дающія возможность предполагать у большого опухоли суставовъ жировики или саркомы, Nicaise находитъ всегда инфильтрованными жировыми клѣтками.

Послѣднюю особенность этихъ фибро-пластическихъ тканей объясняетъ въ значительной степени наблюдение Le Gendre'a <sup>1)</sup>, говорящаго, что патогенные агенты вліяютъ на общее питаніе выдѣленіемъ растворимыхъ продуктовъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ токсины, выработанныя микробами, вызываютъ обильное образованіе склеротической ткани, а въ нѣкото-

<sup>1)</sup> Le Gendre: *Traité de med.* 1891. Т. I, стр. 369.

Его же: *Разстройства и болѣзни питанія.* Переводъ съ франц. под редак. проф. Максимова. Спб. 1894, стр. 199.

рыхъ усиленное образованіе жировой, такъ сказать жиροобразовательную дистрофію (*une dystrophie stéatogène*).

König <sup>1)</sup> въ своей монографіи о костномъ и суставномъ туберкулезѣ, въ главѣ о *hydrops tuberculosus*, говоритъ объ организующихся изъ осажденнаго фибрина ворсинчатоподобныхъ образованіяхъ, придающихъ суставу тотъ же видъ, который иногда получается при долго длящемся *arthritis deformans* и хроническихъ „*Kapseldegenerationen*“, и замѣчаетъ, что *lipoma arborescens* есть страданіе, исторія и этиологія котораго освѣщены еще не вполне ясно.

Въ 1886 году появляется на страницахъ *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, прекрасная статья Schmolck'a <sup>2)</sup>, охватывающая весь имѣвшійся до этого года литературный матеріалъ, состоявшій изъ 6 случаевъ.

Къ нимъ Schmolck присоединилъ 2 своихъ наблюденія и на основаніи этихъ 8 случаевъ далъ намъ прекрасное литературное описаніе и характерные рисунки *lipomatis arborescentis articulorum*.

Какъ патолого-анатомическую картину, такъ и этиологическіе моменты занимающаго насъ страданія, онъ дѣлитъ на двѣ самостоятельныя группы: липомы одиночныя и множественныя, и въ зависимости отъ количества опухолей въ суставѣ причина, вызвавшая ихъ, разная: тогда какъ для одиночныхъ ворсинчатыхъ разроженій Schmolck вполне допускаетъ теорію König'a, для множественныхъ онъ ищетъ другой и находитъ ее въ раздраженіи синовиальной оболочки

<sup>1)</sup> König: Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. I Das Kniegelenk. Berlin. 1896.

<sup>2)</sup> Schmolck. Zwei Fälle von *Lipoma arborescens* genu. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*. Bd. 23. 1886. Стр. 273.

воспалительнымъ процессомъ не специфическаго характера. Нахожденію же туберкулезныхъ бугорковъ на разросшихся ворсинахъ въ своихъ случаяхъ онъ отводитъ второе мѣсто, будучи убѣжденъ, что туберкулезъ здѣсь присоединился лишь вторично, такъ какъ и фибриновый синовитъ и разрастаніе ворсинокъ съ параллельнымъ обогащеніемъ ихъ васкуляризациі дѣлаютъ синовиальную оболочку болѣе воспримчивой къ зараженію туберкулезомъ. Онъ думаетъ, что разроженія имѣли исходнымъ пунктомъ нормальныя ворсинки и что удобнѣе всего назвать этотъ процессъ „липомазіею ворсинокъ“. Работа Schmolck'a является первою по времени своего появленія и первою же по полнотѣ и ясности изложенія монографіею о *lipoma arborescens articulorum*.

Въ диссертациі Haumann'a <sup>1)</sup> мы находимъ изложеніе новаго интереснаго случая *lipomatis arborescentis* праваго колынаго сустава на почвѣ хроническаго ревматизма, сопровождавшагося такимъ же пораженіемъ сухожильныхъ влагалищъ экстензоровъ обихъ рукъ. Haumann признаетъ образованіе древовидныхъ суставныхъ жировиковъ эффектомъ раздраженія синовиальной оболочки хроническимъ ревматизмомъ такъ же, какъ это бываетъ при *arthritis deformans* и суставномъ лues'ѣ. Отношеніе къ туберкулезу, котораго въ своемъ случаѣ Haumann не нашелъ, такъ же, какъ и Schmolck, онъ сводитъ лишь къ повышенной воспримчивости разросшихся ворсинокъ къ зараженію Коховскими бактеріями.

Затѣмъ образованіе ворсинчатыхъ разроженій въ полости суставовъ разрабатываются въ 2 работахъ

<sup>1)</sup> Haumann. Ueber Gelenklipom In. Diss. Bonn. 1887.

Schüller'a <sup>1)</sup> и <sup>2)</sup>, гдѣ онъ сначала приписываетъ способность вызывать усиленный ростъ ворсинокъ хроническому неанкилозирующему суставному ревматизму, а затѣмъ выдѣляетъ ихъ въ особую группу суставныхъ хроническихъ заболѣваній *sui generis*, обусловленныхъ даже специфическимъ микроорганизмомъ „*hantelförmige Bacille*“.

Въ диссертации Filter'a <sup>3)</sup> мы находимъ описаніе случая одиночной липомы и очень смѣлый взглядъ на способъ ихъ возникновенія. Онъ говоритъ, что онѣ могутъ возникать изъ воспаленной синовиальной оболочки, а раздражителемъ, способнымъ вызвать достаточное воспалительное состояніе ея, можно считать травму.

Дальнѣйшая разработка интересующаго насъ вопроса принадлежитъ нашему русскому ученому, нынѣ профессору Харьковскаго университета Н. А. Соколову <sup>4)</sup>. Въ статьѣ, озаглавленной „Древовидныя разрощенія синовиальной оболочки суставовъ (*lipoma resp. fibroma arborescens raticulorum*)“, помѣщенной въ двухъ номерахъ „Хирургическаго Вѣстника“ за 1893 годъ, авторъ приводитъ 2 своихъ случая и ищетъ объясненія къ нимъ въ имѣвшей до него литературѣ, но ни

<sup>1)</sup> Schüller. Chir. Mittheilung über d. chronisch-rheum. Gelenkentzündung. Arch. für. Klin. Chirurgie. Bd. 45. Heft 1.

<sup>2)</sup> Его же. Polyarthrit. chronica villora und Arthritis deformans. Berlin. 1900 г.

<sup>3)</sup> Filter. Ueber solit. Lipoma des Kniegelenks. In. Diss. Greifswald 1890 г.

<sup>4)</sup> Н. А. Соколовъ. Древовидныя разрощенія синовиальной оболочки суставовъ (*lipoma resp. fibroma arboresc. artic.*). „Хирург. Вѣстн.“ годъ 9 1893 г. Стр. 206 и 387.

Его же. Суставн. поражения при гліоматозѣ спинного мозга. Врачъ 1891 г. №№ 23, 24 и 25.

Его же. Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarks. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 34.

одно изъ существующихъ мнѣній его не удовлетворяетъ и тогда онъ на основаніи ученія Гагенъ-Торна о развитіи ворсинокъ синовиальной оболочки приходится къ собственнымъ, въ высокой степени оригинальнымъ и интереснымъ выводамъ. Имѣя случаи наблюдать развитіе древовидныхъ разрощений въ суставныхъ полостяхъ при гліоматозѣ спинного мозга (сирингомѣліи) и при туберкулезѣ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: тогда какъ при туберкулезѣ мы имѣемъ прямой возбудитель гиперплазіи ворсинокъ въ туберкулезныхъ очагахъ, лежащихъ около сустава, то приходится принять теорію Riedel'я и Nicaise; при сирингомѣліи же и, вообще, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ такихъ очаговъ предполагать нѣтъ возможности, нужно принять теорію Гагенъ-Торна <sup>1)</sup> о вліяніи отрицательнаго давления и измѣненій его на ростъ ворсинокъ синовиальной оболочки.

Дѣйствительно, при измѣненіи формы суставныхъ концовъ костей, въ суставахъ развиваются условія отрицательнаго давления, дѣйствующія на опредѣленные участки синовиальной оболочки, а такія измѣненія въ формѣ сочлененныхъ концовъ, мы имѣемъ при многихъ видахъ артритовъ: *arthritis deformans*, *syringomyelia*, *tabes*, застарѣлые вывихи и проч. Въ доказательство своихъ предположеній Соколовъ приводитъ очень интересный и поучительный случай найденной имъ *lipomatis arborescentis* въ плечевомъ суставѣ при вывихѣ, произошедшемъ изъ-за полной атрофіи головки плечевой кости и суставной впадины лопатки при гліоматозѣ спинного мозга. Дѣло заключается въ томъ, что *lipoma*

<sup>1)</sup> О. Гагенъ-Торнъ. Развитіе и строеніе синовиальной оболочки. Спб. 1883 г.

находилась исключительно на наружной части синовиальной оболочки, то есть под *musc. deltoideus* и значить, только в той части суставной капсулы, которая при вывихе плеча вперед, легко могла втягиваться и испытывать отрицательное давление. Кроме того, изъ того факта, что больная долгое время до поступления двигала большою рукою, можно заключить, что в пораженном суставе постоянно создавались условия для развития отрицательного давления и аспирации наружной части капсулы, при этом здесь легко могли образовываться складки и перегибы, которые изменяли просвет сосудов и, во всяком случае, не могли создавать благоприятных условий для кровообращения в длинных и мягких ворсинах. Если же теперь припомнить изложенный раньше взгляд Гагенъ-Торна на отложение жира в ворсинах, то легко заметить, что в этом случае нужно было ожидать значительной липомазии ворсинчатых разрознений. Это вполне и подтвердилось микроскопическим исследованием. В некоторых из них количество жировой ткани было настолько велико, что они выглядели, как настоящие липомы.

В 1887 г. была обнаружена прекрасная монография (Grosch'a<sup>1)</sup>) о подкожных липомах, где он приходит к выводу, что образование липом находится в тесной зависимости от деятельности кожных желез.

Увлекаясь остроумием его вывода и отождествляя секреторную деятельность желез с выделением синови

синовальной оболочкою суставовъ, Волковичъ<sup>1)</sup> въ 1893 году, описывая свой интересный случай *lipomatis arborescentis*, приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: разрастаніе ворсинъ при образованіи *lipomatis arborescentis* происходитъ исключительно въ силу механическихъ причинъ, а именно сдавливанія и ущемленія ихъ между отдѣльными частями суставовъ, это же механическое раздраженіе вызываетъ расширеніе сосудовъ и усиленный подвозъ питательнаго матеріала, который идетъ главнымъ образомъ на приготвленіе синовиі и отложеніе жира.

На туберкулезъ же и обезображивающее воспаленіе суставовъ Волковичъ смотритъ лишь какъ на осложненіе гиперпластическаго процесса, вызваннаго исключительно механическими моментами.

Затѣмъ слѣдуетъ послѣдняя большая работа о *lipoma arborescens* — это посмертный трудъ Dr. Stieda<sup>2)</sup> изъ Bruns'овской клиники.

Собравъ большой литературный матеріалъ и соединивъ къ нему свой случай, Stieda приходитъ къ заключенію, что одиночные липомы, какъ это сдѣлалъ уже до него Schmolek, должны быть выдѣлены въ отдѣльную группу и для нихъ теорія König'a сохранятьъ вполне свою силу.

Множественныя же липомы, по его мнѣнію, не представляютъ изъ себя ничего специфическаго и могутъ развиваться на почвѣ туберкулеза, хроническаго ревматизма и *Arthritis deformans*, какъ воспалительный ихъ продуктъ; кромѣ того онъ допускаетъ,

<sup>1)</sup> Волковичъ. Матеріалы къ вопросу о липомѣ колѣннаго сустава. „Хирургическій Вѣстникъ“ 1893 г., № 7, стр. 789.

<sup>2)</sup> Stieda. Ueber das Lipoma arborescens des Kniegelenks und seine Beziehung zu chronischen Gelenkaffektionen. Beiträge zur Klin. Chirurgie. Bd. XVII. Heft I. Стр. 285—305.

<sup>1)</sup> Grosch. Studien über das Lipom. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 26. 1887. Стр. 352.

что мысль Соколова об участіи въ этомъ гиперпластическомъ процессѣ отрицательнаго внутри-суставнаго давленія вполне заслуживаетъ вниманія.

Теперь мы упомянемъ еще о двухъ работахъ, затрагивающихъ этиологию *lipomatis arborescentis*. Это работы Bockelmann'a и Blachian'a.

Blachian<sup>1)</sup>, въ своей работѣ, основываясь на томъ, что пациентъ его страдалъ въ молодости частыми безпричинными кровотечениями изъ носу и что достаточно было незначительнаго давленія на спинку носа, чтобы вызвать у него обильное кровоизліяніе, причисляетъ его къ типу геморрагическаго діатеза и развитіе у него *lipomatis arborescentis* ставитъ въ непосредственную связь съ нѣскольکو разъ повторявшимися кровоизліяніями въ суставъ. Въ параллель къ своему случаю, онъ приводитъ случай Bockelmann'a<sup>2)</sup>, касающійся 13-ти-лѣтняго мальчика, дѣйствительно страдавшаго множественными кровоизліяніями въ суставы и у котораго, при вскрытіи, нашли рѣзкое разрощеніе суставныхъ ворсинъ.

Но вѣдь никто не станетъ спорить, что повторное присутствіе въ суставѣ инороднаго тѣла, въ данномъ случаѣ кровяныхъ сгустковъ, можетъ вызвать раздраженіе синовиальной оболочки и реакцію ея въ видѣ разрощенія ворсинъ, но намъ кажется, что рѣшительно все равно для синовиальной оболочки, будетъ ли фибринъ, находящійся въ суставѣ, происходить изъ излившейся и свернувшейся крови, или же изъ осажденнаго серозно-фибринознаго воспалительнаго экссудата. —

<sup>1)</sup> Blachian. Ueber Lipoma arborescens im Kniegelenk. Deutsch. Zeitschr. für. Chirurgie Bd. 36. Стр. 575—586.

<sup>2)</sup> Bockelmann. Ueber die Natur und Bedeutung der Hemophilien Gelenkaffektionen. In. Dissert. Göttingen. 1881. Стр. 23.

Если это такъ, что повторныя кровоизліянія въ суставъ могутъ вызвать въ немъ разрощеніе ворсинъ такъ же, какъ другіе экссудаты и, значитъ, специфичность гемифилии и гесп. гемартроза отходить на второй планъ.

Изложенные выше оригинальные взгляды на причины возникновенія въ суставахъ ворсинчатыхъ разрощеній составляютъ большую и самую интересную часть собраннаго нами матеріала. Дальше идутъ короткія сообщенія случаевъ, безъ всякихъ къ нимъ объясненій, или же работы, объясняющія этиологию *lipomatis arborescentis*, однимъ изъ вышеприведенныхъ взглядовъ. Здѣсь мы встрѣчаемъ необработанный, казуистическій матеріалъ, иногда очень цѣнный, иногда же изложенный такъ кратко и невнимательно, что выводить изъ него какія бы то ни было заключенія трудно, иногда же единственнымъ недостаткомъ работы оказывается отсутствіе оригинальности взглядовъ. Постараемся вкратцѣ привести главнѣйшее.

Lauenstein<sup>1)</sup> сообщаетъ изъ Seemanns-Krankenhaus въ Гамбургѣ 2 интересныхъ случая одиночныхъ липомъ колѣнныхъ суставовъ, гдѣ образованіе ихъ онъ объясняетъ себѣ вполне König'овскою теоріей.

Wagner<sup>2)</sup> на основаніи приводимыхъ имъ 4-хъ случаевъ, стоитъ тоже за это воззрѣніе и подробно описываетъ клиническую картину *lipomat. arborescentis*.

Случай Weir'a<sup>3)</sup> не даетъ ничего новаго.

Panné<sup>4)</sup> приводитъ очень интересный случай образованія *lipomatis arborescentis* при табетическомъ пораженіи колѣннаго сустава.

<sup>1)</sup> Lauenstein. Fälle von Lipom. des Kniegelenks. Centralbl. f. Chir. XI.

<sup>2)</sup> Wagner. Ueber Lipome des Kniegelenks. In. Dis. Marburg, 1857.

<sup>3)</sup> Weir. Ueber Fettgeschwülste und Sarkome des Kniegelenks. Centralblatt f. Chirurg. 1856 № 46.

<sup>4)</sup> Panné. Bulletin de la société anatomique 1856. LXI année. 4 ser. Tome XI.

Модлинскій<sup>1)</sup> изъ лечебницы д-ра Кни въ Москвѣ сообщаетъ случай находженія древовидныхъ липомъ въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ у больного, происшедшаго изъ туберкулезной семьи и у котораго на лѣвомъ плечѣ была язва.

Несмотря на отсутствіе микроскопическаго изслѣдованія, авторъ считаетъ свой случай туберкулезнымъ, такъ какъ въ правомъ колѣнномъ суставѣ онъ нашелъ подъ синовиальной оболочкою одно казеозное гнѣздо, а въ Muscul. quadriceps—нѣсколько; въ лѣвомъ же колѣнномъ суставѣ помимо субсиновиальныхъ казеозныхъ гнѣздъ, было еще и пораженіе хряща.

Otterbeck<sup>2)</sup> сообщаетъ случай суставнаго жировика изъ клиники Trendelenburg'a съ травмою въ анамнезѣ, но здѣсь же авторъ упоминаетъ и о возможности возникновенія древовидныхъ жировиковъ, даже одиночныхъ на почвѣ хроническаго раздраженія синовиальной оболочки, то есть присоединяется къ мнѣнію Filter'a.

Работа Otterbeck'a представляетъ еще большой интересъ и въ томъ отношеніи, что онъ предполагаетъ образованіе суставной мыши изъ суставной опухоли на ножкѣ вслѣдствіе истонченія и атрофіи ножки.

Гаттовскій<sup>3)</sup> даетъ краткое, но полное сообщеніе случая множественныхъ древовидныхъ липомъ суставовъ, развитіе которыхъ онъ ставитъ въ прямую

<sup>1)</sup> Модлинскій. Туберкулезная, древовидная липома колѣнныхъ суставовъ. „Медиц. Обозр.“ 1890 г., № 20.

<sup>2)</sup> Otterbeck. Freies Lipom. im Kniegelenk. Inaugur. Diss. Bonn. 1892. Стр. 17 и слѣд.

<sup>3)</sup> Гаттовскій. Случай Lipoma arborescens суставныхъ и слизистыхъ сумокъ. «Большин. Газета Боткина» 1898, № 22, стр. 977—982. Позволяю себѣ здѣсь выразить глубокую благодарность д-ру П. П. Гаттовскому за представленіе въ мое пользованіе микроскопическихъ препаратовъ и товарищескую готовность придти мнѣ на помощь.

зависимость отъ неанкилозирующаго хроническаго ревматизма.

Bland Sutton<sup>4)</sup> приводитъ случай образованія множественныхъ древовидныхъ липомъ во многихъ суставахъ (?) у старой (?) женщины, при вскрытіи которой онъ нашелъ во всѣхъ суставахъ—osteo-arthritis (arthritis deformans?)

Boyer<sup>2)</sup> описываетъ очень интересный случай lipomatis arborescentis колѣннаго сустава по всей вѣроятности сифилитическаго происхожденія.

Такой же интересный случай несомнѣнно сифилитическаго пораженія колѣннаго сустава съ развитіемъ древовидныхъ жировиковъ приводитъ и Bazy<sup>3)</sup>. Сообщеніе Bazy заслуживаетъ вниманія еще и потому, что при описаніи микроскопической картины онъ обращаетъ вниманіе на картину воспалительной инфильтраціи по краямъ ворсинъ. У него же мы находимъ указанія на организацію фибрина (его гомогенные участки. (Смол. истор. болѣзни № 5).

Дальше мы находимъ сообщеніе Воскресенскаго<sup>4)</sup> о случаѣ туберкулезной липомы колѣннаго сустава, гдѣ были констатированы бугорки, палочекъ же Коха найдено не было.

Къ предыдущему случаю изъ своей клиники проф.

<sup>1)</sup> Bland Sutton: A case of lipoma arborescens (Müller) Transactions of the pathological society of London volume 39, 1888. Стр. 290.

<sup>2)</sup> Boyer. Lipome arborescent de l'articulation de genou. Bulletins de la société anatomique de Paris. LII année 1877. 4. Série. Tome II, стр. 129.

<sup>3)</sup> Bazy. Lipome arborescent du genou. Bulletins de la Société anatomique de Paris LXV année (1890) 5 série. Tome IV, стр. 499.

<sup>4)</sup> Воскресенскій: Lipoma arborescens, какъ видъ туберкулезнаго пораженія синовиальной оболочки. „Дневн. Общ. врачей при Казанск. университет.“ 1895. П. Цигир. по „Медиц. Обозрѣн.“ 1896. № 19, стр. 594 и по Врачу 1895 года, № 13, стр. 368.

Кузьминъ прибавляетъ еще одинъ касавшійся субъекта 31-го года. Проф. Кузьминъ<sup>1)</sup> обращаетъ вниманіе на длительность даннаго вида артропатій и на малую склонность его къ образованію свищей и распада. Образованіе жировой ткани онъ приписываетъ жизнедѣятельности кѣтокъ лимфатическихъ сосудовъ синовиальной оболочки и въ нормѣ богатыхъ жиромъ.

Въ „Военно-Медицинскомъ Журналѣ“ за 1899 годъ мы находимъ случай *lipomatis arborescentis* изъ клиники проф. Субботина<sup>2)</sup>.

Наконецъ, послѣднее сообщеніе о древовидныхъ жировикахъ принадлежитъ Михайлову<sup>3)</sup>, но въ виду того что по своимъ взглядамъ онъ возвращается ко времени Riedel'я и Nicaise, а разобранный имъ матеріалъ далеко не исчерпываетъ работы, напр., Stieda, то мы останавливаться на немъ не будемъ. Случай же приводимый имъ оперированъ д-ромъ И. Ф. Сабанъевымъ<sup>4)</sup> въ Одессѣ и приводится Михайловымъ только на память.

Итакъ, мы познакомились со взглядами различныхъ школъ, различныхъ авторовъ на причины, вызывающія въ суставахъ ворсинчатые разрошенія, носящія звучное названіе *lipoma resp. fibroma arborescens*. Суммируя и группируя ихъ, мы получаемъ слѣдующее: Riedel, Nicaise, Соколовъ, Модлинскій, Krause, Schuchard, Воскресенскій, Михайловъ и друг. видятъ

<sup>1)</sup> Врачъ 1895 года. № 13, стр. 369.

<sup>2)</sup> „Военно-Медицинскій Журналъ“ 1899 г.

<sup>3)</sup> Михайловъ: О такъ наз. Прома *arborescens*. Русск. Архивъ Подвысоцкаго. Томъ XI, Выпускъ 2, 1901 года.

<sup>4)</sup> Пользуясь случаемъ печатно выразить сердечную благодарность глубокоуважаемому И. Ф. Сабанъеву за предоставленіе мнѣ хирургическаго матеріала и за советы и указанія.

За то же прошу д-ра К. С. Горскаго принять мою искреннюю признательность.

въ *lipoma arborescens* проявленіе туберкулеза; Schüller, Гаттовскій, Bland-Sutton и Haumann—ставятъ развитіе древовидныхъ жировиковъ въ зависимость отъ хроническаго неанкилозирующаго ревматизма; König, Lauenstein, Schmolck, Wagner, Bischoitzky и Herhold—приравниваетъ развитіе ихъ—развитію подсерозныхъ жировиковъ брюшины, Panné—описываетъ табетическую *lipom'у arborescens*. Соколовъ нашелъ ее при гліоматозѣ спинного мозга, Vazu, Boyer и Соколовъ—описали по вѣзмъ вѣроятіямъ сифилитическія липомы, Соколовъ и Stieda допускаютъ для развитія *lipomatis arborescentis* механическій моментъ измѣненія въ распредѣленіи внутрисуставнаго давленія; Волковичъ приводитъ только механическій моментъ—ущемленія ворсинъ суставными концами костей; Blachian и Bockelmann видятъ причину древовидныхъ разрошеній въ повторныхъ кровоизліяніяхъ въ суставъ; Filter, Otterbeck, Vazu глухо говорятъ объ ея воспалительномъ происхожденіи, наконецъ, многіе авторы наблюдали развитіе *lipomatis arborescentis* при *arthritis deformans*.

*Summa summarum* мы видимъ массу изслѣдователей, находившихъ *lipoma arborescens* при самыхъ разнообразныхъ пораженіяхъ суставовъ. Первый выводъ изъ этого—это то, что нѣтъ такого спеціальнаго вида суставнаго пораженія, которое всегда и во всѣхъ случаяхъ сопровождалось бы картиной *lipomatis resp. fibromatis articuli*.

Итакъ, значить, первый выводъ мы можемъ формулировать такъ: *lipoma resp. fibroma arborescens articuli* не есть заболѣваніе *sui generis*. (Это же мнѣніе было высказано уже въ 1895 г. проф. Н. А. Вельяминовымъ въ его лекціяхъ о заболѣваніяхъ суставовъ).

Но чѣмъ же обуславливается возникновеніе ея въ суставахъ?

Какъ часто мы имѣемъ передъ своими глазами самыя разнообразныя картины суставнаго туберкулеза, какъ часто мы видимъ сифилитическія пораженія суставовъ,—а какъ рѣдко мы встрѣчаемъ въ нихъ *lipoma arborescens*.

До сихъ поръ каждый новый случай этого своеобразнаго суставнаго пораженія отмѣчается въ литературѣ и подробно описывается. И эти сообщенія очень рѣдки. Очевидно, что для развитія *lipomatis arborescentis* нужно извѣстную комбинацію условій, извѣстное взаимодействіе причинъ.

Такъ какъ древовидныя разроженія ворсинъ суть несомнѣнно продуктъ синовиальной оболочки, реакція на различныя раздраженія, то все равно, будетъ ли то микробъ или его токсины, будетъ ли то трофическое разстройство или механическое раздраженіе, нужно только, чтобы этотъ раздражитель былъ не силенъ, а до извѣстной степени умѣренъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ и отвѣтная реакція со стороны синовиальной оболочки была бы болѣе рѣзка, и воспалительныя явленія были бы гораздо сильнѣе выражены.

Вторымъ условіемъ является продолжительность дѣйствія раздражителя, такъ какъ для полученія въ суставѣ такого образованія, какъ *lipoma arborescens*, нуженъ довольно длинный срокъ, во всякомъ случаѣ мѣсяцы и даже годы.

Мы видимъ, что этимъ двумъ условіямъ, какъ нельзя болѣе, удовлетворяютъ находившіяся при *lipoma arborescens* эпифизарныя или околосуставныя туберкулезныя гнѣзда, эпифизарныя и подхрящевыя

гуммы, трофическія разстройства при *tabes*ъ, *arthritis deformans* и пр.

Но изъ изслѣдованія нашего I случая мы видѣли, что полученіе большихъ разроженій въ суставѣ связано съ организаціей свернувагося фибрина, изъ исторій болѣзни мы замѣтили, что образованіе большихъ *lipoma* всегда слѣдуетъ за эксудативнымъ синовитомъ или гемартрозомъ, т. е. за осажденіемъ въ суставной полости фибрина, то на основаніи этого, значить, мы можемъ вывести третье условіе появленія крупныхъ древовидныхъ разроженій, для которыхъ собственно только и нужно удержать названіе J. Müller'a,—это присутствіе фибринознаго эксудата въ суставной полости.

Но и этого намъ кажется мало, мы должны допустить еще одно условіе, едва ли не такое же важное, какъ и первыя—это измѣненіе внутри суставнаго давленія при различныхъ патологическихъ состояніяхъ сустава и окружающихъ его частей. Мы знаемъ, что при простой, зауядной водянкѣ сустава, капсула его сильно страдаетъ: она мѣстами растягивается, мѣстами истончается, а мѣстами же и утолщается вплоть до появленія мозолистыхъ наростаній толщины ея стѣнокъ. Естественно, что внутри-суставное давленіе не можетъ не измѣняться сообразно съ потерей эластичности капсулы, не можетъ распредѣляться обычно, когда одни мѣста сумки податливы, а другія наоборотъ значительно менѣе растяжимы. Если у насъ даже и нѣтъ расквашиванія сустава (*vulgo* расхлябыванія его), если у насъ суставныя кости движутся по прежнимъ осямъ и не могутъ описывать вращательныхъ движеній, то и тогда въ силу неравномѣрнаго измѣненія эластичности различныхъ отдѣловъ сустав-

ной сумки—внутри суставное давление должно распределяться иначе и некоторые отдѣлы синовиальной оболочки должны испытывать на себѣ отрицательную его тягу.

Если же у насъ происходитъ измѣненіе конфигураціи суставныхъ концовъ костей, если въ нѣкоторыхъ мѣстахъ мы получаемъ наростаніе костной массы, тогда какъ въ другихъ—убыль ея, то уже аргюи мы можемъ утверждать, что внутрисуставное давление не можетъ распределяться по прежнему, что оно должно измѣниться, и тѣмъ рѣзче, чѣмъ больше деформация суставныхъ концовъ.

Этотъ этиологическій моментъ появленія суставныхъ жировиковъ, допускаемый Соколовымъ и Stieda, приведенъ Гагенъ-Торномъ для объясненія появленій вообще всѣхъ нормальныхъ ворсинокъ синовиальной оболочки.

Итакъ, какъ въ нормальномъ суставѣ образованіе нормальныхъ ворсинъ вызывается существованіемъ отрицательнаго давления, такъ и въ патологически измѣненномъ гиперплазія ворсинъ зависитъ также отъ измѣненія въ распредѣленіи внутрисуставнаго давления.

Вотъ по нашему убѣжденію тѣ этиологическіе моменты, которые нужны для появленія въ суставѣ *lipomatit resp. fibromatit arborescentis*.

Теперь полнота изложенія требуетъ еще остановиться на значеніи одного этиологическаго момента, такъ часто упоминаемаго въ анамнезѣ больныхъ. Мы говоримъ о травмѣ.

Едва ли найдется во всей хирургической патологіи такое счастливое заболѣваніе, въ происхожденіи котораго не обвинялась бы травма въ той или другой формѣ.

Несомнѣнно, если такіе авторитеты, какъ Lücke, Volkmann, Kolliker, Grosch и др., приписываютъ травмѣ способность вызвать въ организмѣ самостоятельное новообразованіе, то ужъ дать толчокъ для появленія мѣстнаго, временнаго воспалительнаго состоянія она можетъ безусловно. Но состояніе это настолько легко и быстро возвращается къ нормѣ, что нужны непременно подходящія условія, предрасположенная почва въ самомъ организмѣ, чтобы на основѣ травмы возникло что либо стойкое, серьезное и длительное.

Итакъ, развитіе *lipomatit arborescentis* мы представляемъ себѣ слѣдующимъ образомъ: синовиальная оболочка сустава получаетъ извѣстный импульсъ, испытываетъ извѣстное умѣренное раздраженіе, все равно какого характера.

Для насъ не важно, будетъ ли этотъ первоначальный толчекъ травмою на извѣстной почвѣ (туберкулезъ, сифилисъ и т. д.), будутъ ли тутъ причиною микробы или продукты изъ жизнедѣятельности въ комбинаціи съ травмою или реумою, или безъ нихъ, будетъ ли, наконецъ, это измѣненіе трофическихъ условій даннаго участка, для насъ важно лишь одно—это извѣстное состояніе раздраженія синовиальной оболочки, и при томъ не кратковременное, а длительное.

Загѣмъ, къ этому сравнительно продолжительному и умѣренному раздраженію присоединяются механическіе моменты, происходящіе въ силу или неравномѣрнаго инфильтрированія суставной капсулы, или измѣненія конфигураціи суставныхъ концовъ костей, или же, наконецъ, въ силу того, что большой измѣняетъ характеръ и направленіе своихъ обычныхъ движеній для того, чтобы пощадить заболѣвшій, но пока еще не причиняющій сильныхъ болей суставъ.

Все это вмѣстѣ взятое вызываетъ усиленный ростъ физиологическихъ ворсинъ, а увеличенный расширеніемъ сосудовъ подвозъ питательнаго матеріала и мѣстныя явленія застоя могутъ способствовать ихъ липомазіи.

Почему же въ однихъ случаяхъ развивается только одиночное образованіе, а въ другихъ множественное, то все это, какъ намъ кажется, зависитъ отъ комбинаціи дѣйствовавшихъ этиологическихъ моментовъ каждаго отдѣльнаго случая.

IV.

Можно ли дать картину клиническаго теченія *lipomatis arborescentis*, этого анатомо-патологическаго проявленія многихъ и многихъ основныхъ страданій организма, ничего общаго между собою не имѣющихъ? Намъ кажется, что можно.

Всѣ суставныя страданія, отчего бы они ни происходили, въ своихъ начальныхъ формахъ такъ похожи другъ на друга, что разобраться въ нихъ чрезвычайно трудно.

Мы видимъ, что до сихъ поръ лучшіе специалисты, люди большихъ таланта и знаній, не исключаютъ изъ своихъ руководствъ остатковъ наслѣдія предъидущей медицинской эпохи, эпохи ножа и микроскопа, нормальной и патологической анатоміи. До сихъ поръ мы встрѣчаемъ отдѣльную картину теченія *hydrops'а articuli chronici*, *cox'a vara* и пр. какъ будто это — самостоятельныя заболѣванія суставовъ, какъ будто это — болѣзни *sui generis*. Очевидно, значитъ, что различныя основныя страданія организма, проявляющіяся или водянкой сустава, или искривленіемъ шейки бедра, имѣютъ до поры до времени такъ много схожаго, общаго, что это дало возможность сгруппировать ихъ въ одно клиническое цѣлое. Тоже самое можно замѣтить и по отношенію къ *lipoma arborescens*, гдѣ патолого-анатомическая картина рѣзко превальируетъ надъ этиологическими моментами, вызвав-

шими ее, а клиническая картина не представляет для наблюдателя чего-нибудь особенно рѣзкаго, характернаго, а тѣмъ болѣе патогномичнаго. Какъ и въ остальныхъ хроническихъ заболѣваніяхъ суставовъ, она сопровождается массою симптомовъ, множествомъ различныхъ проявленій, судить по которымъ о настоящемъ характерѣ патолого-анатомическаго процесса чрезвычайно трудно.

Просматривая исторіи болѣзней, сообщенныя въ литературѣ и наши случаи, мы невольно приходимъ къ тому заключенію, что клиническая картина интересующаго насъ вида артропатій чрезвычайно блѣдна и неясна.

Какъ начало заболѣванія мы почти всегда видимъ приступъ болей, неожиданныхъ для больного въ однихъ случаяхъ и наступившихъ послѣ извѣстнаго періода тяжести, усталости или неловкости въ другихъ.

Только почувствовавъ боль, пациентъ обращаетъ вниманіе на суставъ и къ своему удивленію замѣчаетъ, что онъ болѣе или менѣе увеличенъ въ объемѣ, вѣсѣ, теплотѣ. Тогда начинаются догадки, отчего бы это могло произойти и тутъ, какъ это обыкновенно бываетъ при всѣхъ видахъ артропатій, главными виновниками являются или травма въ той или другой формѣ, или же еще чаще реума: надуло, простудился, шель черезъ ледъ и т. д.

Но обыкновенно этотъ первый приступъ болей проходитъ, довольно скоро и легко уступая смазываніямъ *t-ra jodi*, компрессамъ, салциловымъ препаратамъ, покою и бинтованію. Черезъ нѣкоторый различной продолжительности промежутокъ безболѣзненности, опять внезапно появляется второй приступъ болей, послѣ котораго уже остается постоянная нелов-

кость, какая-то неопредѣленная тяжесть въ пораженномъ суставѣ, остающемся обыкновенно припухшимъ, увеличеннымъ.

Затѣмъ вспышки болѣзненности, обостренія начинаются появляться черезъ опредѣленный промежутокъ времени, періодически, иногда же все чаще и чаще и, наконецъ, движенія въ больномъ суставѣ затрудняются настолько, что больной лишается употребленія пораженной конечностию.

Боли являются главнымъ образомъ при движеніяхъ и успокаиваются при покоѣ. Переходы отъ покоя къ движенію, какъ это ясно видно изъ случая Riedel'я, чрезвычайно мучительны, такъ же мучительны и состоянія усталости, особенно по вечерамъ и ночамъ (resp. при сифилисѣ).

Если ворсинчатыя разроженія достигли извѣстной, крупной величины, если они обладаютъ большою подвижностью, то ко всѣмъ предыдущимъ симптомамъ присоединяется еще одинъ, едва ли не самый мучительный изъ всѣхъ—симптомъ ущемленія ворсинки и складки между суставными концами костей (См. истор. болѣз. напр. Wagner'a II). Рѣзкая, пронизывающая всю конечность, неожиданная боль доводитъ иногда несчастнаго больного до потери сознанія. Нѣсколько послѣдующихъ, легкихъ движеній въ суставѣ и непродолжительный покой возвращаютъ пораженной конечности ея прежнее болѣе или менѣе сносное состояніе. Воспоминаніе о пережитой боли иногда надолго удерживаетъ больныхъ отъ повторенія злополучнаго движенія, а такъ какъ это бываетъ въ большинствѣ случаевъ въ колѣнномъ суставѣ, то такой приступъ болей приковываетъ больного къ постели.

Въ противоположность выше изложенной картинѣ

иногда подобнаго рода артропатии протекають чрезвычайно безболѣзненно и больной обращаетъ вниманіе на свой суставъ только тогда, когда ограниченность движеній доходитъ до значительной степени или же тогда, когда по случаю легкаго травматическаго инсульта онъ обращается къ врачу, который констатируетъ уже наличность въ суставной полости опухоли. (Смотр. случ. Herhold Lauenstein, Wagner и т. д.).

Относительно мѣстныхъ объективныхъ симптомовъ можно сказать слѣдующее: опухоль сустава развивается обычно очень медленно, постепенно прогрессируя. Каждый приступъ болѣе почти всегда сопровождается острой, временной водянкой сустава, которая послѣ каждаго приступа опять до нѣкоторой степени уменьшается, но съ каждымъ разомъ опухоль сустава дѣлается все больше и больше. Съ увеличеніемъ объема пораженнаго сочлененія рука объ руку идетъ и ограниченіе подвижности, достигающее въ концѣ концовъ полной невозможности активныхъ движеній и иногда значительной (только въ предѣлахъ 90°) ограниченности для пассивныхъ.

Окружающія ткани также не остаются индифферентными къ описанному внутри-суставному страданію и реагируютъ сначала отечностью, а затѣмъ и атрофію, медленно, но вѣрно уничтожающе мышцы, жировую ткань, связки, а можетъ быть даже кости.

Кожа надъ пораженнымъ суставомъ становится тонкой, гладкой, блестящей. Страданіе длится обыкновенно долго—мѣсяцами, годами, и въ концѣ концовъ ведетъ къ полной непригодности пораженнаго сустава.

На обратное развитіе гиперпластическаго процесса указаній мы не встрѣчаемъ и Schüller даже и не со-

вѣтуетъ рассчитывать на него, а потому въ крайнихъ степеняхъ затрудненія движеній приходится приступать непосредственно къ операци артротоміи.

Все, что мы до сихъ поръ сказали, относительно такъ сказать доброкачественнаго теченія касается липомъ, выросшихъ только не на почвѣ туберкулеза или сифилиса, такъ какъ эти два послѣднихъ страданія имѣютъ свою, хорошо вѣдѣмъ извѣстную клиническую картину, опредѣленное теченіе и роковую склонность вовлекать въ процессъ разрушенія кости, хрящи и связки. Та анатомо-патологическая форма ихъ, которая называется *lipoma arborescens*, протекаетъ, можетъ быть, только медленнѣе, чѣмъ остальные, но, къ сожалѣнію, отъ этого основной характеръ страданія не измѣняется.

V.

Постановка точнаго діагноза, конечно, не представляла бы для врача никакого затрудненія, если бы всегда и при томъ точно удавалось прощупать ворсинчатыя разрощенія, выполняющія суставъ.

Но дѣло въ томъ, что такое прощупываніе весьма затруднительно и ясныхъ указаній на этотъ именно анатомо-патологическій процессъ синовиальной оболочки получить обыкновенно не удается. Можно говорить о томъ, что въ виду наружнаго вида сустава, продолжительности и хода заболѣванія, характера болей и данныхъ ущупыванія, мы можемъ предполагать разрощеніе ворсинокъ, но поручиться за правильность распознаванія черезъ кожные покровы мы не можемъ.

Взглядъ, только что высказанный нами, находитъ себѣ полное подтвержденіе и въ исторіяхъ болѣзней сообщенныхъ при литературѣ, но печатно о немъ заявляетъ лишь Соколовъ <sup>1)</sup>, говоря: „на основаніи собственного опыта утверждаю, что при ревматизмѣ я не могъ ни разу ощупать подобныхъ образований, а при тѣхъ случаяхъ, которые приводятся мною ниже, несмотря на точное обслѣдованіе, мнѣ ни разу не удалось доказать подобныхъ разрощеній до вскрытія сустава“.

<sup>1)</sup> Соколовъ: Древовидныя разрощенія синовиальной оболочки сустава“. „Хирург. Вѣстник“. 1893 г., стр. 207.

Другое мнѣніе высказано Schüller'омъ <sup>2)</sup>, который находитъ возможнымъ на основаніи лишь данныхъ наружнаго ощупыванія не только ставить діагнозъ ворсинчатыхъ разрощеній въ суставной полости, но даже и подводить статистику.

Несомнѣнно однако, что случаи, въ которыхъ мы можемъ съ увѣренностью предполагать *lipoma arborescens*, существуютъ и представляютъ чрезвычайный интересъ. Такимъ, укажемъ для примѣра, является случай, наблюдавшійся нами въ Спбургомъ дворцовомъ госпиталѣ, у проф. В. А. Тиле <sup>3)</sup>. (См. ист. болѣз. № 3). Но, къ сожалѣнію, такіе случаи не часты и поэтому діагностика *lipomatis arborescentis* является чрезвычайно трудной.

Однимъ изъ признаковъ, имѣющихъ значеніе для распознаванія, является несимметричность опуханія сустава.

Дѣло въ томъ, что растяженіе суставной капсулы выпотною жидкостью происходитъ по законамъ гидравлики равномерно во всѣ стороны, тогда какъ при *lipoma arborescens* мы этого не имѣемъ въ виду того, что ворсины гиперплазируются не всюду одинаково. а въ зависимости отъ мѣста нахожденія разросшихся ворсинъ, мы получаемъ выпячиваніе соотвѣтствующаго участка суставной сумки.

Такимъ образомъ получается, какъ бы бугристый видъ увеличеннаго въ объемѣ сустава.

Но на основаніи одной неравномѣрности опу-

<sup>1)</sup> Schüller Max.: „Polyarthritis chronica vilosa“. Berlin. 1900. Стр. 4 и 5.

<sup>2)</sup> Пользуюсь здѣсь случаемъ высказать свою искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. В. А. Тиле, какъ за предоставленіе въ мое пользованіе матеріала и лабораторій, такъ и за тѣ любезныя указанія, которыя были для меня, какъ нельзя болѣе, полезны и важны.

холи сустава нельзя ставить диагноза, такъ какъ подобная же картина наблюдается иногда при опухляхъ (саркомахъ) суставныхъ концовъ, иногда и при простомъ туберкулезномъ артритѣ съ внѣ суставною локализациею и т. д.

Нужно еще непременно ощупать опухолевидное образованіе въ полости сустава.

Выпотный синовитъ, наблюдаемый обычно при разбираемомъ видѣ суставныхъ заболѣваній, естественно, чрезвычайно затрудняетъ и маскируетъ ощупываніе опухоли<sup>1)</sup>, инороднаго тѣла въ суставной полости, но все-таки и при немъ иногда удается прощупать суставное тѣло.

Тѣло заключается теперь только въ томъ, чтобы опредѣлить подвижно оно или нѣтъ, и, если подвижно, то свободно въ суставной полости, или прикрѣплено на ножкѣ.

Если ножка очень длинна, то подвижность опухоли настолько свободна, что она при каждомъ движеніи измѣняетъ свое мѣсто и вполне симулируетъ свободное суставное тѣло, суставную мышь.

Если же ножка коротка или же основаніе опухоли широко, то въ этомъ случаѣ съ гораздо большею вѣроятностью можно судить о присутствіи опухоли въ суставѣ.

Если ощущение инороднаго тѣла не ясно и въ суставѣ прощупывается только присутствіе чего то мягкаго, тѣстоваго, то прежде всего приходится думать о фунгозныхъ грануляціяхъ суставной полости.

Исключеніемъ изъ этого правила нужно считать

<sup>1)</sup> Слово „опухоль“ мы употребляемъ въ дальнѣйшемъ изложеніи не какъ синонимъ „neoplasm“, а лишь какъ обозначеніе опухолевиднаго образованія.

случаи несомнѣннаго arthritis deformans, т. е. болѣзни, при которой ничего другого, организованнаго, кромѣ ворсинчатыхъ разросеній, въ суставѣ не наблюдается.

Что-же касается вопроса о томъ, свободно ли прощупанное инородное тѣло въ суставной полости или оно прикрѣплено къ синовиальной оболочкѣ ножкою, то здѣсь должно руководствоваться постояннымъ нахожденіемъ его въ одномъ и томъ же опредѣленномъ мѣстѣ суставной полости.

Если послѣ того, какъ констатировано инородное тѣло, заставить больного продѣлать нѣсколько движеній пораженнымъ суставомъ, то, судя по тому, возвратится ли ощупанное тѣло опять на прежнее мѣсто или же оно помѣстится въ другомъ, мы можемъ съ вѣроятностью говорить о суставной опухоли въ первомъ случаѣ и суставной мышѣ во второмъ.

Но, какъ уже упомянуто, значительная длина ножки затрудняетъ дифференціальныи диагнозъ опухоли отъ суставной мышѣ.

Конечно, если попадаетъ такой счастливый случай, гдѣ, ощупываніемъ ясно опредѣляется присутствіе въ суставной полости разросшихся ворсинъ, подвижныхъ, какъ бы скользящихъ подъ изслѣдующими пальцами и возвращающихся опять на прежнее мѣсто, если при этомъ осязаніемъ можно констатировать неравномѣрную потерю эластичности капсулы (Вельяминовъ), а при осмотрѣ ясно обнаружить неравномѣрное растяженіе суставной полости, какъ бы бугристую конфигурацію сустава, то тутъ мы можемъ сейчасъ же ставить диагнозъ lipomatis resp. fibromatis arborescentis articuli.

Въ большинствѣ же случаевъ диагнозъ остается in suspensio и ставится лишь на операционномъ столѣ.

Нагляднымъ примѣромъ возможныхъ въ этихъ случаяхъ диагностическихъ ошибокъ можетъ служить случай проф. Tilmann'a<sup>1)</sup>, гдѣ всѣ полученныя данныя говорили за *lipom'y arborescens*, какъ таковую, но во время операциі обнаружилась ошибочность діагноза, такъ какъ суставъ былъ наполненъ 36 суставными мышами, величиною отъ горошины до миндалины.

Итакъ, мы позволимъ себѣ еще разъ повторить, что діагнозъ суставныхъ жировиковъ очень труденъ и что лучше послѣ него всегда ставить вопросительный знакъ, то есть не высказываться окончательно вплоть до операциі; при постановкѣ же діагноза нужно руководствоваться, главнымъ образомъ, общимъ видомъ сустава, ощупываніемъ разросшихся въ его полости ворсинъ и малою потерю функціи пораженнаго сочлененія при длительномъ теченіи патологическаго процесса.

<sup>1)</sup> Tilmann. „Zur Frage der Blutergelenke“. „Deutsche Aerzte Zeitung“. 1900. № 10. Seit. 421.

*«Toute la thérapeutique est dans l'étiologie.»*

*Shauffard*<sup>2)</sup>.

## VI.

Лѣчение суставныхъ жировиковъ заключается естественно въ воздѣйствіи на основное страданіе; остается только сказать еще нѣсколько словъ относительно мѣстнаго лѣченія *lipomatis arborescentis*.

Изъ приведенныхъ въ литературѣ исторій болѣзни и нашихъ случаевъ видно, что консервативное лѣчение древовидныхъ разрошенныхъ синовиальной оболочки всегда остается безуспѣшнымъ и никакія наши терапевтическія мѣропріятія, какъ указываетъ Schüller<sup>2)</sup>, не ведутъ къ обратному ихъ развитію.

Конечно, теченіе начальныхъ стадій *lipomatis arborescentis*, когда діагнозъ этого именно проявленія основного страданія поставленъ быть не можетъ, вынуждаетъ прибѣгать къ различнымъ мѣропріятіямъ, примѣняющимся обычно при страданіяхъ суставовъ. На первомъ планѣ тутъ стоитъ обезпеченіе полнаго покоя больной конечности, примѣненіе Присницовскихъ обертываній, іодъ въ той или другой формѣ, салициловые препараты, массажъ и электричество, — однимъ словомъ весь тотъ арсеналь, который по-

<sup>1)</sup> Kocher und Tavel: „Vorlesungen über chirurg. Infectious-Krankheiten“ Basel. 1895. *Продукт.*

<sup>2)</sup> Schüller: l. c.

стоянно и часто вѣрно служить для борьбы съ суставными страданіями.

Затѣмъ, когда безуспѣшность лѣченія становится очевидной, когда патологическій процессъ въ суставѣ не выказываетъ никакой наклонности къ обратному развитію и, даже, къ остановкѣ прогрессивованія, когда діагнозъ *lipomatis resp. fibromatis arborescentis* дѣлается несомнѣннымъ, тогда невольно приходится прибѣгнуть къ операціи.

Какая операція показуется въ каждомъ данномъ случаѣ, впередъ, конечно, сказать невозможно.

Если въ больномъ суставѣ, помимо пораженія синовиальной оболочки констатируется также поврежденіе хрящей и костей, то, конечно приходится сдѣлать резекцію въ типической или атипической ея формѣ.

Если же мы опредѣляемъ исключительно поврежденіе только синовиальной оболочки, то операція *synovectomiae* должна насъ вполне удовлетворить.

Интереснымъ является фактъ, что послѣ изсѣченія только пораженныхъ участковъ синовиальной оболочки несомнѣнно туберкулезнаго характера, съ точно доказанными микроскопомъ типичными утолщеніями (какъ это было въ случаяхъ *Schmolck'a*, *Riedel'я*, *Соколова*, нашихъ и проч.), рецидивовъ не наблюдалось и конечность оставалась здоровой въ продолженіе многихъ и многихъ лѣтъ.

Естественно является вопросъ, какъ же быть, если послѣ артритоміи остается неподвижный суставъ. Но отвѣтъ очень простъ: неподвижный, но правильно анкилозированный и безболѣзненный суставъ для больного значительно удобнѣе и полезнѣе больного и негоднаго къ употребленію сгибающагося. Кромѣ

того, остающейся послѣ операціи неподвижности, можно въ довольно широкихъ размѣрахъ помочь массажемъ, гимнастикой и, пожалуй, для вящаго укрѣпленія мускулатуры — фаррадикаціей.

Мы позволимъ себѣ здѣсь обратить вниманіе на очень интересный и не вполне точно установленный методъ лѣченія сифилитическихъ артритовъ. Это тѣмъ болѣе умѣстно, что изъ приведенныхъ нами исторій болѣзни видно, что *lipoma resp. fibroma arborescens articulozum* встрѣчается такъ же часто на почвѣ сифилиса, какъ и на почвѣ туберкулеза, *arthritis deformans* и проч.

Существуетъ мнѣніе, что достаточно поставить діагнозъ сифилитическаго пораженія сустава и назначить больному специфическое лѣченіе въ той или другой формѣ для того, чтобы получить въ большинствѣ случаевъ полное *restitutio ad integrum*, и что изъ факта успѣшности или неуспѣшности специфическаго лѣченія можно выводить заключеніе о правильности или неправильности діагноза.

Но такъ ли это? Могутъ ли пышные организованная разрошенія синовиальной оболочки, построенныя изъ зрѣлой соединительной ткани, разсосаться отъ пріемовъ іодистаго калия?

Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы находимъ въ лекціяхъ проф. Вельяминова, который учитъ, что сифилитическія пораженія суставовъ поддаются специфическому лѣченію по-стольку, по-скольку въ этомъ замѣшанъ сифилитическій оститъ съ гуммами и гуммознымъ инфильтратомъ. Это мнѣніе въ практикѣ находить себѣ примѣненіе на каждомъ шагѣ, и мы въ клиникѣ много разъ убѣждались, что далеко зашедшія сифилитическія пораженія суставовъ съ узу-

рами хрящей и т. д. такъ же приходится вскрывать, чистить, а иногда, и дренировать, какъ будто бы мы имѣли предъ собою поражение гнойнаго или туберкулезнаго характера.

Остается еще дополнить главу о лѣченіи *lipomatis arborescentis* нѣсколькими словами о послѣ операціонномъ режимѣ больныхъ суставовъ туберкулезнаго происхожденія.

Здѣсь, при лѣченіи суставныхъ жировиковъ приходится сказать то же, что и про все вообще формы туберкулезныхъ артропатій.

А именно: радикальное лѣченіе бугорчатыхъ суставовъ мы должны видѣть не въ операціи-резекціи, а въ правильномъ и настойчивомъ примѣненіи талассотерапевтическихъ мѣропріятій. Продолжительное пребываніе больного на морскомъ берегу, во время слѣланная, если нужно, операція и улучшеніе общихъ гигиеническихъ условій.— вотъ что можетъ его поставить въ полную безопасность отъ страшнаго бича, уносящаго ежегодно массу молодыхъ жизней.

## VII.

Выводы изъ каждой главы нашей работы, какъ кажется, настолько просты, что повторять ихъ еще разъ излишне. Мы позволимъ себѣ здѣсь указать на тѣ заключенія, которыя остались у насъ послѣ разработки всего материала, то есть послѣ прочтенія относившейся къ нашему вопросу литературы и послѣ наблюденія надъ нашими собственными случаями:

1) *Lipoma arborescens* не есть болѣзнь *sui generis*, а тѣмъ менѣе проявленіе одного какого-либо опредѣленнаго вида заболѣваній организма. Это лишь анатомическое выраженіе многихъ разнообразныхъ основныхъ страданій.

2) Для возникновенія древовиднаго жировика сустава необходимо измѣненіе механическихъ и трофическихъ условій пораженнаго сочлененія, при содѣйствіи бактерий и продуктовъ ихъ жизнедѣятельности или же безъ нихъ.

3) Съ дальнѣйшею разработкою вопроса о трофическихъ нервахъ и ихъ страданіяхъ много суставныхъ поражений, якобы специфическаго характера, должны отойти въ грушу невропатическихъ.

4) Главное вниманіе хирурга имѣющаго дѣло съ больнымъ суставомъ должно быть обращено на этиологию, такъ какъ лишь она можетъ дать ему указанія на способъ облегчить страданія.

5) Особеннаго вниманія со стороны хирурговъ

заслуживаютъ случаи вторичной и комбинированной инфекции сифилиса съ туберкулезомъ.

И, наконецъ, 6-ое и послѣднее: Всякій разъ, что мы говоримъ *liroma arborescens*, мы должны стараться прибавлять къ нему по возможности прилагательное: *tuberculosum, syphiliticum, neuropathicum* и т. д.

## ИСТОРИИ БОЛѢЗНИ <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Приводимъ истории болѣзни нашихъ случаевъ и наиболее интересныя изъ литературы предмета.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 1.

### Нашъ I случай.

Въ 1898—99 учебномъ году въ академической хирургической клиникѣ проф. Н. А. Вельяминова намъ удалось наблюдать слѣдующій случай *lipomatis arborescentis syphilitici genus sinistri*.

11 сентября 1898 года въ клинику поступилъ больной Прокофій Подгузовъ, чернорабочій, 22 лѣтъ, жаждущъ на затрудненность движеній въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ, боль при быстрой ходьбѣ и обезображенный видъ конечности.

Изъ анамнеза оказывается, что Подгузовъ, родившійся въ здоровой, чрезвычайно рѣдко и мало хворавшей крестьянской семьѣ Рязанской губ., до настоящаго заболѣванія отличался прекраснымъ здоровьемъ, работалъ на монетномъ дворѣ, при чемъ почти все время работалъ сидя, впервые заболѣлъ въ декабрь 1894 года. Почувствовалъ какую-то неловкость въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ, онъ обратилъ вниманіе на образовавшуюся тамъ опухоль. Такъ какъ болѣе почти не было, то значеніе этому онъ не придавалъ. Затѣмъ появились боли при движеніяхъ и опухоль стала быстро расти, такъ что въ теченіе какихъ-нибудь полутора недѣль достигла своего теперешняго объема. Съ тѣхъ поръ колѣно остается все въ одномъ положеніи, то нѣсколько увеличиваясь, то нѣсколько уменьшаясь въ своемъ объемѣ, болитъ обыкновенно мало, давая себя очень чувствовать лишь при быстрой ходьбѣ и гесп. по ночамъ. Продолжаетъ работать вплоть до нынѣшняго дня.

Объективное изслѣдованіе даетъ слѣдующія данныя: тѣло-сложеніе правильное, питаніе достаточное, мышечная и костная системы развиты хорошо, видимыя слизистыя оболочки

не малокровны, лѣвыя, паховыя железы увеличены и тверды на ощупь, носъ сѣдлообразной формы, лобныя бугры сильно развиты, температура тѣла нормальна. Легко доступныя ощупыванію артеріи, какъ *radialis*, *temporalis* и др. рѣдко склерозированы. Органы пищеваренія, начиная съ полости рта и кончая кишечникомъ, ни въ анатомическомъ, ни въ функциональномъ отношеніи не представляютъ отклоненій отъ нормы, если не считать зубовъ, нѣсколько Hutchinson'овскаго типа. Исслѣдованіе органовъ дыханія обнаруживаетъ легкое приглушеніе перкуторнаго тона надъ обѣими верхушками, гдѣ, при аускультациі слышенъ небольшой выдохъ. Въ минуту больной дѣлаетъ около 18 неглубокихъ дыхательныхъ движеній. Размѣры и звуки сердца вполне правильны. Пульсъ средней силы, правильнаго ритма и хорошаго наполненія, 88 разъ въ минуту. Стѣнки артерій артериоматозны. Органы выдѣленія—какъ потовыя железы, такъ и почки не представляютъ отклоненій отъ нормы. Мочи желтой, прозрачной около 1,500 куб. сент. въ сутки, удѣльный вѣсъ ея 1,018 реакція кислая. Никакихъ патологическихъ веществъ не содержатъ. Какъ органы чувствъ, такъ и психическое состояніе больного вполне нормальны.

Исслѣдованіе пораженнаго сустава даетъ слѣдующія данныя: лѣвый коленный суставъ на видъ значительно толще праваго, (смотри. рисун. № 1), неправильно шаровидной формы, какъ бы крупно бугристъ, благодаря выпячиванію съ наружной стороны. Кожа надъ нимъ нормальной окраски, сосуды ея не расширены.

Измѣренія показываютъ:

на уровень верхняго края <i>patellae</i> —	лѣв.	40	сент.	пр.	31	сент.
" " " " " " " "	"	43	"	"	32 $\frac{1}{2}$	"
" " " " " " " "	"	38	"	"	31	"

Объ конечности одинаковой длины. Ощупываніемъ опредѣляемъ: температура кожныхъ покрововъ надъ больнымъ суставомъ нѣсколько выше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ тѣла, опухоль плотной консистенціи, крупно бугриста, съ наружной стороны ея ясное зыбленіе, кожные покровы надъ опухолью подвижны, не спаяны; движенія въ пораженномъ суставѣ какъ активныя, такъ и пассивныя, состоятъ изъ полнаго разгибанія и сгибанія до прямого угла и въ этихъ пре-

дѣлахъ почти не затруднены. Мышцы бедра и голени не измѣнены. Пульсъ *art. tibialis post. sin.*, несмотря на сильно развитыя эндоартеріитъ прощупывается.

Отъ 11 до 24 октября съ опухолью произошли слѣдующія перемены: размѣръ на нижнемъ уровнѣ *patellae* увеличился на 2 сент., благодаря усиленному росту внутренняго края опухоли; въ это же время флюктурировавшее мѣсто наружной стороны сустава вскрылось, давъ фистулезный ходъ въ суставную полость, изъ которой стала выдѣляться серозно-фибринозная жидкость.

24 октября операція артрэктоміи: подъ хлороформнымъ наркозомъ проведенъ разрѣзъ въ 8 сент. по наружной сторонѣ опухоли, въ мѣстѣ наибольшаго зыбленія черезъ кожу, подкожную кайтчатку и фасцію; изъ разрѣза вытекло нѣсколько капель желтоватой жидкости и выпятилось образование, напоминающее гроздь винограда; пальцемъ, введеннымъ въ рану по направленію къ основанію выпятившагося гроздевиднаго новообразованія, обнаружено отверстіе, ведущее въ суставную полость, тогда вскрытъ суставъ вторымъ дугообразнымъ поперечнымъ разрѣзомъ подъ *patellae*. Изъ разрѣзанной капсулы выпятилось въ рану липоматозное, дольчатое, гроздевидное образование синовиальной оболочки. простшее капсулу и помѣщавшееся такимъ образомъ внѣ суставную свою часть между суставною сумкою и кожей наружной стороны бедра. *Ligam. cruciata* разрѣзаны, суставъ раскрытъ *ad. maximum*. Полулунные хрящи и суставной хрящъ *os. femoris* въ нѣсколькихъ мѣстахъ узурированы. На хрящѣ наружнаго мышцелка *os. femoris* звѣздчатый втянутый рубецъ, величиною около 1 сент.; непосредственно подъ нимъ (онъ былъ вырванъ) оказалась небольшая полость съ остатками гумознаго содержимаго. Суставные концы *femur'a* и *tibiae* покрыты небольшими остеофитами. Синовиальная оболочка сустава вырвана насколько возможно ножницами, суставъ промытъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, затампонированъ іодоформной марлей, зашитъ шелкомъ и фиксированъ въ разогнутомъ положеніи неподвижною крахмальною повязкою. Никакихъ осложненій въ смыслѣ приступовъ рвоты, затрудненій дыханія, сердечной слабости и кровотеченій во все время операціи не было.

Вырѣзанные части синовиальной оболочки представляли изъ себя дрововидныя или лучше сказать гроздевидныя образованія отчасти жировой, отчасти же фиброзной плотности. Собранные вмѣстѣ, они составили объемъ кулака взрослого человѣка и были фиксированы сначала хромовой кислотой, а затѣмъ формальдегидомъ. На рисункѣ № 13 изображена въ нормальную величину небольшая часть вырѣзанныхъ разрощенной съ кускомъ синовиальной оболочки, изъ которой они исходили. Микроскопическое изслѣдованіе ихъ приведено послѣ изложенія II нашего случая.

Послѣоперационный періодъ протекалъ при нормальной температурѣ и въ началѣ (первые 8—10 дней) при сильныхъ боляхъ въ оперированномъ суставѣ.

9 ноября первая перевязка, на 15 день послѣ операціи, обнаружила небольшое нагноеніе передненаружнаго шва и нѣкоторое количество серозно-кровянистой жидкости въ полости сустава. Швы сняты. Новые іодоформные тампоны. Сухая асептическая повязка. Фиксація картонными шинами и крахмальными бинтами.

15 ноября тампоны сухи, изъ полости черезъ отверстие для дренированія вытекло опять небольшое количество серозно-кровянистой жидкости.

Въ окрестности раны никакой реакціи. Новые тампоны. Неподвижная повязка.

27 ноября тампоны чисты. Изъ раны нѣсколько капель кровянистой жидкости. Рана оставлена безъ тампоновъ. Крахмальная повязка.

3 декабря пробуетъ ходить при помощи двухъ костылей. Боли въ колѣнѣ.

17 декабря перевязка—только небольшая грануляціонная поверхность съ наружной стороны, т. е. тамъ, гдѣ былъ одинъ изъ тампоновъ. Крахмальная повязка только на область сустава.

22 декабря, 2 и 14 января перевязки; рана прекрасно зарубцевалась; оставлена безъ повязки для массажа и электризаціи. Почти все время пребыванія въ клиникѣ Подгузовъ съ небольшими промежутками принималъ: kali iodati 6,0; hydrgarg. b.iodati 0,06; Aq. destil. 180,0—3 столовыя ложки въ день—подъ влияніемъ чего атероматозъ его сосудовъ пора-

зительно уменьшился и общее состояніе улучшилось. Массажъ былъ назначенъ съ расчетомъ возстановить питаніе (такъ же, какъ и фарализація) большой конечности и расширить область движенія въ оперированномъ суставѣ, но къ сожальствію это не увѣнчалось успѣхомъ и ко времени выписки 20 февраля экскурсіи больного сустава были очень ограничены. Выписался Подгузовъ въ прекрасномъ состояніи, чрезвычайно довольный результатами своего леченія. Въ мартѣ 1900 года онъ пришелъ въ клинику показаться, мы могли констатировать цвѣтущее общее состояніе и status quo ante—оперированнаго сустава, т. е. движеній въ немъ мало, но это, по заявленію больного, его нисколько не стѣсняетъ, такъ какъ ни болей, ни другихъ какихъ бы то ни было неудобствъ не причиняетъ.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 2.

### Нашъ II случай.

2 января 1901 года въ академическую хирургическую клинику поступилъ Иванъ С-новъ, крестьянинъ Псковской губерніи, 25 лѣтъ отъ роду съ жалобами на малую подвижность праваго локтевого сочлененія и боли, не позволяющія ему заниматься ремесломъ чернорабочаго и мучающія его resp. по вечерамъ и ночамъ.

Изъ анамнеза выяснилось, что С-новъ происходитъ изъ здоровой, по его словамъ, семьи, гдѣ только нѣсколько первыхъ дѣтей (числа не помнитъ) умирали въ очень раннемъ дѣтствѣ. Живущіе братья и сестры всѣ (4), кажется, здоровы. Самъ больной всегда былъ хилымъ и хворымъ ребенкомъ и срадалъ частыми головными болями. На 6 году появился у него, насколько онъ помнитъ, безъ всякой причины нарывъ въ правомъ локтевомъ сочлененіи; долгое время изъ него выдѣлялся гной, но все-таки черезъ нѣкоторое время онъ зажилъ. На 15 году получилъ какую-то травму (какую не помнитъ) въ тотъ же правый локоть и съ тѣхъ поръ не былъ уже въ состояніи вполне разгибать и сгибать свою правую руку, хотя это и не мѣшало ему заниматься тяжелой работою.

Въ декабрь 1899 года въ пьяномъ видѣ ушибъ опять-таки эту же правую руку и когда пришелъ въ себя, то замѣтилъ, что локтевой суставъ сильно распухъ и очень болѣзненъ. Опухоль мало-по-малу уменьшилась, боли стихли (но не совсѣмъ) и больной продолжалъ работать до марта 1900 г. 13 марта 1900 г. долженъ былъ прекратить работу изъ-за болей и рѣзкаго уменьшения подвижности въ больномъ суставѣ. До 17 апрѣля пролежалъ дома, а затѣмъ поступилъ въ одну изъ городскихъ больницъ, гдѣ пробылъ съ мѣсяць, лечась массажемъ и горячимъ пескомъ. Послѣ этого лечения боли почти прекратились и больной выписался. До времени поступления въ клинику, т. е. до 2 января 1901 г., изрѣдка у него вдругъ появлялись опухоль и боли въ суставѣ, но затѣмъ опять быстро проходили.

Status praesens. Больной правильнаго тѣлосложенія, средняго роста, съ умѣренно развитой мышечной системой, общее питание ослаблено. Кожные покровы блѣдны, подкожный жирный слой выраженъ очень слабо, видимыя слизистыя оболочки малокровны, лимфатическія железы въ обоихъ нахахъ прощупываются въ видѣ небольшихъ твердыхъ горошинъ. Температура нормальна, пульсъ средняго наполненія 76 разъ въ минуту. Желудочно-кишечный трактъ не представляетъ отклоненій отъ нормы, если не считать наклонности къ запорамъ.

Перкуссия и аускультация легкихъ не обнаруживаетъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Границы сердца не измѣнены, тоны чисты. Печень и селезенка не увеличены. Моча въ количествѣ 1,100 куб. сент. свѣтло-желтаго цвѣта, удѣльный вѣсъ 1,015, кислотной реакціи, никакихъ патологическихъ составныхъ частей не содержитъ.

Большая правая верхняя конечность значительно тоньше здоровой, особенно атрофированъ *m. biceps* и отчасти *deltoidaeus*. Рука согнута подъ прямымъ угломъ, локтевой суставъ расширенъ по фронтальной плоскости, кожа надъ нимъ блѣдна, видимо истончена, въ области olecranon и паружнаго мышцелка плеча кожа втянута къ подлежащимъ частямъ звѣздчатымъ пигментированнымъ рубцомъ. Никакихъ фистулезныхъ ходовъ не отмѣчено. При ощупываніи olecranon представляется рѣзко утолщеннымъ на счетъ костной массы. Доступныя

ощупыванію части капсулы представляются утолщенными упруго-эластическими. Внутри сустава опредѣляется небольшою выпотъ, не дающей флюктуации, а скорѣй пастозный. Мышцелки плеча почти не измѣнены. При ощупываніи olecranon и головки radii—рѣзкая болѣзненность. Движенія сустава активныя равны: сгибаніе отъ прямого угла на 15°, разгибаніе дальше прямого угла не идетъ. Pronatio и supinatio болѣзнены и почти равны нулю. Пассивныя движенія, вызывающія сильныя боли, совершаются въ тѣхъ же предѣлахъ, что и активныя. Въ суставахъ кисти и плеча большой конечности и въ остальныхъ суставахъ тѣла ненормальностей не наблюдается. Наибольшая окружность больного сустава на 3 сентим. превосходить окружность здороваго.

Клиническій діагнозъ на основаніи данныхъ изслѣдованія: Ankylosis cubiti luetica и на основаніи этого 9 января 1901 г. сдѣлана резекція локтя. Разрѣзъ, по Langenbeck'у, длиною около 7 сентим. Отсепаровка мягкихъ частей съ надкостницею отъ olecranon. Удаленіе послѣдняго и раскрытіе суставной капсулы, наполненной кашницеобразной жидкостью. Затѣмъ головка radii удалена Liston'овскими щипцами и карманы суставной сумки, окружающей его, очищены острой ложкой. Затѣмъ отсепаровка мягкихъ частей и надкостницы отъ мышцелковъ плеча и удаленіе послѣднихъ. При вскрытіи капсулы синовиальная оболочка представлялась въ видѣ овечьяго мѣха, отъ небольшихъ разросшихся ворсинокъ, покрывавшихъ ее. Нѣкоторыя изъ этихъ ворсинокъ въ силу атрофіи ножки представлялись рисовыми тѣлами и, свободно плавая въ выпотной жидкости, придавали ей кашницеобразный видъ. Разрѣшенія были гуще у olecranon и въ карманахъ у головки radii. Вообще же разрѣшеній синовиальной оболочки значительно меньше, чѣмъ I случаѣ и величина ихъ несравненно меньше; самыя крупныя едва достигаютъ величины вишневоы косточки. При перепиливаніи локтевой кости у основанія olecrani найдена костная гумма величиною съ горошину среди сильно склерозированной окружающей костной массы.

Полость сустава очищена острой ложкой, затампонирована іодоформенной марлей и защита шелкомъ.

Неподвижная крахмальная повязка. Наложенный до раз-

рѣза жгутъ Эсмарха, на плечо снять по наложеніи повязки. Конечность согнута подъ прямымъ угломъ.

Осложнений во время операціи не было. Наркозъ прошелъ гладко.

10 января. Болей нѣтъ. Самочувствіе хорошее. Температура  $36,8^{\circ}$  утромъ и  $37,6^{\circ}$  вечеромъ.

11 января. Температура  $38,1^{\circ}$ , боли въ суставѣ. Сдѣна повязка. Большая гѣматома, удалено много сгустковъ. Новая крахмальная повязка. Вечеромъ температура  $37,1^{\circ}$ . Болей нѣтъ.

19 января. Сняты швы. Заживленіе per primam за исключеніемъ мѣсть, гдѣ были тампоны. Мягкая повязка. Температура все время нормальна.

26 января. Начаты движенія и гимнастика резецированныхъ сочлененія и фарадизація мышцъ плеча.

14 февраля. Выписанъ изъ клиники.

Движенія въ оперированномъ суставѣ безболѣзненны и совершенно свободны. Полная подвижность и работоспособность. Общее состояніе подъ влияніемъ приѣмовъ водистаго калія, который больной получалъ почти все время пребыванія въ клиникѣ, значительно улучшилось; больной окрѣпъ и поправился.

Фиксація вырѣзанныхъ частей синовиальной оболочки была 4% формалиномъ. Микроскопическое изслѣдованіе приведено ниже.

Микроскопическое изслѣдованіе нашихъ препаратовъ дало въ обоихъ случаяхъ совершенно одинаковую картину гиперплазіи ворсинокъ синовиальной оболочки съ рѣзкимъ нарастаніемъ въ нихъ фиброзной соединительной ткани.

Маленькія ворсинчатая образованія, расположенныя перпендикулярно къ слою плотной соединительной ткани основы синовиальной оболочки, оказались состоящими изъ нѣжной волокнистой соединительно-тканной стромы, волокнистый характеръ которой выраженъ очень слабо.

Количество клѣтокъ круглой, веретенообразной и звѣздчатой формы, выполняющихъ промежутки стромы, не всюду одинаково—приближаясь къ периферіи ворсинки, онѣ сгущаются такъ, что на свободномъ ея краю образуютъ почти не-

прерывный слой, а иногда даже мѣстами располагаются и въ нѣсколько слоевъ. Характеръ клѣтокъ по направленію къ периферіи также рѣзко измѣняется: онѣ становятся больше и, вообще, принимаютъ видъ эпителиоидныхъ и описанныхъ Hammar'омъ synovialis-zellen.

Большія ворсинчатая образованія уже представляются значительно болѣе плотными, фиброзными. Строма образована дѣльными пучками толстыхъ фиброзныхъ волоконъ и содержитъ значительно меньшее количество соединительно-тканныхъ клѣтокъ.

Здѣсь же встрѣчаются и порядочныя скопленія жировой ткани, которая въ ворсинкахъ малой величины составляетъ принадлежность лишь особахъ „жировыхъ“ ворсинъ. Во всякомъ случаѣ жировая ткань располагается въ центральныхъ частяхъ ворсинъ вокругъ крупныхъ сосудовъ, тогда какъ периферическія части ворсинъ почти исключительно фиброзна.

Очень характерною особенностью изслѣдованныхъ нами дровидныхъ образованій нужно считать встрѣчающіеся тутъ какъ въ малыхъ, такъ и въ большихъ ворсинкахъ воспалительные очаги, состоящіе изъ мелкоклѣтчаточковой инфильтраціи и прекрасно окрасившіеся въ обоихъ случаяхъ гематоксилиномъ.

Что касается кровеносныхъ сосудовъ, то количество ихъ здѣсь громадно. Расположены они обычно въ центральныхъ частяхъ и идутъ параллельно длинной оси ворсинъ и, вѣтвясь, посылаютъ тонкія вѣтви, доходящія почти до периферіи. Просвѣты ихъ во второмъ изъ нашихъ случаевъ были значительно расширены, стѣнки очень тонки. Въ первомъ же изъ изслѣдованныхъ нами случаевъ измѣненія въ сосудахъ были настолько значительны, что на нихъ приходится остановиться подробнѣе. Здѣсь всюду мы встрѣчаемъ рѣзкій васкулитъ: нѣтъ сосуда, въ которомъ не было бы измѣненія въ большей или меньшей степени. Тогда какъ въ однихъ мы могли лишь констатировать облитерирующій эндотелиальный слой, часто вплоть до полнаго закрытія просвѣта, въ другихъ помимо этого еще и соединительно-тканная части артеріальныхъ стѣнокъ, значительно разрастаются и утолщаются,

образовывали толстую фиброзную стѣну вокруг артеріальной трубки. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ удавалось подмѣтить чрезвычайно интересный процессъ образования гигантскихъ клѣтокъ внутри облитерированнаго сосуда. См. рис. № 14.

Кромѣ всего вышеописаннаго, въ обоихъ случаяхъ часто попадались образования, по своему строенію вполне отвѣчавшія строенію молодого бугорка <sup>1)</sup> микроскопической величины. Они состояли изъ одной, рѣдко двухъ гигантскихъ многоядерныхъ клѣтокъ, окруженныхъ со всѣхъ сторонъ поясомъ лимфоидныхъ и эпителиоидныхъ клѣтокъ различной величины. Отъ окружающей ткани такія микроскопическія образования обыкновенно рѣзко отдѣлялись фиброзными волокнами, какъ бы капсулой.

Ни въ гигантскихъ клѣткахъ, образовывавшихъ центръ бугорка, ни въ окружающей ткани мы никакимъ способомъ не могли найти туберкулезныхъ бациллъ. Зависѣло ли это отъ вообще рѣдко удающейся окраски Коховскихъ бациллъ въ синовиальной оболочкѣ, или же отъ того, что ихъ тамъ совсѣмъ не было—сказать, конечно, невозможно. Мы твердо лишь устанавливаемъ фактъ, что ни при какихъ методахъ окраски, ни при выдерживаніи препаратовъ цѣлыми сутками въ красящихъ растворахъ—найти туберкулезныхъ бациллъ въ нашихъ препаратахъ намъ не удалось.

Нужно еще отмѣтить, что нѣкоторые гиганты иногда представляли признаки начинающейся некротизаціи—протоплазма ихъ была мутна, ядра плохо красились карминомъ и гематоксилиномъ и въ протоплазмѣ находились изрѣдка свѣтлыя вакуолы на мѣстѣ исчезнувшихъ ядеръ.

Чтобы закончить изложеніе микроскопическаго строенія гипертрофированныхъ ворсинъ, нужно упомянуть еще о наслоненіяхъ на крупныя образования фибрина и организацію его при посредствѣ эндотелиальныхъ клѣтокъ вросавшихъ въ него сосудовъ.

<sup>1)</sup> Не могу не привести здѣсь искренней признательности д-ру Ч. И. Хенсінскому, первому, указавшему мнѣ на истинное значеніе этихъ бугорковъ и давшему мнѣ этимъ ключъ къ пониманію всего патологическаго процесса.

Подводя итогъ всему вышесказанному и ставя діагнозъ <sup>1)</sup> на основаніи микроскопическаго строенія удаленныхъ частей синовиальной оболочки, мы должны сознаться, что въ нашихъ случаяхъ мы имѣемъ одинаковое право говорить о сифилисѣ, какъ и о туберкулезѣ.

Дѣло въ томъ, что микроскопическая картина сифилитическихъ пораженій далеко не выяснена вполне и сифилитической эндоартеритъ можетъ вызвать образованіе гигантскихъ клѣтокъ. Кромѣ того бугорокъ, какъ микроскопическое цѣлое, далеко не представляетъ изъ себя чего-нибудь специфическаго для туберкулеза и, какъ инфекціонная гранулема, можетъ встрѣчаться при сифилисѣ, какъ и при туберкулезѣ. Единственнымъ безусловнымъ критеріемъ въ данномъ случаѣ являются туберкулезныя бациллы, но, повторяемъ, при всемъ стараніи найти ихъ намъ не удалось. Клиническая же картина теченія обоихъ случаевъ, долгій періодъ послѣ операціи безъ рецидива въ первомъ случаѣ, подхрящевыя гуммы, остеофиты, звѣздчатые рубцы хряща и, наконецъ, эшифизарная гумма съ эбурнаціей, окружающей кости во второмъ случаѣ—все это говоритъ намъ больше въ пользу сифилитическаго процесса, процесса болѣе склоннаго къ продуктивности, чѣмъ туберкулезъ.

Итакъ, на основаніи всего сказаннаго мы позволяемъ себѣ съ большою долей вѣроятности предполагать въ обоихъ нашихъ случаяхъ основнымъ страданіемъ суставовъ сифилисъ, и сифилисъ, даже не осложненный туберкулезомъ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 3.

22 сентября 1899 г. поступила въ госпиталь Д. Ф. Нил-ръ (занесенная въ пріемную книгу подъ № 405) жена вахтера, 35 лѣтъ, уроженка г. С.-Петербурга, съ діагнозомъ *Lipoma arborescens genus dextri*.

<sup>1)</sup> Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность глубокоуважаемому проф. К. Н. Виноградову за любезный просмотръ моихъ препаратовъ и за незамѣнимыя указанія и объясненія къ нимъ.

Изъ анамнеза видно, что мѣсяцевъ 7 тому назадъ безъ всякой видимой причины она почувствовала неловкость при ходьбѣ, затѣмъ появилась боль при движеніяхъ въ правомъ коленномъ. Колено стало пухнуть, боли усиливаться и появляться даже при полномъ покоѣ конечности, а черезъ 3 мѣсяца ходьба сдѣлалась совершенно невозможной. Съ тѣхъ поръ колено остается все въ томъ же положеніи, иногда нѣсколько уменьшаясь въ своемъ объемѣ, иногда же достигая опять наибольшаго своего утолщенія; съ нѣкоторыхъ поръ появилась ломота въ правомъ плечевомъ суставѣ. Изъ объективнаго изслѣдованія видно: правое колено рѣзко утолщено, кожные его покровы отечны, форма несимметричная, оно, какъ бы бугристо, *patella patans*, при движеніяхъ ея ощущается какъ бы отдавливаніе въ стороны какихъ-то мягкихъ подстилокъ. Колено въ незначительной степени представляется изогнутымъ къзади—*genu recurvatum*. Къ 28 сентября подъ вліяніемъ приемовъ *kali iodati cum Natr. salicylico* (ана 4,0: 200,0—3 ложки въ день), ваннъ, согрѣв. компрессовъ и смазываній—1-га *jodi*, отечности коленна и *hydrops* его настолько уменьшились, что стало возможнымъ ясное прощупываніе *отдѣльныхъ долей* опухоли, выполняющей и растягивающей коленный суставъ. Къ сожалѣнію, больная отказалась отъ операціи.

#### ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 4.

##### Случай Вельяминова и Тиле.

(Отчетъ по хирург. отдѣл. Красносельск. в. госпит. 1886 г.)

Лб.-Гв. Павловскаго полка, ряд. Григорій Фунайкинъ, прибылъ въ госпиталь 5 юнія 1886 года, жалуясь на боль въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ, за послѣднее время появилось сведеніе конечности и боли въ локтѣ усилились, особенно являясь по ночамъ. Остраго ревматизма и сифилиса не имѣлъ. Слѣдовъ періостита на скелетъ нигдѣ незамѣтно. При осмотрѣ больной оказывается хорошаго тѣлосложенія и довольно хорошаго питанія. Лѣвый локтевой суставъ припухъ, бороздки по краямъ *olecranon'a* сглажены, капсула ясно утолщена, при давленіи слегка крепитируется, повидимому въ суставѣ есть незначительное скопленіе серознаго экссудата; конечность согнута въ локтѣ подъ тупымъ угломъ, полное

разгибаніе невозможно; при давленіи на *capitulum radii* сильная боль, тоже и по внутреннему краю *olecranon'a*, утолщенія суставныхъ концовъ костей незамѣтно. Назначенъ согрѣвающий компрессъ и *kali iodati gr. XV pro die*. Въ теченіе юнія и юля леченіе согрѣвающими компрессами, разными втираніями, эластическимъ бинтомъ, массажемъ и, наконецъ, специфическое (фрикціи) примѣнялось безъ всякаго успѣха; опухоль сустава *in statu quo*, болѣзненность головки луча очень значительна, сильныя ломяція боли по ночамъ; отъ массажа видимое ухудшеніе. Въ виду совершенно безуспѣшнаго леченія и просьбы больного избавить его отъ боли, чѣмъ бы то ни было, 9-го августа въ наркозѣ сдѣлана артротомія. Разрѣзъ прямо на головку луча, который точчасъ подъ головкой оказался утолщеннымъ и на наружной поверхности покрытымъ мелкими остеофитами; головка луча удалена долотомъ, при чемъ констатированъ въ ней склерозирующій оститъ; изъ полости сустава вытекло немного серознаго экссудата; капсула сустава ясно утолщена, синовиальная покрыта сплошь виллезными разроженіями; затѣмъ сдѣланъ 2-ой разрѣзъ, какъ при резаціи локтя по *Langenbeck'у*, т. е. по внутреннему краю *olecranon'a*; внутренняя поверхность послѣдняго и *proc. coronoideus ulnae* удаленъ долотомъ, для проведенія сквознаго дренажа; доступная часть синовиальной оболочки высоблена, раны защиты, антисептическая повязка. Послѣ операціи темп. нормальна, самочувствіе отличное, боли въ суставѣ незначительныя. 11 августа. Повязка промокла и поэтому перемѣнена, при чемъ вокругъ ранъ не найдено никакой реакціи. Больному разрѣшено гулять. 21 августа. 2-ая смѣна повязки—*prima* обѣихъ ранъ; ни капли гноя; швы удалены, дренажъ еще оставленъ. 26 августа. 3-я перевязка. дренажъ вынуть и короткій конецъ его вставленъ лишь въ рану у *olecranon*. 4 сентября 4-ая перевязка; дренажъ и шины удалены. Легкая повязка; назначены массажъ кисти и предплечья. Ночныхъ болей совершенно нѣтъ, самочувствіе отличное, температура все время нормальная. 13 сентября. 5-ая перевязка—все зажило, осталась лишь маленькая грацилионная поверхность на мѣстѣ дренажа. Подвижность пальцевъ и кисти почти нормальна; пассивныя движенія въ локтѣ еще болѣзненны. Назначенъ массажъ всей конечности, кромѣ

локтевого сустава. 18 сентября. Переведенъ въ Николаевскій военный госпиталь. По сообщеніямъ д-ра М. Ф. Рабиновича, лечение массажемъ и фарадизаціей идетъ успѣшно, болей нѣтъ.

Не имѣя возможности распространяться здѣсь о нашемъ взглядѣ на подобныя заболѣванія сустава, замѣтимъ только, что за послѣдніе годы мы все болѣе убѣждаемся въ значительной роли сифилиса какъ приобрѣтеннаго, такъ и наследственнаго (*lues hereditaria tarda*) въ этиологіи хроническихъ страданій суставовъ, извѣстныхъ подъ именемъ *hydrois fibrinosus, arthritis tuberosa* (Hüter) и т. д. Большею частью страданіе начинается съ гуммознаго остеоперіостита одного изъ суставныхъ концовъ костей, а затѣмъ, развивается и хроническое воспаленіе въ самомъ суставѣ, при чемъ либо образуется *hydrois* сустава, либо синовиальная покрывается фибринозными отложениями, виллезными разраженіями (съ образованіемъ иногда рисовыхъ тѣлецъ) и т. д., либо заболѣваніе сустава принимаетъ форму такъ называемаго грануляціоннаго воспаленія и тогда заболѣваніе сустава даетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ картину, схожую съ той, которая наблюдается въ началѣ туберкулезныхъ пораженій суставовъ. Нерѣдко остеоперіоститъ проходитъ, не оставляя по себѣ видимыхъ слѣдовъ, а поражение сустава остается, и тогда, при отсутствіи другихъ признаковъ сифилиса и при неясномъ анамнезѣ, дифференцировать страданіе это отъ другихъ суставныхъ заболѣваній бываетъ довольно трудно, хотя возможно. Чрезвычайно типичнымъ симптомомъ при заболѣваніи суставовъ на сифилитической почвѣ являются сильныя ночныя боли. Въ нашемъ случаѣ мы поставили діагнозъ путемъ исключенія и имѣя въ виду сказанныя боли, а найденныя при операциі склерозирующій оститъ луча и мелкіе остеофиты на немъ позволяютъ думать, что дѣйствительно въ данномъ случаѣ существовалъ гуммозный остеоперіоститъ суставныхъ концовъ костей (*lues heredit. tarda*), вызывающій затѣмъ и заболѣваніе сустава. Что касается терапіи этихъ заболѣваній сочлененій, то, насколько намъ показали наши наблюденія, специфическое леченіе бываетъ успѣшно только вначалѣ, въ застарѣлыхъ же случаяхъ, въ особенности тамъ, гдѣ процессъ въ костяхъ уже законченъ, не даетъ ровно никакихъ результатовъ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 5.

## Случай Bazy.

(Bulletins de la société anatomique de Paris LXV année (1890) 5 Série, Tome IV стр. 499).

Препаратъ, который я имѣю честь демонстрировать вамъ, представляеть синовиальную оболочку лѣваго колѣннаго сочлененія, которую я всецѣло вырѣзалъ въ больницѣ des Frères de Saint-Jean de Dieu при содѣйствіи моего ассистента M. Lafoucade 20 октября нынѣшняго года (1890).

Большой, котораго я оперировалъ, 38-ми-лѣтній ремесленникъ, относительно предковъ котораго ничего особеннаго отмѣнить нельзя.

Онъ мнѣ разсказалъ, что колѣно его начало пухнуть приблизительно лѣтъ 6 тому назадъ. Его болѣзнь была опредѣлена какъ водянка сустава и онъ подвергся всѣмъ употребляющимся въ этихъ случаяхъ терапевтическимъ мѣропріятіямъ кромѣ массажа и электризаціи.

Колѣно опало, но затѣмъ распухло снова.

Потомъ онъ былъ подвергнутъ леченію массажемъ однимъ изъ нашихъ коллегъ-массеровъ, но безъ всякаго успѣха, даже, наоборотъ, колѣно какъ бы стало пухнуть еще болѣе.

Наконецъ, недавно, посоветовавшись еще съ врачомъ, онъ подвергся леченію ртутью и іодистымъ калиемъ, что оказало на него благотворное вліяніе.

Тѣмъ не менѣе уменьшеніе объема не было очень велико и такъ какъ, съ другой стороны, его общее состояніе стало ухудшаться, пользовавшій врачъ направилъ его ко мнѣ съ вопросомъ, не нужно ли здѣсь хирургическаго вмѣшательства.

Когда я его увидѣлъ, то сразу понялъ причины неуспѣха консервативнаго леченія.

Въ самомъ дѣлѣ, колѣно было утолщено почти вдвое. Циркулярность поднималась почти до половины бедра, синовиальная оболочка образовывала настоящую опухоль, границы которой хотя и были ясны, но далеко выходили изъ границъ того, что мы встрѣчаемъ обычно.

Растянутая синовиальная оболочка содержала много жидкости; можно было констатировать утолщение ее стѣнокъ.

Кромѣ того, почти полная безболѣзненность къ давленію колѣно немного согнуто, дальнѣйшее сгибаніе невозможно полная экстензія затруднена.

Ничего ненормального въ подколѣнной ямкѣ, надколѣбникъ слегка утолщенъ.

Такое значительное утолщеніе синовиальной оболочки заставило меня признать бесполезность пункции съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ лекарственнаго вещества въ суставъ, или-же безъ него, и поэтому я рѣшился на операцію вскрытія сустава, которую и произвелъ 20 октября.

Разрѣзъ по внутренней сторонѣ колѣннаго сустава длиною приблизительно въ 8 сент.

Послѣ вскрытія синовиальнаго мѣшка вылилось большое количество желтоватой жидкости, слегка мутной, въ которой плавали большіе хлопья фибрина.

При взглядѣ внутрь сустава, я сейчас же замѣтилъ образованія въ видѣ полиповъ различной окраски: одни лиловатой, другіе желтоватой, которые образовывали бугры въ суставной полости, будучи прижаты другъ къ другу, и разнясь другъ отъ друга своей величиной, однимъ словомъ давая въ общемъ описанную авторами картину *Ipromatis arborescentis*.

Такимъ образомъ, будучи вынужденны иссѣчь синовиальную оболочку, я удлинилъ свой разрѣзъ вверхъ и внизъ такъ что въ общемъ вышло около 25 сент.

Отъ нижняго края разрѣза я провелъ другой горизонтальный, который прошелъ черезъ середину *lig. patel. propr.* разсѣкши его пополамъ и такимъ образомъ могъ легко осмотрѣть всю суставную полость.

Опасаясь что можетъ быть это страданіе туберкулезнаго характера, я удалилъ надколѣбную чашку, присутствіе которой мѣшало бы мнѣ удалить синовиальную оболочку, но не нашелъ нужнымъ разрѣзать крестообразныя и боковыя связки. Кости узурированы и на мышцахъ бедра небольшіе остеофиты; я ихъ резецировалъ и удовольствовался тѣмъ, что провелъ острую ложку между каждымъ бедрянымъ мышцекомъ и соприкасающейся боковой связкой такимъ образомъ что проникъ и вычистилъ заднюю часть суставной полости.

Затѣмъ прижегъ всю поверхность растворомъ хлористаго цинка 1—10. Послѣ этого, наложивъ нѣсколько глубокихъ наружныхъ швовъ на передней поверхности бедра, я зашилъ все *en de Florence*.

Затѣмъ положилъ два дренажа, одинъ короткій въ наружный конецъ разрѣза, а другой длиною въ 80 сент., продольный, въ уголъ схождения обоихъ разрѣзовъ, и, наконецъ, наложилъ давящую неподвижную повязку.

На четвертый день сдѣлалъ первую перевязку раны; укоротилъ оба дренажа и наложилъ гипсовую повязку.

На шестой день вынулъ дренажъ съ наружной стороны и укоротилъ внутренний. На восьмой день вынулъ дренажи и снялъ швы.

Заживленіе было асептическое и безлихорадочное. Большой вышелъ изъ больницы 31 октября, чтобы вернуться къ себѣ, гдѣ онъ долженъ былъ заказать туторъ изъ жидкаго стекла, который затѣмъ былъ замѣненъ такимъ же изъ мягкой кожи.

Препаратъ былъ представленъ хирургическому обществу въ засѣданіи 29 октября. Онъ былъ изслѣдованъ въ лабораторіи медицинскаго факультета докторомъ Letulle, который не нашелъ ни бациль, ни туберкулезныхъ пораженій, древесныя разраженія состояли изъ жировой, соединительной ткани съ большими вакуолами. Очень расширенныя сосуды были наполнены кровью. Поверхностные слои разраженій представляли воспалительную ткань, образованную изъ маленькихъ клѣточекъ, между которыми видны были расширенныя, сосуды наполненные красными кровяными шариками. Въ этой воспалительной ткани, которая образовывала края ворсинъ, вершечались гомогенные островки очень мало зернисто-волоконистые, которые повидимому состояли изъ слизистой ткани.

Характеръ микроскопическихъ строеній этихъ разраженій говоритъ за воспалительное происхожденіе наблюдавшихся патологическихъ измѣненій.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 6.

## Случай Boyer'a

(Bulletins de la Société anatomique de Paris LII Année (1877) 4 Série. Tome II. Стр. 129).

1 марта 1877 г. поступилъ въ лазаретъ Bicêtre Г-ль Д. 81 года. Этотъ больной страдалъ воспаленіемъ лѣваго легкаго, отъ котораго умеръ 6 марта. Мы обнаружили при жизни узловатость Heberden'a на указательныхъ пальцахъ обѣихъ рукъ, хрустъ въ обохъ колѣнахъ и водянку суставовъ. Предки ревматики, сердце здорово.

Вскрытіе. Воспаленіе легкихъ въ третьей стадіи. Въ лѣвомъ колѣнѣ водянка и нѣсколько синовиальныхъ ворсинокъ; правое колѣно представляетъ изъ себя гнѣздо значительнаго синовиальнаго выпота и вся поверхность серозной оболочки покрыта громадной древовидной липомой, большая масса которой занимаетъ верхній заворотъ. Это образование замѣчательно соединительно-тканными и хрящевыми утолщеніями, которыя видны на нѣкоторыхъ изъ ворсинокъ; при разрѣзѣ въ нихъ найдены элементы жировой ткани, окружены соединительной тканью, въ которой мѣстами встрѣчаются веретенообразныя хрящевыя клѣтки, прижатая другъ къ другу и окруженныя гиалиновой капсулой; нѣкоторыя изъ этихъ хрящевыхъ тѣлецъ окружены известковой оболочкой. Многія изъ ворсинокъ держатся на чрезвычайно тонкой ножкѣ, другія образуютъ въ суставной полости свободныя тѣла. Хрящевой покровъ бедренныхъ мышцъ почти совсѣмъ исчезъ, а подлежащая костная ткань подверглась эбураеаціи, на больше-берцовой кости также отсутствіе хрящеваго покрова и глубокая экскавація костной ткани. То же самое можно сказать и о колѣнной чашкѣ, форма которой измѣнилась отъ многочисленныхъ остеофитовъ, находящихся также и на бедрѣ. Внутри-суставные полудунные хрящи исчезли и ligamenta cruciata также измѣнены. Между тѣмъ больной при жизни ходилъ, не сгибая, впрочемъ, колѣна, при помощи палки. Ничего ненормальнаго въ другихъ суставахъ нѣтъ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 7.

## Случай Blachiana'a.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. 36. Seit. 575—586).

42-хлѣтній купецъ К. изъ А. былъ принятъ 18 августа 1892 года въ частную клинику Розенберга. Родители пациента умерли по его показанію: отъ какого-то страданія легкихъ—отецъ и отъ воспаления легкихъ—мать. 5 братьевъ и сестеръ и 6-лѣтняя дочь пациента живы и здоровы. Никакихъ признаковъ золотухи. Самъ К. никогда серьезно не хворалъ, упоминаетъ лишь о большой склонности въ молодые годы къ мосовымъ кровотеченіямъ. 5 лѣтъ тому назадъ появились безъ всякой видимой причины боли въ лѣвомъ плечевомъ суставѣ, которыя, впрочемъ, совершенно исчезли черезъ 5—6 дней послѣ пріема небольшихъ дозъ салициловой кислоты. Черезъ 14 дней послѣ этого больной замѣтилъ значительную опухоль лѣваго колѣннаго сочлененія, являющаяся совершенно произвольно, безо всякаго ушиба или простуды. Послѣ многодневнаго покоя и смазыванія t-га jodi опухоль почти совершенно исчезла и пациентъ, который еще нѣкоторое время послѣ этого носилъ давящую резиновую повязку, получилъ возможность ходить. Лихорадки за это время не обнаружилось, другіе суставы не страдали. Пораженный колѣнный суставъ, однако, не вполнѣ вернулся къ своему первоначальному состоянію, но остался съ внутренней стороны нѣсколько утолщеннымъ (По показаніямъ больного утолщеніе сустава было приблизительно 1 сент.). Больной могъ вполнѣ разогнуть свой большой колѣнный суставъ, согнуть же его могъ лишь до прямого угла. Но въ общемъ затрудненіе движеній было настолько незначительно, что К. въ это время дѣлалъ большія гимнастическія упражненія ногами. Черезъ 14 дней послѣ перваго пораженія колѣннаго сустава пациентъ вдругъ замѣтилъ опять подобное же быстро наступившее вздутіе этого же сустава, сопровождавшееся болями. Черезъ нѣсколько дней все это прошло, но, по словамъ пациента, въ послѣдующее время опуханія съ болѣза-

ненностью этого сустава стали периодическими. В продолжение 9 дней на лѣвомъ колѣнѣ замѣчалась лишь небольшая упомянутая выше припухлость (1 сент.), на 10-ый же день опуханіе увеличилось и достигало своего максимума (лѣвое колѣно на 4 сент. толще праваго) на 3-ий день приступа. Совершенно точно эти приступы продолжались 4 дня и за ними слѣдовалъ періодъ покоя, продолжавшійся точно 9 дней.

К. особенно настаиваетъ на этой точности. Онъ обращался ко многимъ врачамъ, которые вполнѣ подтверждали вышеприведенныя наблюденія, не будучи, впрочемъ, въ состояніи дать имъ какое-либо объясненіе.

Диагностицировали суставной ревматизмъ, но салициловые препараты оказывались вполнѣ безсильными, думали о нервныхъ страданіяхъ сустава—но электричество, массажъ, kneipовская гидротерапія не приносили никакого улучшенія. Опуханіе возвращалось неизмѣнно періодически. Только за 2 года до операціи былъ перерывъ въ 2 мѣсяца, который больной приписываетъ благотворному вліянію холодныхъ ваннъ.

Послѣдніе полгода передъ операціей боли стали до того невыносимы, что больной во время 4-хъ-дневныхъ періодовъ боли не могъ вставать съ постели. Но и свѣтлые промежутки за послѣдніе 1/2 года тоже измѣнились и съ 9 дней сократились на 5. Произведенныя въ это время дважды пробныя пункции обнаружили въ суставѣ присутствіе свѣтложелтой жидкости. Одновременно же пациентъ самъ обратилъ вниманіе на появившуюся надъ колѣнной чашкой „копбасовидную“ опухоль, это и заставило его обратиться въ клинику.

Status praesens: крѣпкій, хорошо сложенный мужчина, сердце и легкія вполнѣ нормальны, также здоровы и остальные внутренніе органы. Область лѣваго колѣннаго сустава умѣренно вздута, больше на внутренней сторонѣ. Надколѣнная чашка кажется немного приподнятой, ясное ощущеніе баллотирования ея. Надъ patell'ею ощущаются какія-то особенныя тѣстоватая массы, которыя заставляютъ думать о распространенномъ утолщеніи капсулы.

18-го августа послѣ обезкроднавливанія лѣвой конечности Эмарховскимъ бинтомъ лѣвый колѣнный суставъ от-

крыть разрѣзомъ въ 10 сантим. съ наружной стороны подколѣнной чашки. Изъ разрѣза вытекло небольшое количество свѣтло-желтой серозной жидкости и показались ворсинчатыя образованія, покрывавшія вполнѣ синовиальную оболочку верхняго заворота, до такой степени, что она имѣла видъ овечьего мѣха. Послѣ удаленія этихъ опухоловидныхъ массъ, сидѣвшихъ такъ плотно на бедрѣ, что отдѣлить ихъ удалось лишь ножомъ и ножницами, обнаружилось, что такія же разрощенія покрываютъ на больномъ протяженіи и внутреннюю сторону patell'i. Вслѣдствіе того, что изъ этого разрѣза трудно было бы достать во всѣ мѣста пораженной синовиальной оболочки, былъ сдѣланъ второй разрѣзъ по внутреннему краю patell'i длиною приблизительно въ 12 сантиметровъ. Изъ этого разрѣза остатокъ разрощенной былъ удаленъ совсѣмъ легко. Суставные хрящи оказались здоровыми. Суставъ былъ тщательно промытъ хорошо простерилизованной водой. Ни тампоновъ, ни дренажа не было вставлено, раны защиты наглухо; наложена асептическая повязка. Неподвижность сустава обезпечена Фолькманновской шиной. Бинтъ снятъ былъ лишь по наложеніи повязки.

Послѣ пробужденія отъ наркоза въ продолженіе нѣсколькихъ часовъ больной испытывалъ тяжесть, боли и жженіе въ оперированномъ суставѣ. Температура оставалась абсолютно нормальной. Такъ какъ повязка не промокала, то она была смѣнена въ первый разъ лишь на 9 день. Разрѣзы зажили per primam, швы удалены, stichkanälen совершенно сухи. Наложена свѣжая асептическая повязка, которая пролежала 12 дней и была замѣнена простой коллодійной.

Черезъ 3 недѣли шина была снята и пациенту внушено пробовать въ постели сгибать колѣно. Эти пробы, на которыя пациентъ рѣшился съ большимъ страхомъ, удалисъ прекрасно, такъ что черезъ нѣсколько же дней онъ могъ согнуть голень до прямого угла. Съ этого времени ему было разрѣшено пробовать ходить и послѣ 4 недѣль пациентъ, опираясь на 2 палки, могъ уйти изъ клиники.

Когда я посѣтилъ его черезъ нѣсколько недѣль, то констатировалъ почти полную и свободную подвижность колѣннаго сустава.

Плоская, почти въ палецъ толщею опухоль съ ясно

древовидною конфигураціею даже макроскопически заставляет признать ее за множественное перерождение суставных ворсинокъ. Какъ густая заросли сдѣлать разрозненія на богатой жировою тканью синовиальной оболочкѣ и достигаютъ приблизительно величины огуречнаго зерна. Цвѣтъ ихъ желтовато-бѣлый.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что безъ всякаго сомнѣнія мы имѣли здѣсь дѣло съ жировою дегенерациею или, какъ Volkman удачно выразился, съ липомазіею суставныхъ ворсинокъ.

Въ маленькихъ ворсинкахъ главную массу составляла волокнистая ткань. Нѣжная строма съ очень мало выраженнымъ волокнистымъ строеніемъ съ большимъ количествомъ лимфоидныхъ кѣтокъ. Эта соединительно-тканная строма пронизана большимъ количествомъ тонкихъ кровеносныхъ сосудовъ, которые идутъ по большей части параллельно длинной оси ворсинки.

Въ большихъ ворсинкахъ главную массу составляетъ жировая ткань. Строма состоитъ изъ крѣпкихъ соединительно-тканныхъ волоконъ, въ петляхъ которыхъ находятся въ большомъ числѣ хорошо развитыя жировыя кѣтки. Эндотелиальный покровъ почти всюду виденъ отчетливо. Другихъ какихъ бы то ни было элементовъ вродѣ гигантскихъ кѣтокъ нигдѣ не найдено.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 8.

### Случай Волковича.

(„Хирургич. Вѣстникъ“, 1893, № 7).

Больной Василій Б., крестьянинъ Кіевской губ., 39 лѣтъ, поступилъ въ Александровскую больницу 11 мая. Представлялъ онъ всѣ явленія запущенной водянки лѣваго колѣннаго сустава съ обильнымъ образованіемъ рисовыхъ тѣлъ. Лѣвое колѣно въ значительной степени опухло, контуры его закруглились. Припухлость въ области *burg. extensor.*, по бокамъ и ниже надколѣнника. Со стороны заднихъ отдѣловъ

сустава особыхъ измѣненій нѣтъ. При ощупываніи припухшія мѣста представляются упругими и флюктуируютъ. Баллотированія *patellae* нѣтъ. Нога въ нѣсколько согнутомъ положеніи (приблизительно подъ угломъ въ 140°).

Полное выпрямленіе невозможно. Сгибаніе тоже въ значительной степени затруднено. Движенія сопровождаются хрустомъ. При ходѣ больно падать ногу вѣдѣнстве испытываемой боли въ колѣнѣ. Въ другихъ суставахъ измѣненій нѣтъ. То же и со стороны внутреннихъ органовъ, костей и проч. Только на кожѣ конечностей во многихъ мѣстахъ плоскіе, совершенно подвижныя широкіе рубцы, скорѣе всего соответствующіе люпознямъ (?); ожога или травматическихъ поврежденій этихъ мѣстъ въ анамнезѣ не было. Одно такое рубцовое мѣсто находилось въ области пораженнаго сустава (на наружной сторонѣ). Кромѣ того, на кожѣ, особенно спины, окневидная сыпь (можетъ быть отъ грязнаго содержанія кожи) (?). Самъ больной крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія.

Изъ анамнеза выяснилось только, что хрусть въ колѣнѣ онъ замѣтилъ лишь около 1 года тому назадъ. Ушиба или паденія на это колѣно онъ не помнитъ.

Авторъ, не предполагая, чтобы это былъ сифилисъ и не ожидая результатовъ отъ леченія йодистымъ калиемъ, прибѣгъ къ операциі.

Операциа 17 мая 1882 года, подъ хлороформомъ, безъ Esmarch'овскаго жгута. Суставъ вскрытъ переднимъ (нижнимъ) дугообразнымъ разрѣзомъ. Уже при первомъ проникновеніи ножа въ полость сустава, изъ него выплзли наружу особаго рода массы, совершенно имѣющія форму полиповъ на ножкахъ, покрытыя гладкой, блестящей синовиальной оболочкой, большею частью темно-краснаго цвѣта, но на нѣкоторыхъ разростаніяхъ скорѣе желтовато-краснаго. Консистенція ихъ умеренно плотная, упругая. Когда суставъ былъ раскрытъ, то разростанія эти въ общей массѣ представлялись въ видѣ кистей винограда. Они выполняли собою весь раскрывшійся при разрѣзѣ передній отдѣлъ сустава. Рѣшено было произвести полную артрэктомію.

Но по мѣрѣ того, какъ подвигались ударами ножницъ въ области верхняго заворота выяснилось, что и вся поденно-

виальная ткань в окрестности его представляла такую же довольно плотную дольчатую жировую массу, достигающую мѣстами до 2 пальцевъ толщины и даже больше, такъ что и постѣдная была удалена вмѣстѣ съ синовиальной оболочкой. На подкожномъ отдѣлѣ синовиальной разрастаній не было, но и онъ удаленъ.

Кромѣ того, выяснилось, что и суставные концы не были вполне нормальны. Прежде всего, совершенно отсутствовали полудунные хрящи. Дальше на самыхъ суставныхъ концахъ замѣчалась гладкая узора хрящей и особенно на наружномъ мышцелѣ больше берцовой кости, гдѣ она занимала значительное протяженіе. Наконецъ, край суставной поверхности большеберцовой кости представлялся нѣсколько приподнятымъ, очевидно, вслѣдствіе происходившей здѣсь пролиферации кости. Однимъ словомъ, по всѣмъ даннымъ мы имѣли дѣло съ обезображивающимъ воспаленіемъ сустава (?), хотя еще въ сравнительно раннемъ періодѣ. Суставные концы остались нетронутыми при операци и только, въ виду труднаго прилаживанія ихъ другъ къ другу, со стороны большого берца срѣзаны пластинки кости.

Рана зашита. Два дренажа по угламъ ея. Одинъ, черезъ противополовертiе въ области верхняго заворота. Неподвижное положеніе въ прерывающейся гипсовой повязкѣ (съ деревянной дугой).

Постъоперационное теченіе нельзя было назвать гладкимъ. Раны имѣли вялый видъ. Появленіе фунгозныхъ грануляцій, затеконъ и т. д., такъ что больной былъ выписанъ лишь 4 сентября съ анкилозомъ сустава.

Подробное изслѣдованіе препарата, кромѣ сказаннаго, показало слѣдующее.

Собственно говоря, вся подсиновиальная ткань передняго отдѣла колѣна представлялась утолщенной. Но вмѣстѣ съ тѣмъ, въ такихъ мѣстахъ, какъ подъ надколѣнниковой связкой, она, въ сравненіи съ находящимся здѣсь пластомъ жировой ткани въ нормальномъ состояніи, носила болѣе фиброзный характеръ. Настоящая же дольчатая липома (при чемъ замѣчу, отдѣльные дольки ея по своей консистенціи совершенно были сходны съ внутрисуставными разрастаніями) окружала цѣльнымъ пластомъ только область верхняго за-

ворота, спереди распространяясь, правда, больше на внутреннюю сторону сустава.

Со стороны самой синовиальной оболочки, собственно говоря, наблюдались двоякаго рода разрастанія. Одни, и особенно въ области верхняго заворота, можно было отнести просто на счетъ выпячиванія синовиальной оболочки въ полость сустава разрастающимися подъ ней отдѣльными дольками находящейся здѣсь липомы. Такія разрастанія сидѣли на широкомъ основаніи, были полусферовидны, но иногда неправильной формы.

Правда они могли соответствовать и иногда физиологически существующимъ здѣсь широкимъ выпячиваніямъ подсиновиальнаго жира въ полость сустава. На нихъ мы видимъ еще много мелкихъ, иногда просто нитеобразныхъ разрастаній. Но большинство разрастаній представлялось, какъ сказано, въ формѣ стебельчатыхъ полиповъ. Иногда отъ одного основанія уходило два и больше такихъ разрастаній. Самые стебли ихъ иногда представлялись въ высшей степени тонкими. Но иногда попадались разрастанія, сидяція на синовиальной двумя и больше стеблями.

Наконецъ, разрастанія эти не сплошь покрывали передній отдѣлъ синовиальной оболочки, а имѣли какъ бы опредѣленное мѣстоположеніе и кольцомъ окружали надколѣнниковую кость. Дальше, отдѣльная группа разрастаній, лежала уже въ значительномъ отдаленіи отъ средней линіи, на внутренней сторонѣ сустава и именно вблизи отъ полудуннаго хряща. Также и въ области верхняго заворота, кромѣ простыхъ выпячиваній синовиальной оболочки дольками разрастающейся подъ ней липомы, наблюдались стебельчатая разрастанія, кромѣ того, нѣсколько ихъ на задней стѣнкѣ верхняго заворота, недалеко отъ края суставной поверхности берцовыхъ мышцелковъ.

Но еще одно интересное явленіе, правда, замѣченное мной уже на уплотненномъ препаратѣ (въ Müller'овской жидкости, а потомъ въ спиртѣ) и здѣсь выступающее довольно рельефно— это, что синовиальный покровъ какъ самыхъ разрастаній, такъ и ихъ окрестности представлялся устьяннымъ мельчайшими, отъ едва замѣтныхъ до величины просяного зерна, узелками, только слегка возвышающимися надъ окрестностью

и выдѣляющимися на желтовато-сѣромъ фонѣ остального препарата своимъ болѣе бурнымъ цвѣтомъ. Узелки эти въ однихъ мѣстахъ встрѣчались часто и лежали по нѣскольку, одинъ возлѣ другого, въ другихъ рѣже. Въ болѣе крупныхъ изъ нихъ обыкновенно замѣчалось пушкообразное вдавливаніе въ центрѣ. Однимъ словомъ узелки эти сразу напомнили мнѣ подобное же явленіе въ случаѣ Schmolka, да и на основаніи одного макроскопическаго вида ихъ трудно было отнести къ чему-либо другому, какъ не къ милиарнымъ туберкуламъ. Это подтвердилось и при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Последнее вообще дало слѣдующее: ткань разрастаній далеко не представлялась исключительно жировой. Последняя сплошь замѣчалась только въ описанныхъ доляхъ липомы вокругъ верхняго заворота. Она преобладала и въ болѣе крупныхъ разрастаніяхъ, особенно сидящихъ на широкомъ основаніи. Хотя и здѣсь, въ слояхъ, ближайшихъ къ синовиальному покрову, уже преобладала фиброзная ткань. Въ разрастаніяхъ же на поясѣ, на препаратахъ, захватившихъ всю толщю ихъ, обыкновенно въ центрѣ встрѣчались болѣе жировая ткань, въ периферіи же почти исключительно фиброзная. Постепенный переходъ одной ткани въ другую выражался прежде всего появленіемъ волокнистой ткани вокругъ сосудовъ, отчего стѣнки послѣднихъ представлялись толще, чѣмъ въ сосудахъ среди сплошной жировой ткани. Между такими сосудистыми центрами для образования фиброзной ткани еще видѣлись жировыя кѣтки, а еще дальше къ периферіи только одна фиброзная ткань, количество кровеносныхъ сосудовъ въ разрастаніяхъ въ общемъ представлялось довольно значительнымъ. Синовиальная оболочка и подъ микроскопомъ не представляла особенныхъ измѣненій. За кѣточнымъ слоемъ (эндотелиальнымъ нѣкоторыхъ авторовъ) слѣдовалъ слой волокнистой ткани, кромѣ того много мелкихъ сосудовъ, проникающихъ мѣстами до самыхъ поверхностныхъ слоевъ синовиальной. Въ тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ микроскопически наблюдались милиарные узелки, можно было видѣть туберкулы въ различной стадіи ихъ развитія — отъ кучки мелкихъ кѣточекъ до узелковъ съ эпителиоидными кѣтками и, наконецъ, хотя и весьма рѣдко

встрѣчались гигантскія кѣтки. Но даже узелки съ эпителиоидными кѣтками встрѣчались сравнительно рѣдко, и повсюду замѣчались только различной величины скопленія мелкихъ кѣточекъ, такъ что, очевидно, мы имѣли дѣло здѣсь еще съ весьма свѣжимъ высыпаніемъ. Наконецъ, узелки обыкновенно помѣщались въ поверхностномъ кѣточномъ слое синовиальной, т. наз. intima ея. Туберкулезныхъ bacillus въ нихъ не найдено.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 9.

### Случай Воскресенскаго.

(„Врачъ“ 1895 г. № 13, стр. 369).

Крестьянинъ Уфимской губер. 22-хъ лѣтъ, поступилъ въ хирургическую клинику проф. Кузьмина 3 сентября 1894 г. съ пораженіемъ колѣнныхъ суставовъ. При изслѣдованіи оба колѣна оказались увеличенными, особенно правое, окружность котораго = 47 см. (лѣваго = 39½). По обѣ стороны правой надколѣнной чашки рѣзко бросались въ глаза подушкообразныя припухлости, которыя, сливаясь выше чашки, распространялись по передней поверхности бедра, въ области верхняго заворота синовиальной сумки; къ низу припухлость распространялась до нижнихъ границъ суставной сумки; подколѣнная впадина выпячена. Подобныя же припухлости, но только меньшей величины, находились и въ лѣвомъ колѣнѣ. Въ обоихъ суставахъ получалось зыбленіе; подколѣнная чашка при ударахъ ясно подсакавала; суставные концы бедренной и берцовой костей были утолщены, особенно справа. Движенія ограничены: полное сгибаніе невозможно. Мышцы правыхъ бедра и голени атрофированы.

Больной умѣреннымъ питаніемъ, съ достаточно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ.

Измѣненій въ органахъ не найдено. Только у угла правой лопатки слышенъ жесткій продолжительный выдохъ. Обращаетъ на себя вниманіе и то, что всѣ лимфатическія железы нѣсколько увеличены.

Больной жалуется, главнымъ образомъ, на затрудненія и

небольшія боли при ходьбѣ, особенно при вхожденіи на высоту.

Болезнь развивалась медленно, безъ всякой видимой причины; въ правомъ коленѣ уже 6 лѣтъ, въ лѣвомъ же всего 5 мѣсяцевъ. Лѣтомъ 1894 года больной цѣлый мѣсяць страдалъ лихорадкой.

На какія-либо другія болѣзни больной не указываетъ, равно какъ и на болѣзни своихъ родныхъ; только мать, 51 г., послѣдніе 4 года кашляетъ.

Опредѣлить страданіе суставовъ по объективнымъ даннымъ было весьма трудно.

Многое говорило за скопленіе жидкости, но зыбленіе было не рѣзко, противъ фунгознаго пораженія говорило отсутствіе тѣловатости тканей; прощупать отдѣльной опухоли въ суставахъ не удавалось.

13 сентября сдѣланъ былъ пробный проколъ праваго колѣна; полученная въ небольшомъ количествѣ кровянистая жидкость позволила исключить водянку состава.

Тогда больной былъ захлороформированъ, конечность обезкровлена бинтомъ Esmarch'a и на бедро наложенъ упругій жгутъ. Суставъ былъ вскрытъ широкимъ наружнымъ разрѣзомъ; вытекло около 2 ложекъ кровянистой жидкости и выпало нѣсколько яйцевидныхъ образований.

При изслѣдованіи сустава, при чемъ былъ добавленъ и внутренній продольный разрѣзъ, оказалось, что вся полость его какъ-бы набита грибовидными разроженіями; синовиальная оболочка сильно утолщена, темно-краснаго цвѣта, съ поверхности ея отходятъ въ полость сустава полипозныя разроженія различнаго вида и величины. Суставные хрящи цѣлы, гладки и блестящи. Въ виду сильнаго измѣненія вся синовиальная оболочка удалена ножницами.

Полость сустава промыта 3% растворомъ карболовой кислоты. Внутренній и наружный разрѣзы закрыты металлическими швами, при чемъ черезъ оба разрѣза вставлено было по стеклянному дренажу; подобный же дренажъ былъ вставленъ и въ сдѣланное въ верхнемъ заворотѣ противуотверстіе. Наложена іодоформная повязка съ задней и двумя боковыми гуттаперчевыми шинами.

Конечности придано возвышенное положеніе.

Послѣоперационное время прошло хорошо. На 17 день удалены выводники и сняты швы. Раны зажили первичнымъ натяженіемъ на 28-й день.

Назначены массажъ бедра и голени, но не самага сустава, и легкія пассивныя движенія.

Страданіе лѣваго колѣна было признано тождественнымъ, но здѣсь предварительно рѣшено было примѣнить выпрыскиваніе въ суставъ іодоформной эмульсии, что и сдѣлано было 12 октября. Выпрыснуто было 24 грм. 10%-ной іодоформной эмульсии въ маслѣ сладкихъ миндалей. Приблизительно часа черезъ 1½ послѣ выпрыскиванія, при потрясающемъ знобѣ, температура поднялась до 38,5° и только къ утру 14-го упала до нормы и больше уже не поднималась.

8 декабря больной, желая быть дома къ празднику, выписался изъ клиники. Окружность праваго колѣна была 41, а лѣваго—39,5 см. При разсматриваніи удаленныхъ разроженій проф. Кузьминъ высказался за древовидный жировикъ, съ чѣмъ согласился и присутствовавшій на операціи проф. Н. М. Любимовъ, который тутъ же сдѣлалъ срѣзъ изъ разроженій и нашелъ жировую и молодую соединительную ткань и гигантскую кѣтку, что дало поводъ предполагать бугорчатое свойство пораженія.

Послѣдующее микроскопическое изслѣдованіе, произведенное докладчикомъ, показало въ маленькихъ разроженіяхъ нѣжно волокнистую соединительную ткань съ веретенообразными и звѣздчатыми кѣточками, нрѣдка попадались и участки жировой ткани. На срѣзахъ изъ болѣе крупныхъ разроженій участки жировой ткани чередовались съ участками грануляціонной ткани.

На нѣкоторыхъ срѣзахъ преобладала молодая соединительная ткань, среди которой были разбросаны въ большомъ количествѣ бугорки въ различныхъ ступеняхъ развитія и только небольшія дольки жировой ткани. На другихъ срѣзахъ, напротивъ, преобладала жировая ткань.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 10.

## I случай Wagner'a.

(Ueber Lipoma des Kniegelenks). Inaug. Dissert. 1887 Marburg стр. 14 и 15.

1) A. Joschko Bergmann 33 лѣтъ. По словамъ больного онъ упалъ на лѣвое колѣно, но продолжалъ работать. Колѣно послѣ ушиба нѣсколько опухло и было только слегка болѣзненно, но только за недѣлю до поступленія въ клинику, разболѣлось такъ, что онъ долженъ былъ оставить работу.

При изслѣдованіи въ лѣвой голени небольшой выпотъ, колѣно слегка болѣзненно при давленіи, подвижность полная. На наружной сторонѣ сустава выше patellae прощупывается очень твердое тѣло, величиною съ волош. орѣхъ. Тѣло подвижно въ предѣлахъ верхняго recessus'a съ ясно слышимымъ хрустомъ. На основаніи большой твердости и подвижности тѣла диагностировано — хрящевое суставное тѣло.

18 апрѣля. Разрѣзъ по наружному краю m. recti fet. Обнаруженъ жировой комъ, величиною съ большой грецкій орѣхъ, вытиснутый кверху въ ножку, толщиной съ карандашъ. Ножка перерѣзана по возможности высоко. Шовъ. Выздоровѣвшій суставъ совершенно подвиженъ. Въ послѣдствіи не наблюдалось ни высопа, ни другихъ какихъ нибудь уклоненій.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 11.

## II случай Wagner'a.

Ibidem seit. 15—16.

Дѣвица М. 22-хъ лѣтъ, упала  $\frac{3}{4}$  года тому назадъ поскользнувшись на улицѣ. Почувствовала сильную боль въ лѣвомъ колѣнѣ, но хромая дошла до дому. Колѣно стало пухнуть, приглашенный врачъ опредѣлялъ дисторзію съ умѣреннымъ кровоизліяніемъ въ суставъ. Черезъ 8 дней больная стала выходить, но колѣно оставалось еще немного припухшимъ и болѣзненнымъ и оставалось въ такомъ поло-

женіи, не поддаваясь различнымъ средствамъ нѣсколькихъ врачей. Въ послѣднее время больная испытываетъ значительныя затрудненія въ особенности при восхожденіи по лѣстницѣ, иногда же совершенно невзначай появляются въ лѣвомъ колѣнѣ такія сильныя боли, что больная еле-еле удерживается на ногахъ и стоитъ ей лишь немного наречь ногу для того, чтобы опухоль большого сустава увеличилась.

Изслѣдованіе показало слѣдующее: лѣвое колѣно въ окружности на 5,5 сент. толще праваго, растянутая капсула довольно эластична, patella баллонируетъ. Суставныхъ концовъ прощупать нельзя, и, вообще, они не представляютъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Кнаружи и концу отъ patellae въ извѣстномъ положеніи сустава можно прощупать подвижную опухоль. Когда послѣ нѣсколькихъ-дневного покоя выпотъ въ суставѣ уменьшился, обнаружилось, что опухоль эта имѣетъ величину приблизительно грецкаго орѣха, подвижна до нѣкоторой степени относительно lig. patellae prop., тверда на ощупь и движется при движеніяхъ вмѣстѣ съ lig. patel.

12 июня 1881 г. удалось давленіемъ на суставъ заставить опухоль показаться въ разрѣзѣ, проведенной кнаружи отъ lig. patellae; оказалось что она величиною съ грецкій орѣхъ и состоитъ изъ дольчатой жировой ткани.

Тонкая ножка при потягиваніи опухая впередъ оборвалась, такъ что мѣсто ея прикрѣпленія отмѣчено не было. Изъ сустава вышло порядочное количество серозной жидкости. Безъ промыванія рана зашита наглухо. Гладкое заживленіе въ теченіи 10 дней. Колѣно опало. Когда послѣ 3 недѣль пациентка начала ходить, то сама же замѣтила „насколько ея суставъ сталъ свободнѣе“. Черезъ 5 недѣль послѣ операціи больная безъ всякаго затрудненія взбиралась по лѣстницамъ.

Черезъ  $\frac{1}{4}$  года послѣ операціи больная пришла показываться въ послѣдній разъ. Правое колѣно даже толще на 1 сент. лѣваго: выпота нѣтъ. Подвижность сустава вполне свободная.

Никакихъ субъективныхъ жалобъ, и барышня танцуетъ по цѣлымъ ночамъ напролетъ.

ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ №№ 12 и 13.

## III и IV случаи Wagner'a.

Ibidem seis. 16--20.

U. v. S., гусарь 25-ти лѣтъ, 3 года тому назадъ упалъ вмѣстѣ съ лошадыю такъ, что попалъ правымъ коленнымъ подъ ее. Скоро онъ почувствовалъ боль, но могъ еще ступать. Коленно припухло, такъ что больной принужденъ былъ пролежать съ недѣлю. Затѣмъ онъ сталъ ходить, чувствуя постоянно умѣренную боль: коленно все оставалось немного опухшимъ. Но дѣло постепенно настолько удучилось, что больной снова сталъ ѣздить верхомъ, хотя боли прошли не окончательно и усиливались послѣ каждаго напряженія. Если же v. S. танцевалъ или дѣлалъ болѣе утомительную прогулку верхомъ, коленно его опять становилось болѣзненнымъ. Но стоило ему пролежать нѣсколько дней, бинтуя ногу резиновымъ бинтомъ, какъ онъ опять становился годнымъ нести свою службу. Въ послѣдніе годы состояніе его ухудшилось, коленно оставалось постоянно опухшимъ и даже самое небольшое напряженіе, каждая поѣздка вызывала все новое ухудшенія.

Боясь что прогрессирующее ухудшеніе заставитъ его бросить военную карьеру, пациентъ обращался ко многимъ врачамъ, посѣтилъ много ваннхъ заведеній и даже въ отчаяніи лечился у знахарей.

Его состояніе за послѣднее время было таково, что онъ почти не могъ служить и только очень рѣдко садился на лошадь.

Произведенное въ февралѣ 1884 года изслѣдованіе показало слѣдующее: въ правомъ коленномъ суставѣ выпоть, дѣлающій его вдвое толще лѣваго. Движенія слегка затруднены громаднымъ выпотомъ, въ общемъ они довольно свободны. Суставные концы къ давленію не чувствительны. Тщательное ощупываніе наружной части сустава показало, кверху и въ сторону отъ patella подвижную опухоль величиною съ половину куриного яйца. Она тверда и скрипитъ подъ пальцами при движеніяхъ.

Иногда она совершенно уходитъ подъ сухожиліе m. recti и въ верхній заворотъ, такъ что ее потомъ трудно найти. Когда это удалось констатировать, то не было ужъ болѣе сомнѣнія, что причиной этого продолжительнаго суставнаго страданія служить свободное или же прикрѣпленное на ножкѣ суставное тѣло. На предложеніе артротоміи v. S. сейчасъ же согласился и она была произведена ему 26 февраля 1884 года такимъ образомъ, что разрѣзъ былъ проведенъ надъ хорошо фиксированною опухолью немного выше patellae и кнаружи отъ сухожилія прямой мышцы.

Сейчасъ же оказалась отливающаго голубоватымъ цвѣтомъ масса, которая была признана за жировую опухоль. Она была крѣпко прикрѣплена сверху и поэтому, для удаленія довольно длинной ножки, которая шла почти до верхняго конца верхняго заворота, первоначальный разрѣзъ былъ удлиненъ. При этомъ изъ сильно растянутого сустава излилось много жидкости и съ нею сотни различной величины рисовыхъ тѣлецъ, наибольшія изъ которыхъ едва достигали величины половины горошины. Въ виду этого суставъ былъ хорошо промытъ 5% растворомъ карболовой кислоты и дренированъ 1 короткимъ дренажемъ.

При первой перевязкѣ, произведенной на 4-ый день, дренажъ былъ удаленъ. Воспалительной реакціи раны и повышеній температуры не было. Послѣдующее гладкое выздоровленіе. Черезъ 5 недѣль больной былъ отпущенъ въ здорѣвшимъ; сгибаніе колѣна возможно до прямого угла, ходьба безболѣзненна, никакихъ слѣдовъ выпота въ суставѣ.

Черезъ 4 слѣдующихъ недѣль движенія въ коленномъ суставѣ вполнѣ свободны. Въ теченіи лѣта 1884 v. S. писалъ, что онъ участвовалъ въ скачкахъ съ препятствіями и вполнѣ способенъ нести свою службу.

6-го февраля 1885 года, т. е. почти черезъ годъ послѣ операциі, пациентъ опять обратился къ намъ съ жалобами на боли въ лѣвомъ колѣнѣ. 3 недѣли тому назадъ онъ свалился вмѣстѣ съ лошадыю на лѣвую сторону такъ, что лошадь придавила ему лѣвое коленно. Боли были настолько невзначайны что пациентъ ограничился холодными компрессами въ продолженіи нѣсколькихъ дней и затѣмъ отправился опять на службу. Постепенно боли усиливались и v. S. уже

через 10 дней послѣ травмы какъ бы чувствовали опухоль въ ушибленномъ суставѣ.

Это и подтвердилось при изслѣдованіи. На томъ-же самомъ мѣстѣ, гдѣ въ правомъ колѣнѣ была найдена липома, была опухоль величиною въ большую сливу. На ощупь она оказалась значительно мягче, чѣмъ бывшая въ правомъ колѣнѣ; ее можно было подвинуть немного въ сторону и вверхъ и чуть-чуть внизъ. Въ полости сустава умяренный выпотъ. Диагнозъ былъ поставленъ суставной липомы.

Въ виду того, что боли у пациента были сравнительно не велики, показаній къ немедленной артротоміи не было. Такъ какъ опухоль на ощупь была мягка, то была сдѣлана проба массировать ее т. е. фиксируя ее крѣпко, сдѣлать разминаніе. Но это вызвало большой серозный выпотъ и поэтому пришлось ограничиться поглаживаніемъ безъ разминанія.

Этимъ удалось уменьшить опухоль до  $\frac{1}{2}$  ея прежняго объема, такъ что она стала величиною съ лѣсной орѣхъ. Пациентъ послѣ этого массировался еще нѣсколько мѣсяцевъ у себя дома и написалъ въ серединѣ октября 1885 года, что онъ могъ участвовать во многихъ скачкахъ, продолжать маневры и что послѣ большихъ напряженій онъ испытывалъ въ колѣнѣ лишь легкую неловкость, болѣе же или же выпота ни разу не было. Только продолжительное стояніе и длительныя пребыванія въ одномъ положеніи, при которомъ онъ долженъ долго держать колѣно согнутымъ, обнаруживаютъ нѣкоторую слабость пациента. Величина опухоли остается одинаковой.

Въ сентябрѣ 1886 года пациентъ вновь пришелъ къ намъ такъ какъ у него образовался выпотъ въ правомъ колѣнѣ по причинѣ полученной нѣсколько времени тому назадъ травмы. Предпринятое при этомъ изслѣдованіе лѣваго колѣна обнаружило, что липома прощупывается въ прежнемъ мѣстѣ какъ маленькій, безусловно неподвижный, твердый бугорокъ.

Болѣи въ этомъ суставѣ онъ уже никогда не чувствуетъ.

Выпотъ въ правомъ колѣнѣ соответствующими мѣрами былъ доведенъ до полного исчезновенія.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 14.

### Случай И. Гаттовскаго.

(„Больничная газета Боткина“ 1898, № 22, стр. 977 и слѣд.)

10 января 1897 г. въ Николаевскую дѣтскую больницу была принята 11 лѣтняя дѣвочка, заболѣвшая 7 января вечеромъ рвотой, головною болью и жаромъ; 9 января ночью больная впала въ безсознательное состояніе, на утро у нея припухли большіе суставы и родители сочли нужнымъ доставить дочь въ больницу.

При изслѣдованіи найдено: питаніе посредственное, кровы блѣдны, скелетъ со слѣдами рахита; зрачки расширены, глаза ввалившиеся; на вопросы не отвѣчаетъ. Въ легкихъ — дыханіе везикулярное. Тоны сердца чисты, но нѣсколько глуховаты; пульсъ слабый, ускоренный, съ трудомъ считается. Животъ не вздутъ; селезенка и печень не прощупываются. Верхнія конечности согнуты въ локтевыхъ суставахъ, суставы плечевые, локтевые, лучезапястные (въ особенности первые и вторые) припухли; нижнія конечности согнуты въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ сочлененіяхъ; оба колѣна припухли, лѣвая колѣнная чашка баллоттируетъ. Разгибаніе суставовъ повидимому болѣзненно. Температура 39,6. Состояніе это съ каждымъ днемъ ухудшалось и 11 января въ 6 ч. утра дѣвочки не стало.

Изъ анамнеза извѣстно, что дѣвочка перенесла въ 1890 г. суставный ревматизмъ, повторившійся въ октябрѣ и ноябрѣ 1896 г., кромѣ того она продѣла коклюшъ въ 1888 г., вѣтряную оспу въ 1889 г. и корь въ 1896 г. Родители, сестра и братья здоровы.

При вскрытіи я нашелъ гиперемію мозга и мозговыхъ оболочекъ, приращеніе легкихъ къ грудной клеткѣ при помощи плотныхъ фиброзныхъ перемычекъ, сращеніе сердечной сумки съ сердцемъ; небольшое увеличеніе селезенки съ жировымъ перерожденіемъ фолликулъ; небольшое увеличеніе печени съ помутненіемъ (жировымъ перерожденіемъ) паренхимы; гиперемію почекъ; слабо выраженный катарръ кишекъ въ легкимъ набуханіемъ фолликуловъ. Брыжеечныя железы

слегка увеличены. Всѣ большіе суставы припухши; при вскрытіи ихъ въ полостяхъ найдены полипозныя, древовидныя разрощенія, развившіяся на мѣстѣ, гдѣ сумка сливается съ суставнымъ хрящемъ, а также на той части сумки, которая прилегаєтъ къ кости: въ плечевыхъ суставахъ разрощенія расположены вокругъ *fov. glenoid. scapulae* и вокругъ головокъ костей; въ локтевыхъ суставахъ ихъ нѣтъ вокругъ головокъ лучевыхъ костей; тазобедренные суставы поражены такъ же, какъ и плечевые; въ коленныхъ суставахъ разрощенія обрамляютъ снутри и снаружи сочленовную поверхность бедра и подколенной чашки, распространяясь на заднюю стѣнку сумки, прилегающую къ поверхности бедра, голеностопныя сочлененія свободны.

Цвѣтъ опухолей фиолетово-красный, форма ихъ преимущественно овальная, но встрѣчаются и цилиндрическія опухоли, сидяція на широкомъ основаніи, тогда какъ первыя (овальныя) прикрѣплены къ сумкѣ болѣе или менѣе длинной и тонкой ножкой; изрѣдка попадаютъ и петлеобразныя формы. Ножки, на которыхъ висятъ опухоли, часто растутъ по нѣсколькx изъ одного ложа. Въ коленныхъ сочлененіяхъ, кромѣ полипообразныхъ разрощеній на боковыхъ частяхъ сумки, видны также бугристыя возвышенія синовиальной оболочки. Большіе экземпляры наростовъ снабжены на верхушкахъ кистеподобными окончаніями. Величина опухолей весьма различна—въ коленномъ сочлененіи (въ особенности въ правомъ) онѣ достигаютъ величины лѣсного орѣха. въ другихъ онѣ меньше, въ плечевыхъ онѣ не болѣе зерна огурца, а въ лучезапястныхъ немного больше булавочной головки <sup>1)</sup>. Консистенція ихъ мягко-упругая. Такія же разрощенія найдены въ 4 слизистыхъ сумкахъ — *subdeltoideae* и *trochantericae*, растутъ онѣ на неподвижной части сумки, прилегающей къ кости. Въ правой *b. m. subdeltoidea* найдено рисовидное полупрозрачное тѣлце въ 0,5 сент. длины и 0,3 сент. ширины.

Полости суставовъ выполнены слизистой серозно-гнойной жидкостью съ преобладаніемъ серознаго элемента. Стѣнки

<sup>1)</sup> Замѣчательно то, что величина опухолей въ одноименныхъ сочлененіяхъ была почти одинакова.

суставныхъ и слизистыхъ сумокъ, свободныя отъ разрощеній, утолщены, морщинисты. Я могу сохранить только 1 субделтовидную сумку и часть коленной сумки, препараты эти погружены въ разведенную Мюллерову жидкость.

При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ видно, что опухоль покрыта эпителиемъ синовиальныхъ сумокъ, который легко отпадаетъ при препарированіи, но въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ его удалось сохранить, видимъ, что клѣтки этого покрова расположены въ нѣсколько слоевъ, подъ эпителиальнымъ слоемъ лежитъ рядъ близко другъ къ другу прилегающихъ тонкихъ, уругихъ соединительно-тканыхъ волоконъ; въ этомъ слоеѣ заложено очень много кровеносныхъ сосудовъ <sup>1)</sup>, а также и мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, здѣсь же изрѣдка попадаются небольшія полости, расположенныя въ волокнисто-клѣтчатковомъ слоеѣ, выполненныя мелкими и крупными клѣтками; между послѣдними видны пустыя пространства, дѣлающія эту часть препарата болѣе прозрачною. Ткань, окружающая такую полость, не отличается отъ дѣлающей.

Ядро опухоли состоитъ изъ рыхлой, жировой клѣтчатки, при чемъ замѣтно, что количество жира очень незначительно въ ножкѣ опухоли; послѣдняя состоитъ главнымъ образомъ изъ волокнистой ткани, берущей свое начало изъ околосуставной клѣтчатки. Волокна этой ткани, пробѣгая чрезъ всю опухоль, заканчиваются у верхушки послѣдней хрящевымъ ядромъ съ дольчатымъ строеніемъ. Въмѣстѣ съ эластической тканью идутъ и кровеносныя сосуды, при чемъ развѣтвляются они главнымъ образомъ на периферіи опухоли, тогда какъ въ центрѣ ихъ очень мало. Цилиндрическія опухоли состоятъ главнымъ образомъ изъ соединительной и грануляціонной ткани и сосудовъ, жира же въ нихъ вовсе нѣтъ или очень мало. Молодыя опухоли почти не имѣютъ жировой ткани,

<sup>1)</sup> Обиліе сосудовъ дало по всей вѣроятности поводъ къ тому, что Бушо назвалъ опухоль, которую онъ наблюдалъ въ коленномъ суставѣ у своего больного, зретиальной. Его описаніе микроскопической картины опухоли ничѣмъ не разнится отъ излагаемаго, а срѣзы, взятые съ периферическихъ частей, даютъ возможность убѣдиться, насколько сильно развиты кровеносныя сосуды въ соединительно-грануляціонномъ слоеѣ описываемой оболочки разрощеній.

но зато въ нихъ очень широкіе сосуды. Слизистая оболочка покрыта также нѣжнымъ эпителиемъ, въ соединительно-кль-точковомъ сильно развитомъ слоеъ заложено также много сосудовъ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 15.

### Случай Naumann'a.

(Ueber Gelenklipom. Diss. Bonn 1887. стр. 24).

13 ноября 1882 года въ St. Johannis-Hospital былъ принятъ купецъ Н. Вг. Родители его умерли: отецъ 51 года отъ какой-то болѣзни груди, мать 63 лѣтъ отъ водянки (?). Дѣти больного здоровы. Съ 1864 года жалуются на сильный ревматизмъ, обнаруживающійся болями и припуханіями почти во всѣхъ суставахъ. Приступы болей и опухлости суставовъ обыкновенно скоро проходили. Съ 1881 года опухоль праваго колѣна стала постоянной. Въ слѣдующемъ же году оставалось опухшимъ и лѣвое колѣно. Долго лечился разными средствами, но безуспѣшно.

Теперь затрудненія движеній настолько велики, что онъ еле ходитъ, а всходить на лѣстницу можетъ лишь съ большимъ трудомъ. Исслѣдованіе показываетъ значительную опухоль праваго колѣна *gessr.* въ области верхняго заворота. Контуры сглажены. По бокамъ *patellae* можно ощущать въ суставѣ зернистая, тѣстоватая масса. Суставная капсула утолщена. Суставная линія чувствительна къ давленію. *Patella* не балло-тируетъ. Полное сгибаніе невозможно.

Въ лѣвомъ колѣнѣ тѣ же измѣненія, но выражены менѣе рѣзко.

*Диагнозъ:* *Gonitis chronica hyperplastica.*

13 ноября вскрыто правое колѣно разрѣзами по обѣимъ сторонамъ *patellae*. Весь суставъ выполненъ ворсинчатыми разрощеніями, исходящими изъ синовиальной оболочки и संबодно вдающимися въ полость сустава. Они оказываются различной величины, нѣкоторыя до 3—4 сент. длины, почти всѣ похожи на виноградныя грозди. Разрощенія по возможности удалены ножницами и острой ложкой, суставъ про-

мыть карболовымъ растворомъ, дренированъ и зашитъ Листеровская повязка.

Удаленныя разрощенія состояли изъ жировой ткани.

Заживленіе шло гладко до 6 декабря, когда область сустава опухла и показалась подэпителиальная сущурація краевъ ранъ.

Съ 21 декабря дѣло опять пошло на улучшеніе и 16 февраля 1883 г. больной былъ отпущенъ выздоровѣвшимъ. Теперь онъ могъ ходить безъ палки. Сгибаніе праваго колѣна было немного еще затруднено. При ощупываніи казалось, что съ внутренней стороны *patellae* осталось еще немного зернистыхъ массъ. Самочувствіе больного было прекрасно. Лѣвое колѣно оперировано не было.

Внеслѣдствіи больной могъ прекрасно сгибать колѣно, ходить и даже прыгать.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 16.

### Случай Herhold'a.

(Zur Frage des Lipoma genu. Langenbeck's Arch. 52 Bd. 1896 г., стр. 705.)

Канониръ К., происходящій отъ здоровыхъ родителей, никогда ничѣмъ серьезнымъ не былъ боленъ. 17 октября простоялъ долгое время на колѣняхъ; при попыткѣ встать почувствовалъ сильную боль въ лѣвомъ колѣнѣ, такъ что не могъ ходить. Его же унтеръ-офицеръ утверждаетъ, что уже 16 октября К. хромалъ и даже упалъ. Исслѣдованіе: здоровъ во всѣхъ отношеніяхъ. Окружность лѣваго колѣна на 1 сент. больше праваго. *Patella* приподнята. По обѣимъ сторонамъ *lig. patellae* припухлости величиною съ грецкій орѣхъ съ каждой стороны. При сгибаніи колѣна онъ выпячиваются больше и при ощупываніи оказываются не флюктурирующими, а мягко-эластической консистенціи. Подъ наружнымъ краемъ *patellae* прощупывается довольно твердая опухоль величиною съ лѣсной орѣхъ, которая неподвижна и сидитъ повидимому въ суставной капсулѣ. Колѣно не можетъ быть выпрямлено ни активно, ни пассивно и сгибается

немного больше чѣмъ на 90°. При сгибаніи появляется боль. При ходьбѣ лѣвая нога сильно напрягается.

Діагнозъ: Goutis chronica genus sinistri. Примѣненіе массажа и компрессовъ не вызвало никакого улучшенія и въ виду предположенія о разрощеніи ворсинокъ на основаніи данныхъ ошупыванія рѣшено сдѣлать промываніе сустава 3% карболовою водою.

31 октября. Для этой цѣли разрѣзъ съ наружной стороны patellae въ 2 сент. черезъ кожу и въ 1 сент. черезъ утолщенную капсулу для введенія труакара съ цѣлью промыть суставъ. При разрѣзѣ капсулы оказалась изъ суставной полости жировая опухоль величиною съ лѣсной орѣхъ. Разрѣзъ былъ расширенъ и введеннымъ пальцемъ обнаружено что въ суставѣ находятся липоматозныя массы. Тогда суставъ вскрытъ совсѣмъ дополнительнымъ поперечнымъ разрѣзомъ черезъ lig. patellae и колѣнная чашка вмѣстѣ съ прилежащими частями капсулы поднята вверхъ. Въ суставѣ оказалась опухоль величиною съ куриное яйцо. на ножкѣ въ 2 сент. шириною, прикрѣплявшаяся къ lig cruciat. и лежавшая подъ patell'ей. Остальная синовиальная оболочка была гладка и вполне нормальна. Опухоль состояла изъ чистой жировой ткани; туберкулезныхъ бугорковъ не найдено. Окраска ея была свѣтло-желтая, какъ нормальной жировой ткани. Небольшой іодоформенный тампонъ въ наружную сторону раны. Остальное зашито шелкомъ. Volkman'овская шина.

8 ноября первая перевязка, гріма, тампонъ и кожные швы удалены.

14 ноября. Все зажило. Шина еще оставлена.

21 ноября. Легкій массажъ и пассивная гимнастика.

5 декабря. Большой ходитъ.

13 февраля. Отосланъ въ часть, но при усиленной маршировкѣ чувствуетъ боль въ лѣвомъ колѣнѣ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 17.

### I случай Lauestein'a.

(Centralblatt für Chirurgie 11 Jahrgang 1884. стр. 836).

У молодой дѣвушки 16 лѣтъ, года 4 тому назадъ, былъ удаленъ долотомъ enchondrosis на нижнемъ концѣ лѣвой бедренной кости. Года 3 послѣ этой операціи больная чувствовала себя совершенно здоровой. Затѣмъ стала жаловаться на боль въ лѣвомъ колѣнѣ, при явленіяхъ, характерныхъ для ущемленія суставныхъ мышц; изслѣдованія привели къ такому же діагнозу.

При изслѣдованіи найдено: широкій рубецъ отъ прежней операціи снаружи и сверху отъ patellae. Между рубцомъ и костью можно ощущать маленькое, подвижное тѣло, давленіе на которое вызываетъ стрѣляющую боль въ колѣно. Между рубцомъ и patella, немного снаружи отъ верхняго края послѣдней, можно констатировать въ суставѣ подвижную, не очень твердую опухоль, величиной со сливу. При давленіи опухоль уходитъ подъ patell'ю. При давленіи на patell'ю или при оттягиваніи верхняго рецесса снаружи, опухоль возвращается на прежнее мѣсто. Вышота нѣтъ. Движенія свободны.

Операція показала липому, величиною и формою напоминающую прикрѣпленную къ корешку фигу.

Липома исходила изъ передней поверхности бедренной кости, у наружной границы ея передней хрящевой фасетки. Опухоль имѣла 3½ сент. въ длину, 2 въ вышину и 1 въ ширину. При этомъ же былъ удаленъ почти цѣлкомъ и рубецъ надъ patell'ею.

Заживленіе послѣдовало per grіmas и подвижность колѣна, значительно ограниченная до операціи, послѣ годового надлежащаго ухода совершенно восстановлена.

Два сезона больная провела въ курортѣ Ruyfont. Въ октябрѣ 1883 г. возвратилась здоровой на родину.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 18.

## II случай Lauenstein'a.

(Centralblatt für Chirurgie 11 Jahrgang 1884).

Пациентъ, 42-хъ лѣтній штурманъ, у котораго годъ тому назадъ былъ переломъ колѣнной чашки, сросшійся только фиброзно. Потеря способности функционировать колѣннаго сустава была велика. Выпрямленіе болтающейся голени достигалось съ трудомъ и не вполне. Для ходьбы больной пользовался шиною съ задней стороны ноги. Незадолго до поступления упалъ на сильно согнутую и подвернувшуюся назадъ голень. Почувствовалъ боль и невозможность выпрямить колѣно. Суставъ опухъ.

Ему былъ сдѣланъ (по несомнѣнно ошибочному предположенію) разрѣзъ колѣннаго сустава. Онъ содержалъ жидкую кровь (слѣдствіе травмы), а въ нижней части твердый жировой комокъ, который былъ соединенъ складкою синовиальной оболочки съ Ligam. cruciatis и Fossa intercondylaea, но крѣпче всего былъ прикрѣпленъ къ задней поверхности Ligam. patellae. Опухоль, величиною въ два лѣсныхъ орѣха, была экстирпирована и черезъ 2 мѣсяца пациентъ, которому одновременно были наложены швы на фиброзно сросшуюся пателлю, могъ сгибать и разгибать колѣнный суставъ въ границахъ прямого угла.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 19.

## Случай Модлинскаго.

(Медицинск. Обзорніе. 1890. № 20).

Больной, 23 л. субъектъ, съ бугорчаткой въ семьѣ, страдаетъ на опухоль колѣня, существующую лѣтъ 10. Теченіе болѣзни хроническое; на лѣвомъ плечѣ язва. Оба колѣна растянута; въ окружающей суставъ ткани ощущаются безболѣзненные узлы. Авторъ вскрылъ суставъ, при чемъ получилъ много жидкости съ фибринозными клочьями и

нашелъ древесидную липому синовиальной оболочки колѣна. Кости и хрящи оказались нормальными, а въ одномъ мѣстѣ, подъ синовиальной оболочкой, былъ найденъ узелъ съ казеознымъ перерожденіемъ. Подобныя же казеозныя гнѣзда были найдены и въ толщѣ м. quadriceps, гдѣ узлы шли четкообразно почти на всемъ протяженіи мышцы вверхъ. Вскрывъ лѣвое колѣно, Модлинскій нашелъ такую же картину древесидной липомы и здѣсь, но въ этомъ суставѣ уже оказались измѣненія въ хрящахъ. Казеозныя гнѣзда были только въ подсиновиальной ткани, но въ мышцахъ отсутствовали, за то въ наружномъ мышечкѣ было найдено туберкулезное гнѣздо. Случай протекъ довольно гладко въ оперативномъ смыслѣ. Къ сожалѣнію, микроскопическаго изслѣдованія сдѣлано не было.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 20.

## Случай Otterbeck'a.

(Freies Lipom im Kniegelenk. Inaug. Diss. Bonn. 1892. стр. 17).

13-ти-лѣтній ученикъ О. С. изъ Висбадена, упалъ 6 недѣль тому назадъ во время игры на правое колѣно. Призванный врачъ констатировалъ ссадину, соответствующую правой patellae, и опухоль области праваго колѣна, которая прошла послѣ покойнаго положенія въ постели. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи сустава, было обнаружено въ немъ маленькое, подвижное, суставное тѣло, которое лежало передъ внутреннимъ мышечкомъ бедра и которое врачъ принялъ за отдѣлившійся отъ хряща кусочекъ во время полученной нѣсколько дней тому назадъ травмы.

9 ноября 1891. Хорошо развитый мальчикъ, съ большимъ жировымъ слоемъ, такъ же свободно производитъ движенія своимъ правымъ колѣннымъ, какъ и лѣвымъ. Чувствительности къ давленію на ея обычномъ мѣстѣ между condyl. femor. и condyl. tibiae нѣтъ. Съ внутренней стороны передъ condyl. internus прощупывается небольшое (съ миндалину) подвижное, эластичное суставное тѣло, движенія котораго причиняютъ небольшую боль. Со дня своего появленія оно ни

когда не уходило въ суставъ и всегда прощупывалось передъ *condyl. internus*. Надъ *patellae* небольшой красноватый рубецъ, величиною съ ноготь мизинца.

10 ноября. Послѣ туалета и наложенія Эмарховскаго бинта, продольный разръзъ въ 5 сент. надъ фиксированною ассистентомъ опухолью. Послѣ вскрытія суставной капсулы, свободную опухоль сейчасъ же удалено взять на элеваторъ. Оказалась плотная липома 3 сент. длиною и 2-хъ шириною.

Рана наглухо зашита нѣсколькими швами. Неподвижная повязка въ вытннутомъ положеніи.

Возвышенное положеніе правой нижней конечности. Температура нормальна.

16 ноября. Первая перевязка. *Prima intentio*. Швы сняты. Легкая неподвижная повязка.

24 ноября. Рана зарубцевалась.

26 ноября. Больной встаетъ.

29 ноября. Отпущенъ домой. Колѣнный суставъ вполне нормаленъ.

Авторъ полагаетъ, что здѣсь произошла атрофія ножки и тогда липома стала свободною въ суставной полости.

## ИСТОРІЯ БОЛѢЗНИ № 21.

### I случай Riedel'a.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. Bd. X).

1) Г-жа М. В. 34 л., поступила 13 октября 1876 г.

Здоровая, сильная женщина,  $\frac{3}{4}$  года тому назадъ, неся какую-то тяжесть, остушилась правой ногой такъ, что колѣно, согнутое подъ прямымъ угломъ, подвернулось внутрь и почти коснулось земли; оно сильно распухло, появились боли. Продолжительное леченіе компрессами, затѣмъ неподвижная повязка не ослабили болей и при каждой попыткѣ къ движенію появлялась опухоль. Колѣно съ обѣихъ сторонъ *Lig. patellae* сильно опухши, верхній Recessus свободенъ, разгибаніе колѣна, хотя и болѣзненно, но возможно. По направленію къ средней линіи отъ *Lig. patellae* ощущается гладкое, величиною съ бобъ твердое тѣло, которое съ хрустомъ можно было

сдвинуть подъ *Lig. patellae*, а иногда оно также соскальзывало подъ нижній край *patellae*.

При ослабленіи всегда болѣзненнаго давленія, это суставное тѣло возвращалось въ свое первоначальное мѣсто.

Данныя ощущенія сдѣлали вѣроятнымъ діагнозъ травмы съ отрывомъ куска хряща или кости.

27 октября былъ сдѣланъ разръзъ по внутреннему краю *Lig. patellae*. Сейчасъ же обнаружился твердый жировой комокъ, величиною съ грецкій орѣхъ. Посредствомъ ножки въ  $\frac{3}{4}$  сент. толщиною, онъ прикрѣплялся къ лежащимъ съ наружной стороны *Lig. patellae* жировымъ массамъ и, перегнувшись подъ связкою, выходилъ на внутреннюю ея сторону.

Излеченіе *per primam*, безъ повышенія температуры, такъ что пациентка, конечно, еще немного хромая, могла быть выписана 26 ноября. Изъ письма ея, полученнаго лѣтомъ 1897 г., видно, что она совершенно избавилась отъ страданій.

## ИСТОРІЯ БОЛѢЗНИ № 22.

### II случай Riedel'a.

(Ibidem).

2) М. К. 22-лѣтняя, здоровая дѣвушка, поступила 11 мая 1877 г. въ Геттингенскую клинику. Она ощущаетъ въ продолженіе 13 недѣль, безъ всякаго повода, при каждомъ шагѣ боль въ лѣвомъ колѣнѣ, безъ того, чтобы замѣтить какую-либо опухоль сустава. Объективно—нѣтъ никакого слѣда жидкости въ свободно подвижномъ суставѣ, но за то къ наружи отъ сухожилія *M. recti* ощущается повидимому, плоское тѣло, величиною съ грецкій орѣхъ, довольно твердой консистенціи, которое можно двигать туда и сюда около мышелка, при чемъ получается ощущеніе какъ бы отъ соскальзыванія сухожилія на твердой подстилкѣ.

При вскрытіи сустава нашли величиною больше, чѣмъ съ грецкій орѣхъ, твердую липому, исходящую изъ массы жировой ткани, которая отдѣляетъ верхній заворотъ отъ бедренной кости. Задняя сѣтка заворота выдавалась впередъ въ полость сустава и должна была быть удалена. Отъ опухоли шелъ твердый отростокъ вверхъ между волокнами *quadricepsitis*; онъ былъ удаленъ лишь съ большимъ трудомъ.

Дальнѣйшее теченіе вполнѣ благопріятно. Полное заживленіе на 12-й день. Боли прошли совершенно, и уже черезъ нѣсколько недѣль больная проходитъ большія разстоянія безъ всякихъ послѣдствій.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 23.

### III случай Riedel'я.

(Arch. f. kl. Chir. 41. 1891).

17 лѣтній мальчикъ, принятый 29 апрѣля 1888 г. страдаетъ въ продолженіе 4 лѣтъ медленно образовывавшимся утолщеніемъ лѣваго колѣннаго сустава и болями въ немъ, которыя появлялись сильнѣе всего при вставаніи утромъ и послѣ долговременнаго сидѣнія. Подвижность колѣна постепенно уменьшалась, хотя при поступленіи онъ могъ почти безболѣзненно согнуть его до прямого угла и совершенно выпрямить. ¼ года тому назадъ образовалась у него на боковой сторонѣ колѣна опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ; она вскрылась и изъ нея вышелъ сѣро-бѣловатый гной послѣ нея осталась язва, величиною въ марковую монету. 6 недѣль тому назадъ образовалась такая же язва, нѣсколько выше, на бедрѣ. При осмотрѣ немного блѣднаго и слабого мальчика, мать котораго по его показанію давно уже страдала болѣзнями легкихъ, а отецъ былъ совершенно здоровъ, легкія, почки и т. д. оказались нормальными. Лѣвый колѣнный суставъ сильно опухъ, флюктуируетъ и растянутъ; все это заставляетъ удивляться его подвижности; безъ хруста и безъ особенныхъ неправильностей пациентъ безболѣзненно двигалъ ногой, прошелъ по комнатамъ, не особенно хромая, почти плавно. Если бы ни несомнѣнное присутствіе туберкулезныхъ ранъ вблизи колѣннаго сустава и выше на бедрѣ, то пришлось бы остановиться на діагнозѣ простой водянки колѣннаго сустава, тѣмъ болѣе, что найденная потомъ ворсинчатая образованія черезъ растянутую вынотомъ капсулу прощупать не удалось. Но у него были туберкулезныя язвы; въ срединѣ нижней находилось устье фистулы.

хотя при нажатіи на суставъ изъ нея не показывалось ни капли жидкости.

12 мая 1888 г. были выскоблены язвы и фистула. Такъ какъ микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ массъ ясно указало на туберкулезъ, то суставъ былъ вскрытъ поперечнымъ разрѣзомъ; тотчасъ вытекло огромное количество желтоватой серозной жидкости, а вслѣдъ затѣмъ выступила на 1 дюймъ изъ разрѣза цѣлая масса желтоватыхъ ворсинокъ. Имъ былъ выложенъ весь суставъ, какъ спереди, такъ и сзади. Большинство изъ нихъ были крѣпкія, безформенныя, развѣтвляющіяся образованія, состоявшія изъ жировой ткани, другія—красивой формы изъ волокнистой соединительной ткани; первая своей формой походила на пальцы или на пѣтушій гребень. Суставные концы костей были нетронуты, хрящи гладки и блестящи; на противолежащей язве части суставной капсулы ничего ненормальнаго не найдено.

Микроскопическое изслѣдованіе плотныхъ ворсинокъ дало картину *Lipomatis arborescentis* и даже самыя тонкія изъ нихъ содержали жиръ въ окружности многихъ сосудовъ. Вся синовиальная оболочка была тщательно изслѣдована на туберкулезъ, но всюду находились лишь гигантскія кѣтки, туберкулезныхъ же бугорковъ нигдѣ не было.

Теченіе же этого случая напоминало теченіе резекціи предпринятой по случаю тяжелаго туберкулеза: почти безъ реакціи, быстрое заживленіе ранъ въ глубинѣ, затѣмъ распадъ поверхностныхъ боковыхъ рубцовъ, которые въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ представляли все одинъ и тотъ же видъ. Въ то время, когда при второй перевязкѣ (25 іюля) была опредѣлена прочная консолидація соединенія костныхъ концовъ, заживленіе боковыхъ рубцовъ затянулось до октября 1888 г., такъ что пациентъ могъ уйти съ крѣпкою, зажившею ногою лишь 25 ноября.

Въ 1889 г. на родинѣ появилась у него опять язва на оперированной ногѣ. Это побудило его врача сдѣлать выскабливаніе ранки и сообщить мнѣ письменно, что онъ нашелъ туберкулезъ; было ли это констатировано при помощи микроскопа—я не знаю.

15 марта 1890 пациентъ вновь поступилъ въ клинику съ язвою величиною въ марку въ боковомъ рубцѣ. Она была

удалена и потеря вещества была замѣнена лоскутомъ съ плеча, который отчасти прижился, несмотря на то, что быть безъ ножки (совѣсьмъ отдѣленъ), такъ что 3 апрѣля 1890 г. больной могъ продолжать леченіе амбулаторно. Исслѣдованіе язвы туберкулеза не обнаружило.

## ИСТОРИЯ БОЛЬЗНИ № 24.

### IV случай Riedel'я.

(Arch. f. klin. Chirurg. 41. 1891).

20-лѣтній мужчина жалуется, что три года тому назадъ у него появилась все болѣе и болѣе усиливающаяся неловкость въ лѣвомъ плечевомъ суставѣ. За это время произошла небольшая атрофія дельтовидной мышцы; подвижность плечевого сустава пострадала очень незначительно и въ большинствѣ случаевъ въ суставѣ можно было ощущать мягкую крепитацию. Больного долго лечили выжидательнымъ способомъ, такъ какъ нельзя было поставить вѣрнаго діагноза, ввиду того, что тутъ не было картины обыкновеннаго туберкулеза, но такъ же мало можно было и думать объ обезображивающемъ артритѣ.

Такъ какъ пациентъ принадлежалъ къ классу ремесленниковъ и, такъ какъ боли мѣшали ему работать, то онъ усиленно просилъ сдѣлать ему операцию, на которую я согласился лишь послѣ долгихъ колебаній.

При вскрытіи сустава, произведеннаго 6 августа 1886 г., въ разрывѣ показались съ небольшимъ количествомъ синовиальной жидкости красноватая, ворсинчатая масса. Оказалось, что вся полость покрыта чрезвычайно тонкими, но въ 3—4 сент. длиною ворсинками, которая многократно вѣтвясъ, кончались тонкими нитями. Суставной хрящъ былъ извѣденъ по своимъ краямъ, а въ одномъ мѣстѣ была болѣе глубокая узурра, захватывавшая кость. Головка плечевой кости была отпилена непосредственно подъ буграми; заживленіе послѣдовало первымъ натяженіемъ. Самыя тщательныя изслѣдованія удаленной синовиальной оболочки не показали никакихъ слѣдовъ туберкулеза и, такъ какъ я уже много разъ оперировалъ подобные же суставы съ разрощеніемъ ворсинъ,

когда все дѣло заключалось въ простой, хронической водянкѣ, то я и въ этомъ случаѣ предположилъ, что мы имѣли передъ собою хроническую водянку сустава, но извѣденность хряща заставляла задумываться.

И дѣйствительно, почти черезъ годъ пациентъ явился опять съ ясно выраженнымъ туберкулезомъ въ оперированномъ суставѣ. Рубецъ былъ разрушенъ и свищевой ходъ велъ въ старую суставную полость, высланную туберкулезными грануляціями, которыя были удалены только съ большимъ трудомъ.

Только теперь я распилилъ удаленную во время первой операциіи головку плечевой кости и нашелъ въ ея серединѣ совершенно изолированное гнѣздо плотной соединительной ткани, имѣвшее въ поперечникѣ  $\frac{3}{4}$  сентим. и которое Dr. Müller призналъ за излеченное туберкулезное ядро. И дѣйствительно, теченіе этого случая оправдало это предположеніе.

### V случай Riedel'я.

(Ibidem).

Я имѣлъ случай оперировать еще одинъ разъ fibroma arboreus въ локтевомъ сочлененіи 17-лѣтн. дѣвушки, съ рѣзко выраженными туберкулезными железами на шеѣ. Микроскопъ въ этомъ случаѣ туберкулеза не обнаружилъ.

## ИСТОРИЯ БОЛЬЗНИ № 25.

### I Случай Schmolck'a.

(Deutsche Zeitschrift. f. chirurgie. Bd. 23. Seit. 276).

23 лѣтній кандидатъ теологій Карль Ренцъ, былъ принять 30 октября 1884 г. въ клинику. Родители его живы и здоровы. Въ семьѣ не помнятъ ни одного случая туберкулеза. У самого пациента не наблюдалось никакихъ признаковъ золотухи. До 1872 г. онъ былъ совершенно здоровъ, за исключеніемъ легкой кори, перенесенной имъ въ 7 лѣтнемъ возрастѣ и прошедшей въ 3 дня безъ всякихъ осложненій.

Въ 1872 г., т. е. 12 лѣтъ до пріема его въ хирургическую клинику, гдѣ ему была произведена операція, пациентъ почувствовалъ настолько сильныя боли въ правомъ колѣнѣ что совершенно лишился возможности ходить. За 2—3 мѣсяца до этого пациентъ сильно простудилъ ногу, провалившись сквозь ледь, при чемъ, вѣроятно, получилъ и порядочный ушибъ. Область праваго колѣннаго сустава была опухши. Послѣ 8 дневнаго покоя и смазыванія одностой настоеккой опухоль опала и пациентъ, носившій еще нѣкоторое время давящую повязку, могъ ходить. Лихорадки во время болѣзни не было; не были затронуты и другіе суставы. Между тѣмъ съ этого времени у пациента частенько появлялась боль въ поврежденномъ колѣнѣ. Еще, когда онъ учился, у него раза 2—3 неожиданно, какъ и въ первый разъ, опухало правое колѣно почти на недѣлю и давало тогда себя знать сильною болью. Послѣ втораго припадка суставъ уже не возвращался къ своему первоначальному объему, а оставался нѣсколько опухшимъ, въ особенности съ внутренней стороны. Съ этого времени у больного появлялись изрѣдка скоропроходящія боли. Пациентъ уже не могъ вполнѣ выпрямить колѣна, но все же стѣсненіе въ движеніяхъ было настолько незначительно, что онъ могъ заниматься гимнастическими упражненіями.

Въ 1880 г., будучи студентомъ, пациентъ лечился въ поликлиникѣ отъ такихъ же припадковъ внезапной боли. Былъ поставленъ діагнозъ: хроническій *hydrops genus* и предписанъ эластическій бинтъ.

Въ 1883 г. пациентъ почувствовалъ острия боли въ правомъ колѣнѣ послѣ усиленныхъ тѣлесныхъ напряженій при гимнастикѣ и прыжкахъ. Ему были предписаны ледяные компрессы и 8 дней онъ носилъ повязку изъ жидкаго стекла.

При пріемѣ въ клинику пациентъ, не отдававшій себѣ отчета о величинѣ измѣненій, происшедшихъ въ его колѣнномъ суставѣ, жаловался на наступившее въ послѣдніе 8 дней ухудшеніе и умѣренную боль.

Пациентъ сильный и хорошо упитанный человѣкъ. Легкія и сердце вполнѣ нормальны, такъ же, какъ и другіе внутренніе органы.

Правая колѣнная область довольно сильно припухла; въ

особенности *bursa quadriceps* сильно выпячена съ внутренней стороны. *Patella* кажется нѣсколько приподнятой, подвижность ея не ощущается даже тогда, когда надавливаніемъ на *bursa* увеличивается напряженіе содержимаго сустава. Тѣмъ не менѣе въ *bursa quadriceps* и съ обѣихъ сторонъ *patellae* можно, хотя и не ясно, опухать флуктуацію; твердаго тѣла, которое походило бы на суставную мышцу, не нащупывается, но прощупываются какія-то тѣстоватая массы и ошибочно онѣ принимаются за распространенное утолщеніе капсулы. Въ виду этого ставится діагнозъ обыкновеннаго фунгознаго воспаления колѣннаго сустава съ умѣреннымъ выпотомъ. 1 ноября 1884 г. вскрывается большимъ разрѣзомъ правый колѣнный суставъ съ внутренней стороны у самой *patella*. Жидкости не появилось, напротивъ того въ разрѣзъ выпало большое число характерныхъ темнокрасныхъ ворсинчатыхъ образований, отличавшихся своею необыкновенной величиной, достигавшею размѣровъ фаланги большого пальца. Большая группа ихъ, сидѣвшая на передней поверхности бедра, т. е. на задней стѣнкѣ *bursa extensorum* (смотри рисунки №№ 5, 6, 7), вытянутой ими въ большую складку, удаляется вмѣстѣ съ синовиальной оболочкой, къ которой она прикрѣплена; при этомъ появляется необыкновенно сильное кровотеченіе, которое остановлено многими лигатурами на сосуды и придавливаніемъ губками. Очевидно, неимовѣрно разросшаяся синовиальная оболочка была необычайно сосудиста. Кромѣ этой группы найдено еще три группы большихъ размѣровъ, такого же, только болѣе узловатаго, полилообразнаго строенія; онѣ удалены тоже съ большими кровопотерями черезъ разрѣзъ, сдѣланный съ наружной стороны сустава, какъ *contrapertura*. Двѣ изъ этихъ опухолей изображены на рисункахъ (№№ 6 и 7).

Поставлено три толстыхъ дренажа, два въ суставъ и одинъ въ *bursa extensorum*.

Суставъ хорошо промытъ 1% растворомъ сулемы. Наложены швы и Листеровская повязка, послѣдняя очень туго для того, чтобы остановить значительное кровотеченіе. Температура вечеромъ 36,8. Самочувствіе хорошее.

2 ноября 37,8; пациентъ жалуется на боль преимущественно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ уложены дренажи. Въ виду этого на-

значена перевязка, оказалось, что воспалительной реакции вокруг раны нѣтъ. Новая повязка наложена слабѣе и боли прекратились.

Отъ 3 до 5 ноября температура нормальна, самочувствіе прекрасное.

6 ноября перевязка. Реакціи вокруг раны нѣтъ, изъ сустава ничего не отдѣляется, можно было замѣтить только нѣсколько сгустковъ крови. Всѣ 3 дренажа удалены.

7—13 ноября продолжается безлихорадочное и безболѣзненное теченіе.

14 ноября перевязка. Рана зажила, только въ мѣстахъ дренажей еще небольшія, гранулирующія поверхности. Швы сняты.

18 ноября рана вполне зарубцевалась.

21 ноября накладывается съемная повязка изъ жидкаго стекла.

16 декабря колѣно безболѣзненно, но мало подвижно. Пациентъ выписывается съ наставленіемъ настойчиво упражнять суставъ.

6 января 1885 г. Пациентъ пришелъ показаться. Онъ можетъ активно сгибать ногу до 120°. Подвижность постоянно увеличивается. Онъ ходитъ не хромя и проходитъ большія пространства.

Необыкновенная величина и разнообразіе формъ, разросшихся въ липому суставныхъ ворсинокъ и способъ ихъ прикрѣпленія на также сильно ожирѣвшей синовиальной оболочкѣ, виденъ изъ приложенныхъ рисунковъ №№ 5, 6, 7. Фиг. 5 представляетъ массы, удаленныя съ внутренней стороны сустава, а фиг. 6 и 7 изображаютъ образованія, экстирпованныя изъ наружной его части. На первомъ показанъ кусокъ синовиальной оболочки, величиною болѣе монеты въ 5 марокъ, на которой виситъ значительное число ворсиноподобныхъ образованій. Наименьшія изъ нихъ, до  $\frac{1}{2}$  сент. длиною, совершенно напоминаютъ гипертрофированныя суставныя ворсинки, мягкой, бархатистой консистенціи, окрашенныя въ чисто красный или слегка желто-красный цвѣтъ. Большія ворсины имѣютъ форму булавы, груши или же просто притупленнаго цилиндра, окрашены вообще въ болѣе желтый цвѣтъ, сидятъ на длинныхъ ножкахъ и достигаютъ

4 и даже 5 сент. длины. По виду онѣ совершенно сходны съ липомами и имѣютъ ихъ консистенцію, а въ общемъ чрезвычайно напоминаютъ сильно развитыя *apendices epiploicae* толстыхъ кишекъ у ожирѣвшихъ субъектовъ.

При ближайшемъ разсмотрѣніи каждой ворсинки въ отдѣльности, замѣчается еще нѣкоторая неправильность въ окраскѣ ея поверхности, которая вызываетъ подозрѣніе, что въ данномъ случаѣ быть можетъ имѣется одновременно еще и свѣжій туберкулезъ синовиальной оболочки, которая при поверхностномъ наблюденіи кажется еще гладкой и блестящей.

На ворсинкахъ средней величины видны, въ особенности близъ ихъ основаній маленькіе неясно выраженные жемчужно-сѣрые или желто-сѣрые узелки, которые кое-гдѣ выступаютъ надъ общей поверхностью. Въ лупу видно, какъ красивая съѣтъ, покрывающая всю поверхность ворсины, прерывается въ мѣстахъ этихъ сѣро-желтыхъ узелковъ.

Послѣ того, какъ препаратъ пролежалъ сутки, туберкулы на немъ выступили гораздо явнѣе и несомнѣннѣе; почти на каждой ворсинѣ безъ труда ихъ можно найти большія количества; величиною они до просяного зерна. На синовиальной оболочкѣ, удаленной вмѣстѣ съ главной массой ворсинъ, на которой въ свѣжемъ ея состояніи нельзя было замѣтить никакой miliarной сыпи, теперь тоже видно большое число прозрачныхъ желтыхъ субмиллярныхъ узелковъ, расположенныхъ мѣстами очень густо. Кромѣ того теперь видно на главной опухоли два твердоватыхъ, желтоватыхъ и уже непрозрачныхъ инфильтрата величиною въ конопляное зерно, которые немного выступаютъ надъ синовиальной оболочкой и состоятъ, какъ видно черезъ лупу, изъ большого числа туберкулезныхъ узелковъ минимальной величины. Такіе же, только нѣсколько меньшіе туберкулезные очаги похожіе на солитарные бугорки, можно найти, хотя и въ небольшомъ числѣ, даже на самыхъ маленькихъ ворсинкахъ. Они находятся здѣсь, въ особенности на свободномъ концѣ ворсины, въ видѣ не рѣзко ограниченныхъ, непрозрачныхъ, желтоватыхъ образованій, величиною въ булавочную головку. Разрѣзъ маленькихъ ворсинчатыхъ образованій представляется красноватымъ съ большимъ числомъ сосудовъ.

Большія же, напротив, кажутся состоящими из желтоватой плотной жировой ткани и соединительных волокон. Подъ микроскопомъ строение маленькихъ ворсинокъ оказывается состоящимъ изъ очень нѣжной соединительно-тканной стромы, съ весьма слабо выраженнымъ волокнистымъ строениемъ и разбросанными кругловатыми (лимфоидными), веретенообразными и звѣздчатыми клѣтками. Строма пронизана очень большимъ числомъ тончайшихъ, отчасти толсто-стѣнныхъ кровяныхъ сосудовъ, которые по большей части идутъ параллельно продольной оси ворсинки и многократно развѣтвляются. Венозныхъ сосудовъ меньше и расположены они главнымъ образомъ непосредственно подъ серозною оболочкою, покрывающею опухоль. Эта послѣдняя сама по себѣ покрыта еще, во многихъ мѣстахъ, ясно видимымъ эндотелиемъ. Жировая ткань въ маленькихъ ворсинкахъ встрѣчается въ очень незначительномъ количествѣ и составляетъ главную массу большихъ, придавая имъ видъ совершеннѣйшей липомы.

Что касается до miliarной сыпи, возникновеніе которой, по ея свѣжести и незначительной величинѣ, такъ же, какъ и клиническому теченію, нужно отнести къ самому послѣднему времени, какъ присоединившуюся вторично къ существовавшему уже много лѣтъ суставному страданію, то она вся расположена въ серозной оболочкѣ или же непосредственно подъ нею и представляется на окрашенныхъ препаратахъ въ видѣ самыхъ молодыхъ и мелкихъ образований, какія только могутъ быть замѣчены невооруженнымъ глазомъ.

Подъ микроскопомъ она представляется тѣснымъ скоплениемъ равномѣрной величины лимфоидныхъ круглыхъ клѣтокъ, всегда находящихся въ тѣсной связи съ кровеносными сосудами, которые или проходятъ центрально черезъ узелокъ, или же самъ узелокъ располагается непосредственно около сосуда или прилежитъ къ нему, какъ пуговица, или же частью его обволакивая.

Особенно хорошо замѣтно различіе между клѣтками эндотелия кровеноснаго сосуда и болѣе мелкими грануляціонными элементами бугорка на продольныхъ разрѣзахъ кровеносныхъ сосудовъ и окружающихъ ихъ туберкуловъ. Только въ большихъ узелкахъ, представляющихся въ видѣ ско-

плений клѣтокъ по большей части продолговато-круглой, а кое гдѣ и просто неправильной формы, можно найти большія эпителиоидныя клѣтки и здѣсь же, хотя и не въ большомъ числѣ, но несомнѣнно туберкулезныя bacillus. Въ маленькихъ и молодыхъ туберкулезныхъ бугоркахъ многоядерныхъ гигантскихъ клѣтокъ нѣтъ. Напротивъ того въ разрѣзѣ, сдѣланномъ черезъ вышеупомянутые, большіе бугорки синовиальной оболочки, находится необычайное, поражающее число гигантскихъ клѣтокъ. Маленькихъ, круглыхъ клѣтокъ здѣсь весьма мало. Узелокъ состоитъ главнымъ образомъ изъ эпителиоидныхъ и большихъ, по большей части многоядерныхъ, гигантскихъ клѣтокъ разнообразныхъ и удивительныхъ формъ.

При меньшемъ увеличеніи весь узелокъ представляется состоящимъ изъ цѣлага ряда различной величины мелкихъ узелковъ или непосредственно соприкасающихся другъ съ другомъ, или раздѣленныхъ между собою узкими волокнистыми тяжами. Весь узелъ почти всюду отдѣленъ отъ здоровой синовиальной оболочки нѣкотораго рода капсулою, состоящей изъ волокнистой, многоядерной ткани, въ которой тоже имѣются маленькіе узелки, подобные вышеописаннымъ.

Вниманія заслуживаютъ еще своеобразныя скопленія бурога пигмента, которыя разбросанными, ржавокоричневыми пятнами располагаются преимущественно въ периферическихъ частяхъ большихъ бугорковъ, въ центральныхъ же частяхъ и въ синовиальной оболочкѣ пигментъ появляется очень рѣдко; происхождение его слѣдуетъ во всякомъ случаѣ приписать бывшимъ кровоизлияніямъ. При большомъ увеличеніи эти пятна пигмента состоятъ изъ угловатыхъ или кругловатыхъ зеренъ различной величины лежащихъ по большей части свободно въ ткани и только рѣдко внутри клѣтокъ.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 26.

### II случай Schmolck'a.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie Bd. 23. стр. 280.)

Сельскій хозяинъ Шеферъ, 52 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи, въ которой туберкулезныхъ больныхъ не

встрѣчалось; онъ высокій, крѣпко-сложенный человекъ, внутренние органы повидимому совершенно здоровы; страдаетъ въ теченіе 5 лѣтъ хроническимъ, воспалительнымъ процессомъ въ правомъ коленномъ суставѣ. Больнѣе началась щелканіемъ и болью, усиливавшимися въ особенности при долгомъ стояніи и большомъ напряженіи. Колено опухало очень медленно, жалобы больного увеличивались постепенно. Втиранія, пластыри и леченіе холодною водою не давали никакого результата.

Четыре недѣли тому назадъ патологическій процессъ въ коленномъ суставѣ значительно ухудшился вслѣдствіе простуды. Пациентъ ходитъ съ трудомъ, хромя и опираясь на палку.

При пріемѣ больного 2-го сентября 1885 г. правый коленный суставъ его оказался сильно опухшимъ, вслѣдствіе большого выпота, растянушаго въ особенности bursa extensorum, выдававшуюся надъ patella на ширину ладони. Суставъ былъ горячъ на ощупь и немного согнутъ.

При ощупываніи сустава, капсула оказалась сильно утолщенной, сквозь жидкость прощупывались въ нѣкоторыхъ мѣстахъ суставной полости, частью мягкія, вялыя, частью твердоватія и даже твердыя какъ кость, образованія, величиною въ марковую монету.

Температура по вечерамъ немного повышалась (38,5°).

Вѣроятный діагнозъ, на основаніи уже бывшихъ случаевъ, былъ поставленъ такой: *hydrops tuberculosus* и, специально, начальная форма туберкулеза давно уже большаго сустава.

3 сентября суставъ вскрытъ двумя продольными большими (7—8 сент. длины) разрѣзами, сдѣланными по обѣ стороны patella.

По выпускѣ большого количества прозрачной синовиальной жидкости и расширеніи раны тупыми крючками, въ ней показались темно-красныя вздутыя складки синовиальной оболочки, покрытыя сотнями, кроваво-красныхъ, величиною съ огуречное сѣмя, ворсинокъ. Ножомъ и ножницами онѣ удаляются вмѣстѣ съ большими сросшимися съ ними кусками синовиальной оболочки, на сколько это позволяетъ величина отверстія въ суставъ, при чемъ части сумочныхъ связокъ, лежація подъ сильно вздутымъ синовиальнымъ покровомъ,

оказываются сильно фиброзно утолщенными. Кровоизліаніе въ началѣ очень обильное, прекращается, однако послѣ продолжительнаго промыванія холодными антисептическими жидкостями, такъ что рана можетъ быть зашита и въ нее вложено всего два толстыхъ дренажа.

Слѣдуетъ замѣтить, что суставной хрящъ, насколько его можно было видѣть и опупать, былъ совершенно здоровъ.

При подробномъ изслѣдованіи удаленныхъ ворсинъ и синовиальныхъ массъ, ясно обнаружился туберкулезъ синовиальной оболочки очень недавняго происхожденія. Подъ и въ самомъ серозномъ покровѣ гипертрофированныхъ суставныхъ ворсинокъ, состоявшихъ почти исключительно изъ жировой ткани и переполненныхъ кровью, видны были даже простымъ глазомъ всюду разбросанные маленькіе субмилиарные бугорки, которые нужно было признать туберкулами, именно здѣсь впервые появившимися и находящимися въ начальной стадіи жирового и казеознаго перерожденія.

Подъ микроскопомъ они оказались несомнѣнно туберкулами, что можно было доказать нахожденіемъ бациллъ. Старыхъ, вполне казеозноперерожденныхъ узелковъ не найдено, а потому слѣдуетъ заключить, что здѣсь имѣется свѣжая, вторичная инфекция пять лѣтъ тому назадъ заболѣващаго сустава.

Больнѣе протекла безъ всякихъ осложненій, такъ что пациентъ могъ быть выписанъ уже послѣ 3 недѣль (25 сент.), несмотря на чрезвычайно большую тяжесть наложенной гипсовой повязки.

Показался пациентъ опять въ началѣ октября; опухоль коленного сустава сильно опала, хотя оно все еще значительно толще другого; выпота въ немъ нѣтъ. Срошенія суставныхъ поверхностей также не произошло, такъ какъ пассивныя движенія удаются вполне гладко, хотя и не въ большихъ предѣлахъ. Не смотря на это, изъ предосторожности пациенту рекомендуется употребленіе шиннаго аппарата и даже первое время въ выпрямленномъ положеніи.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 27.

## Случай Simon'a.

(Langenbeck's Arch. VI. стр. 573).

46-лѣтній мужчина въ теченіе полугода чувствовалъ боль въ правомъ колѣнѣ, которое было нѣсколько опухши. Иногда при ходьбѣ у него внезапно появлялись сильныя боли въ суставѣ. Исслѣдованіе обнаружило мало-подвижную опухоль, величиною въ надколѣнную чашку, которая была принята за большое суставное тѣло, выпячивавшееся, при сгибаніи колѣна, изъ-подъ внутренней стороны надколѣнника. Сообразно съ этимъ былъ сдѣланъ разрѣзъ, но экстирпация опухоли была затруднена, такъ какъ она, очень широкой ножкой была прикрѣплена, какъ разъ съ противоположной стороны. Успѣхъ операціи былъ полный, подвижность колѣннаго сустава вполнѣ восстановлена.

Микроскопическое исслѣдованіе показало, что вся опухоль покрыта слоемъ нѣжнаго, плоскаго эпителия, составляющаго продолженіе эпителия синовиальной оболочки. Опухоль состояла преимущественно изъ волокнистой соединительной ткани, продолговатыя ядра которой легко можно было распознать, вокругъ же нихъ замѣчалось жировое перерожденіе. Авторъ предполагаетъ здѣсь саркоматозъ гипертрофированной ворсинки.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 28.

## Случай Соколова.

(Вѣстникъ Хирургіи 1893 г.).

В. Р. 25 лѣтъ, жена провизора, поступила въ хирургическое отдѣленіе Клиническаго Института 1891 г. съ жалобами на боли въ правомъ колѣнѣ.

Изъ разспросовъ оказалось слѣдующее. До 1889 г. больная чувствовала себя здоровой. Въ февралѣ 1889 г., на 8 мѣ-

сяцѣ беременности, больная замѣтила опухоль праваго колѣна. Опухоль появилась безъ видимой причины и сопровождалась болью, что особенно чувствовалось при движеніяхъ въ суставѣ, которыя оказались немного ограниченными. Больная считала это явленіе за результатъ простуды, такъ какъ наканунѣ сильно прозябла и потому не обратила особеннаго вниманія на свою болѣзнь, тѣмъ болѣе, что послѣ родовъ, наступившихъ 15 апрѣля, опухоль колѣна уменьшилась, а боли исчезли. Боясь, чтобы опухоль, которая не исчезала вполнѣ, не повела бы за собой опять болей, больная обратилась къ врачу, назначившему мазь съ іодистымъ калиемъ, массажъ и согрѣвающіе компрессы. Въ общемъ больная чувствовала себя недурно, могла ходить и, занимаясь хозяйствомъ, не испытывала какихъ-либо затрудненій въ правомъ колѣнѣ. Такъ шло дѣло до апрѣля 1890 г., т. е. съ небольшимъ годъ, когда съ началомъ второй беременности больная опять замѣтила, что опухоль стала снова увеличиваться, а вся конечность замѣтно устала при ходьбѣ. Больная продолжала ходить, употребляя лишь обвиваніе конечности бинтомъ, что до нѣкоторой степени облегчало ее. Но къ концу второй беременности, т. е. къ декабрю 1890 года опухоль замѣтно увеличилась, снова появились боли въ суставѣ, подвижность котораго замѣтно пострадала, т. е. сгибать больная могла только до прямого угла. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ больной была наложена гипсовая повязка, черезъ окна которой прикладывались мушки, а внутрь давался іодистый калий. Послѣ удаленія гипсовой повязки, опухоль замѣтно опала, а боль ослабла, т. е. больная стала ходить, пользуясь ваннами изъ морской соли, смазываніемъ сустава іодомъ и бинтованіемъ. Лѣто 1891 г. больная провела въ Друскеникахъ, гдѣ приняла 20 ваннъ и ей снова была наложена гипсовая, но уже съемная повязка. За лѣто опухоль колѣна снова уменьшилась и больная замѣтно оправилась. Но уже въ сентябрѣ опухоль снова увеличилась, появились снова боли, затрудненіе при движеніяхъ и усталость при ходьбѣ. Съ такими явленіями больная и обратилась въ Институтъ. По словамъ больной, съ 1889 г. она по-тѣетъ по ночамъ и иногда кашляетъ, видѣлая немного мокроты. Родственники больной здоровы.

St. pr. Большая довольно слабо-сложенная, малокровная женщина, съ правильно развитымъ костнымъ скелетомъ. Подкожно-жирный слой развитъ умеренно. Опухшихъ лимфатическихъ желѣзъ ощупать нигдѣ нельзя.

Правая нижняя конечность замѣтно атрофирована. Контуры коленной сустава сглажены; при измѣреніи, укороченіе правой конечности справа на 2 сантиметра (80 см. справа; 82—слѣва). Средина бедра справа 40, слѣва 43 см., голень справа 26, слѣва 28 см. Очертанія праваго коленного сустава значительно сглажены, т. е. правое колено выглядит замѣтно полифе лѣваго, но при измѣреніи окружности сустава получается одинаковая цифра 33 какъ для правой, такъ и для лѣвой стороны. Борозды по бокамъ коленной чашки сглажены, сама чашка справа немного шире, чѣмъ слѣва, гдѣ ея поперечникъ равенъ 4 см., тогда какъ справа около 5,5. Верхній заворотъ праваго коленного сустава какъ бы выполненъ. Сумка сустава представляется утолщенной. Давленіе вызываетъ боль, особенно въ ниже-наружной части коленной чашки. Какъ активно, такъ и пассивно суставъ можетъ быть согнутъ только до 140°, разогнуть вполнѣ нормально. Сокращеніе четырехъ - главаго мускула вызываетъ порядочную боль.

30 октяб. подъ наркозомъ суставъ вскрытъ проф. Тилингомъ полукруглымъ, выпуклымъ книзу разрѣзомъ; когда мѣсто прикрѣпленія lig. patellae было отбито долотомъ, то весь лоскутъ завернуть вверхъ. Весь хрящевой покровъ сустава представился вполнѣ нормальнымъ, тогда какъ синовиальная оболочка рыхлой, очень набухшей, утолщенной и мѣстами покрытой ворсинчатыми разраженіями. При разрѣзѣ каплю сустава, не было замѣчено, чтобы появилась жидкость, но за то въ разрѣзъ тотчасъ же выпала масса довольно крупныхъ ворсинъ. Отдѣливъ съ передней стороны и изъ верхняго заворота всю синовиальную оболочку съ подсиновіальнымъ слоемъ, достигавшимъ мѣстами толщины до 1½—2 см., проф. Тилингъ отбилъ отъ бедра прикрѣпленія боковыхъ связокъ, перерѣзалъ крестообразныя связки и удалилъ всю утолщенную синовиальную оболочку съ задней стороны сустава. Обнаженная въ мѣстахъ прикрѣпленія связокъ spongiosa бедра и большого берца выглядѣла вполнѣ

нормальной, а такъ какъ и хрящевой покровъ не только вездѣ хорошо сохранился, но даже не потерялъ своего блеска, то и рѣшено было ограничиться синовиальной артректоміей, почему отбитыя мѣста прикрѣпленія связокъ прибиты вновь гвоздями изъ слоновой кости и тоже зашиты.

Большая хорошо перенесла операцію, жалуются лишь вечеромъ на небольшую болѣзненность въ ранѣ. Повязка пролежала до 12 ноября, когда были удалены дренажи и швы. Рана срослась per primam. Уже 14 ноября больной было позволено вставать на костыляхъ, а 20 ноября было осторожно приступлено къ леченію массажемъ, пассивными движеніями и электричествомъ. Больная скоро привыкла къ указаннымъ ей движеніямъ и помогала сама, стараясь сгибать колено и достигнуть подвижности чашки. Когда больная вышла изъ хирургическаго отдѣленія 20 декабря, то она могла наступать на больную конечность, но подвижность сустава была очень ограничена. Изъ полной экстензии больная могла активно согнуть ногу не болѣе 15°, чему не мало мѣшала почти полная неподвижность patellae, которая была крѣпко фиксирована къ бедру и распатата которую, несмотря на все старанія, почти совсѣмъ не удалось. Больная иногда появлялась въ амбулаторіи. Она не жалуется на боли въ колѣнѣ и продолжаетъ массажъ и гимнастику.

Вырѣзанная утолщенная синовиальная оболочка была положена въ воду. Только теперь можно было видѣть, что вся поверхность оболочки сплошь была покрыта безчисленнымъ количествомъ большихъ или меньшихъ ворсинъ. Только въ водѣ были замѣтны эти мельчайшія ворсинки, которыя легко спадались, будучи выцуты изъ жидкости. Величина ворсинъ колебалась отъ булавочной головки до большой миндалины. Тамъ, гдѣ ворсинки были мелки, оболочка представлялась бархатистой. На большихъ ворсинкахъ также замѣчался цѣлый рядъ меньшихъ ворсинъ, такъ что въ общемъ получалась картина, вполнѣ напоминающая извѣстный рисунокъ v. Volkmann'a изъ музея въ Halle (случай I Müllera). Я уже упоминалъ, что какъ поверхность хрящей, такъ и спонгиозная часть костей въ отбитыхъ долотомъ пластинкахъ представлялись макроскопически вполнѣ нормальными. Вся вырѣзанная утолщенная синовиальная оболочка была обследована,

но въ ней нигдѣ не найдено какихъ-либо узловъ или гнѣздъ. Для микроскопическаго изслѣдованія были вырѣзаны 8—10 кусковъ изъ разныхъ мѣстъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи было найдено слѣдующее. Перпендикулярно къ слою плотной соединительной ткани расположены ворсинчатая образованія, состоящая изъ рыхлой, волокнистой соединительной ткани съ сравнительно небольшимъ числомъ круглыхъ и звѣздчатыхъ клѣтокъ, число которыхъ замѣтно увеличивается по мѣрѣ приближенія къ свободной поверхности ворсинъ, гдѣ онѣ образуютъ непрерывный почти слой клѣтокъ, расположенныхъ въ 1—2 ряда. Всѣ ворсинки пронизаны сосудами въ очень обильномъ количествѣ. Сосуды направляются большею частью по оси ворсинки. Строепіе почти всѣхъ ворсинъ, которыя пришлось имѣть въ полѣ микроскопа, одинаково, варьируясь лишь въ числѣ клѣтокъ, расположеніи сосудовъ и большемъ или меньшемъ количествѣ жировыхъ клѣтокъ, которыя попадались въ основаніи ворсинъ. Несмотря на самое тщательное изслѣдованіе всѣхъ вырѣзанныхъ 8 кусочковъ, я не могъ найти ни гистологическаго характера бугорка, ни бугорчатыхъ бациллъ. Къ сожалѣнію, препаратъ, за исключеніемъ кусочковъ, вырѣзанныхъ раньше, не былъ сохраненъ, и я не могъ обслѣдовать топографически въ видѣ разрывовъ серіями, хотя долженъ прибавить, что въ виду величины препарата такое изслѣдованіе было-бы крайне затруднительнымъ, тѣмъ болѣе, что микроскопически вся вырѣзанная часть выглядѣла довольно однообразной.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 29.

### II Случай Соколова.

(Вѣстникъ Хирургіи 1893 г.)

Н. Н. 37 лѣтъ, поступилъ въ хирургическое отдѣленіе Маріинской больницы въ С.-Петербургѣ 10 мая 1885 г. съ жалобой на опухоль праваго локтевого сочлененія. По разспросамъ оказалась слѣдующее: больной изъ здоровой семьи, но страдаетъ уже давно одышкой и сердцебиеніемъ. Лѣтъ 15

назадъ имѣлъ трипперъ и черезъ 2 года сифились. То и другое прошло, но большой все же лечится около года. Въ 1883 г. перенесъ тифъ. Здоровый за этотъ большой промежутокъ времени, лишь весною 1884 г. замѣтилъ недомогость въ правой рукѣ; такъ какъ больной не ощущалъ какой-либо боли, то онъ продолжалъ работать. Въ началѣ весны 1885 г. у него появились отеки лица, мошонки, рукъ, ногъ, одышка и кашель. Недѣли черезъ 4 всѣ отеки исчезли, но больной замѣтилъ, что у него сталъ цухнуть локоть, при чемъ не только работать, но и вообще двигать рукою въ локтѣ ему сдѣлалось неудобнымъ, такъ какъ движенія замѣтно стали затруднены. При осмотрѣ больного было найдено слѣдующее: худой, блѣдный субъектъ, съ плохо развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Аппетитъ плохъ. Жизнь въздуть, безболѣзненно. Мочи 1200, уд. в. 1021, слабой кислой реакціи, бѣлая и сахара не содержитъ. Легкія въ нормальныхъ границахъ. Кашляетъ, но мокроты не отдѣляетъ. Толчокъ сердца въ 5 межреберья, очень сильный. Границы сердца въ продольномъ направленіи отъ 3—5 ребра. При выслушиваніи рѣзкій шумъ съ первымъ временемъ очень ясный, какъ у толчка, такъ и у аорты. Пульсъ малый, но ровный, 88. Паховыя железы рѣзко увеличены. Правый локоть разогнутъ и представляется рѣзко опухшимъ, хотя рельефъ сустава сохранился до нѣкоторой степени. Всѣ кости сустава легко ощущать, онѣ нигдѣ не утолщены и не болѣзненны при давленіи. Субъективно больной также не жалуется на боли въ суставахъ, но согнуть руку можетъ не болѣе, какъ до прямого угла. Такому сгибанію мѣшаютъ мягкіе выступы, лежащіе на передней сторонѣ нижней части плеча. Эти выступы лежатъ одинъ надъ другимъ, они мягки, уступчивы и ясно зыблются, при чемъ, сдавливая верхній выступъ, можно увеличить размѣръ нижняго выступа и обратно. Нижний выступъ лежитъ какъ разъ въ *place cubiti*, а верхній отдѣленъ ясною перетяжкой и занимаетъ переднюю сторону нижняго конца плеча. Сзади по бокамъ локтевого отростка также замѣчаются два продолговатыхъ выступа. Всѣ эти выступы лишь очень мало болѣзненны. Сдавливая срединный выступъ, лежащій въ области *place cubiti*, можно замѣтить, что вокругъ расположено нѣсколько меньшихъ выступовъ, которые на-

прягаются при сдавлении больших выступов. Кость повсюду подвижна и нигдѣ не срощена. Размѣръ посрединѣ локтевого сгиба справа 32 см. слѣва 22 см. На срединѣ плеча справа 28, слѣва 21 см. Пропунать art. brachiale в локтевомъ сгибѣ не удается.

Предположивъ у больного возможность сифилитическаго пораженія сустава, ему былъ назначенъ цитмановъ декоктъ; когда не получилось никакого эффекта (12 ф. декокта), перешли къ втираніямъ. 20 іюня сдѣлана пробная пункція въ верхній recessus, откуда выпущена густая, желтая, клейкая жидкость, вполнѣ прозрачная и безъ примѣси форменныхъ элементовъ. Проколъ повторенъ 26 іюня, но въ жидкости, которой выпущено около 100 сент., были замѣчены фибриновые клочки. Напряженіе въ выступахъ, уменьшившееся послѣ прокола, скоро оказалось въ прежнемъ размѣрѣ, но, тѣмъ не менѣе, при проколѣ 17 іюля жидкости получено не было. За все лѣто больной продолжалъ сифилитическое леченіе, тѣмъ не менѣе, его состояніе ухудшилось. Движенія въ локтѣ дѣлались ограниченнѣе, опухоль увеличивалась и, кромѣ того, появились боли, которыхъ раньше не было. Покойное положеніе, неподвижная повязка съ подвѣшиваніемъ также остались безъ всякаго результата, почему и рѣшено было вскрыть сочлененіе. 19 октября, при осторожномъ наркозѣ (вслѣдствіе порока сердца), К. К. Рейеръ вскрылъ сочлененіе сзади. Когда разрѣзъ прошелъ кожу, то онъ сразу попалъ въ казеозное гнѣздо, расположенное въ толщѣ п. *axillaris*, отъ ткани котораго почти ничего не осталось, такъ что вся область этой мышцы была занята творожистыми массами. Другія прилежащія мышцы лишь блѣдны, но сохранили свой макроскопическій видъ и блѣдно-красную окраску. Мѣстами между мышцами можно видѣть ворсинки, которыя, какъ оказалось, выходятъ изъ локтевого сочлененія. Топографическія отношенія выражены плохо, такъ какъ межмышечная кльчатка, ворсинки и отчасти перерожденныя блѣдныя мышцы представляли собою ткань или вѣрнѣе, конволютъ ткани, въ которой разобраться было очень трудно. Когда сочлененіе было широко вскрыто, то оказалось, что вся полость сустава была сплошь выполнена безсчетнымъ числомъ ворсинокъ, которыя, переплетаясь между собою, про-

никали во все углы сочлененія, а мѣстами лежали даже въ его полости. Ворсинки выполняли всю полость сустава, суставныя поверхности котораго были разъединены этими ворсинками, такъ что суставъ былъ растянутъ ворсинками и даже распатанъ, сочленовные концы легко вывихивались. Ворсинки, выполняющія полость сустава, очень нѣжны, блѣловато-розоваго цвѣта и не одинаковы какъ по величинѣ, такъ и по формѣ. То они имѣютъ видъ полипа сидящаго на тонкой ножкѣ не болѣе одного милліметра, съ широкимъ булавовиднымъ концомъ, то они сидятъ на болѣе широкомъ основаніи, которое мѣстами доходитъ до 1,5 сантиметра въ ширину, а длина ворсинъ при такомъ основаніи достигаетъ 6—7 сент. Въ общемъ онѣ имѣютъ форму булавъ. Какъ уже сказано, эти ворсинки выполняли всю полость сочлененія и въ нѣсколькихъ мѣстахъ выходили изъ капсулы въ межмышечные промежутки, образуя такимъ образомъ сообщеніе между полостью сустава и окружающими частями. Такимъ образомъ отчасти и были образованы тѣ выступы, которые наблюдались у больного до операціи. Эти выступы-мѣшки лежали подъ мышечными апоневрозами и кромѣ ворсинокъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ можно было замѣтить казеозныя массы. Эти мѣшки, расположенныя около мышцъ, прилежащихъ къ суставу, и отчасти въ самыхъ мышцахъ, крайне разнообразны по величинѣ и формѣ и не всегда сообщаются съ суставомъ. Лежащія дальше отъ сустава не содержатъ ворсинокъ, но наполнены мутною жидкостью и казеозными массами. Одинъ изъ мѣшковъ шелъ почти до верхней трети плеча съ внутренней стороны, а внизъ до верхней  $\frac{1}{3}$  предплечья. Мѣшокъ пришлось вскрыть по *sulcus bicipitalis internus*. Весь мѣшокъ выполненъ массою распада и окруженъ оплотненной кльчаткой и перерожденными блѣдными мышцами, ткань которыхъ едва можетъ быть отличена. Лишь въ непосредственной близи сустава въ этотъ мѣшокъ вдавались ворсинки. Концы костей представлялись неизмѣненными, а хрящъ, только при тщательномъ изслѣдованіи, едва потускнѣвшимъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ, съ розоватымъ оттѣнкомъ, хотя въ общемъ блескъ хряща сохранился довольно хорошо. На головкѣ луча замѣчается нѣсколько поверхностныхъ эрозій. Весь мѣшокъ перерожденной *synovialis* былъ отчасти вырѣ-

зань, отчасти высокоблень. Всѣ прилежащія мѣшки также высокоблены. Сочленовные концы снесены долотомъ, при чемъ оказалось, что кости не только не размягчены, но скорѣе склерозированы. Получилась колоссальная полость, которую пришлось сильно дренировать, такъ какъ вскрыты всѣ закоулки и мѣшки не представлялось возможнымъ по анатомическимъ условіямъ.

Больной плохо перенесъ операцію и сильно лихорадиль. Явились приступы стенокардіи, икота и черезъ 10 дней больной скончался при явленіяхъ сепсиса. При вскрытіи было найдено: *Insufficiencia (et stenosis) valvularum aortae*, небольшой циррозъ печени, свѣжія геморрагіи въ желудкѣ, паренхиматозныя помутнѣнія въ печени и почкахъ и *meningitis septica*.

## ИСТОРИЯ БОЛѢЗНИ № 30.

### Случай Stieda.

(Beiträge z. Klinisch. Chirurg. v. Bruns. XVI Bd. 1896. Стр. 297.)

К. К. 43 лѣтъ, кровельщикъ изъ Heilbrunn'a, былъ принятъ 2 мая 1894 года въ Тюбингенскую хирургическую клинику. Страдаетъ онъ уже въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ болями въ лѣвомъ коленномъ суставѣ при ходьбѣ, и ставитъ это въ прямую зависимость отъ травмы, полученной имъ въ этотъ суставъ во время отбыванія воинской повинности. Годъ тому назадъ боли усилились, колено значительно распухло, такъ что онъ не могъ уже его выпрямить. За 4 недѣли до пріема въ клинику у него было высосано изъ больного сустава нѣсколько куб. сантим. прозрачной желтоватой жидкости и послѣ этого стали лечить его втираніями (?) въ коленный суставъ.

Пациентъ хорошо упитанный, очень мускулистый мужчина цвѣтущаго вида. Область лѣваго колѣна сильно опухла и окружность ея равна 48 сент., тогда какъ правая лишь—42. По обѣимъ сторонамъ сухожилия *m. quadriceps* находятся 2 овальныхъ выпячиванія, такія-же, но меньшаго размѣра по бокамъ *lig. patel. propr.* Они ясно флюктуируютъ и флюктуанія передается съ одной стороны на другую. Колѣно нѣсколько согнуто и даже пассивно не можетъ быть вполнѣ

выпрямлено. Движенія значительно затруднены и болѣзненны. Никакой креститаци или чего-нибудь подобнаго.

Сейчасъ же посредствомъ пункции у него было аспирировано около 60 кс. свѣтлой, желтой съ примѣсью бѣловатыхъ хлопьевъ жидкости. коленный суставъ промытъ 2% растворомъ карболовой кислоты и 20 куб. сент. этого 2% карболоваго раствора выринуто въ суставную полость. Сначала легкая давящая повязка, затѣмъ черезъ 8 дней гипсовая черезъ нѣкоторое время которая была замѣнена повязкой съ 4 фунт. груза для вытяженія.

Черезъ 5 недѣль послѣ пункции пациентъ былъ отпущенъ домой въ гипсовой повязкѣ. Нога выпрямлена, ходитъ съ палкою, но безъ боли. Окружность колѣна уменьшилась на 3 сент.

Черезъ 3 недѣли снова принятъ въ клинику. Окружность сустава опять на 2 сент. увеличилась. Движенія опять затруднены и болѣзненны. Поэтому 20 іюля рѣшена операція. Резекція колѣна черезъ нижній дугообразный разрѣзъ. Выпотъ опять оказался серознымъ. Вся синовиальная оболочка покрыта множествомъ ворсинокъ, достигающихъ величину вишни, коническихъ, напоминающихъ гроздь винограда, нѣкоторые розовой, нѣкоторые желтовато-бѣлой окраски. Поверхность ворсинокъ гладка и блестяща. Края хряща немного набухли; Кости же нигдѣ не каріозны. Послѣ типической резекціи при которой удалены были только тонкія пластинки суставныхъ концевъ, повязка съ записованной задней шиной. Несмотря на небольшое омертвѣніе краевъ кожи заживленіе хорошее; черезъ 14 дней пациентъ вставалъ и гулялъ въ Брунсовекой шинѣ для ходьбы; черезъ мѣсяць онъ былъ отпущенъ домой въ гипсовой повязкѣ и ходилъ съ двумя палками безъ всякой боли. Черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи онъ сообщилъ о прекращеніи состояніи своего здоровья. По цѣлымъ днямъ онъ могъ работать въ своей мастерской, поднимался по лѣстницѣ на крыши, короче сказать, сталъ опять вполнѣ работоспособенъ.

На препаратъ консервированномъ въ спиртѣ, виденъ колоссально увеличенный верхній заворотъ. Капсула его значительно утолщена и почти выполнена громаднымъ количествомъ ворсинчатоподобныхъ образованій различной величины.

Самыя большія величиною съ вишню, большинство же величиною съ горошину, кромѣ того встрѣчаются еще и значительно меньшія нитевидныя тѣсно сплоченныя другъ съ другомъ. Почти всюду они образуютъ древовидныя и гроздовидныя развѣтвленія, покрывающія синовиальную оболочку. Въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ можно наблюдать и отдѣльныя ворсинки. Поверхность ихъ блестяща, желтовато-бѣлая; на разрывѣ ворсинъ даже средней величины они кажутся состоящими изъ одной только жировой ткани.

Подъ *patella* синовиальная оболочка также покрыта ворсинами, то же мы видимъ въ области *eminentia intercondyloidea tibiae*, только здѣсь они не такъ велики и ихъ не такъ много. Внутренняя поверхность капсулы той же окраски, что и ворсинки, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ верхняго заворота она кажется жироперерожденной. Здѣсь же можно найти и неясныя бороздки, построенныя изъ той же ткани, что и ворсинки.

Капсула представляла микроскопически слѣдующее: внутренній слой ея составлялъ плоскій подобный эндотелію пластъ, отчасти отпавшій, отчасти разорванный. Затѣмъ слѣдуетъ кънаружи слой фиброзной соединительной ткани, съ малымъ количествомъ ядеръ, но сравнительно богатый сосудами. Этотъ слой содержитъ ясные воспалительные островки, частью круглые, частью продолговатые, состоящіе изъ круглыхъ маленькихъ клѣтокъ, безо всякаго специфическаго характера. Дальше, за соединительную тканью слѣдуетъ широкій слой жировой ткани, отчасти пронизанной соединительною тканью, такъ что переходъ между ними не рѣзокъ. Здѣсь также находится много сосудовъ и маленькіе круглые или продолговатые воспалительные очаги, по преимуществу возлѣ сосудовъ или на границѣ съ соединительною тканью. Сосудистыя стѣнки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ утолщены.

Ворсинки бѣльшей величины покрыты также только мѣстами сохранившимися эндотеліемъ. Главная составная часть ихъ заключается въ жировой ткани, которая пронизана рѣдкими фиброзными волокнами и содержитъ много сосудовъ. Последніе идутъ по бѣльшей части по срединѣ ворсинки по продольной ея оси и вѣтвятся во все стороны къ периферіи.

Вокругъ сосудовъ заключается немного большее скопленіе

соединительной ткани, такъ что они кажутся окруженными фибрознымъ покровомъ. Въ ворсинкахъ также наблюдаются воспалительные очаги, здѣсь они меньше, но не менѣе часты, лежатъ также ближе къ сосудамъ, встрѣчаются также и непосредственно подъ покровнымъ эндотеліемъ.

Чѣмъ менѣе ворсинка, тѣмъ менѣе жировой ткани она содержитъ. Въ самыхъ маленькихъ ея даже совсѣмъ нѣтъ, а онѣ состоятъ изъ соединительной ткани, богатой клѣтками со сравнительно большими ядрами. Фиброзный характеръ выраженъ значительно менѣе. И въ этихъ ворсинкахъ много сосудовъ, въ окружности которыхъ ограниченныя клѣточные скопленія. Ясныя эндотеліальныя покровы окружаютъ и эти маленькія ворсинки. Часто наблюдавшіяся мелкоклѣточные инфильтраціи по виду походили на бугорки, но тщательное изслѣдованіе показало, что ничего специфическаго въ нихъ не было и что о туберкулезѣ тутъ и рѣчи не могло быть. Нигдѣ нельзя было найти, напр., гигантской клѣтки, эпителіонной или казеознаго перерожденія. Онѣ всегда состояли изъ одинаковыхъ круглыхъ клѣтокъ безо всякихъ специфическихъ примѣсей. Конечно, было произведено изслѣдованіе и на Коховскія палочки, давшее отрицательные результаты и такимъ образомъ туберкулезный характеръ процесса положительно исключенъ.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 31.

### Случай Volkman'a.

(Beiträge zur Chirurgie Jahresbericht der Universitätsklinik zu Halle im Jahre 1873. Seite 183).

Alex. Schmalfuss, помѣщикъ, 63, лѣтъ страдаетъ въ теченіе 1½ года раздраженіемъ въ лѣвомъ колѣнѣ. При каждомъ напряженіи сустава въ немъ появляется выпотъ, который подъ вліяніемъ покоя и давленія проходитъ. Уже годъ назадъ при изслѣдованіи обнаружено суставное тѣло на широкой ножкѣ, величиною въ вишню съ наружной стороны сустава на уровнѣ верхней ¼ *patellae*. Поверхность ея кажется ровной, консистенція мягче, чѣмъ обыкновенной суставной

мышы. Явленій ущемленія никогда не было. Несмотря на резиновый колѣбный бинтъ, жалобы больного не прекращались, поэтому въ началѣ мая, въ клиникѣ, приступлено къ удаленію суставнаго тѣла 19 мая 1873 г. Оперироваль D-r Schede. Немедленно по вскрытіи суставной капсулы разрывомъ надъ опухолью обнаружилась липома, которая видѣрилась въ суставъ, имѣла ножку, шириною въ 1 сент. и по всей вѣроятности развилась изъ ворсинки. Рана зажила per primam и уже въ концѣ мая можно было выписать пациента изъ клиники.

Успѣхъ полученъ не полный, такъ какъ у пациента вскорѣ развился arthritis deformans, который, вѣроятно, въ начальной формѣ уже имѣлся до операціи. Тѣмъ не менѣе больной сталъ гораздо лучше ходить и явленія раздраженія въ суставѣ почти совсѣмъ прекратились.

### Л и т е р а т у р а \*).

1. Goetz. De morbis ligamentorum ex materie animalis mixtura et structura mutata cognoscendis. Inaug.—Diss. Halle 1798.
2. J. Müller. Ueber den feineren Bau und die Formen der Krankhaften Geschwülste. Berlin. 1838. Erste Lieferung.
3. Bonnet. Traité de thérapeutique d. maladies articulaires. Paris. 1853.
4. Bouchut Gasette des hopitaux № 9, 1856.
5. Simon. Exirpation einer sehr grossen, mit dickem stiele angewachsenen Kniegelenksmaus mit glücklichem Erfolge. Archiv für Klinische Chirurgie Bd. VI, 1865.
6. Pitha и Billroth. Руковод. общ. и част. хирургии. Часть II, томъ II, СПб. 1867.
7. Volkmann, Beiträge zur Chirurgie. Jahresbericht der Universitätsklinik zu Halle in Jahre 1873. I. Intraarticuläres gestieltes Lipom des linken Kniegelenks. Exesision. Heilung. Crp. 183.
8. Boyer. Lipome arborescent de l'articulation du genou. Bulletin de la Société anatomique de Paris, LII Année (1877). 4 Série, Tome II.
9. Hueter. Chirurgischer Beitrag z. ätiolog. Lehre d. Entzündung. Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. X, 1878.
10. Riedel. Zur Pathologie des Kniegelenks. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. X.
11. Hüter. Grundriss d. Chirurgie 1 Hälfte 1880.
12. Bokelmann. Ueber die Natur und Bedeutung der haemophilen Gelenkaffectionen. Inaugural Dissert. Göttingen 1881.
13. Монастырскій. Современные взгляды на патологию и терапію воспаленій суставовъ. СПб., 1883.

\*) Источники, не вошедшіе въ этотъ спеціальныи перечень, но которыми мы пользовались при составленіи нашей работы, указаны въ соответствующихъ мѣстахъ текста.

14. Lauestein. Zwei Fälle von d. Lipome d. Kniegelenk. Centralblatt f. Chirurgie XI, 1884.
15. Schüller. Chir. Mittheilung. über d. chronisch-rheumat. Gelenkentzündung. Arch. f. Kl. Chirurg. Bd. 45. H. 1.
16. Вельяминовъ и Тиле. Отчетъ по хирургическому отдѣленію Краскосельскаго военнаго госпиталя за 1886 г.
17. König. Die Bedeutung des Faserstoffs für die patholog. anatom. und die klinische Entwicklung der Gelek- und Sehenscheidentuberculose. Centralblatt f. Chir. 1886. № 25.
18. Panné. Bulletin de la société anatomique. 1886. LXI année 4 Serie Tome XI.
19. Schmolck. Zwei Fälle von Lipoma arborescens genu. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 23. 1886.
20. Еро-же. 2 Fälle von Lip. arb. genu komplizirt mit frischer Synovialtuberculose. Ein Beitrag zur Lehre vom Tuberculöswerden. ursprünglich nicht tuberculöser Prozesse. Inaug.-Diss. Halle 1886.
21. Schmolck. Lipome arborescent. Rev. d. Scien. médic. 1888. Tom. 28 pag. 628.
22. Weir. Ueber Fettgeschwülste und Sarkome des Kniegelenks. New-York. medic. record. 1886. Рефер. въ Centrblt f. Chirurg. 1886. № 46.
23. Grosch, Studien über das Lipom. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 26. 1887.
24. Haeckedl Cetrblatt f. Chir. 1887.
25. Haumann Ueber Gelenklipom. In.-Diss. Bonn. 1887.
26. Wagner. Ueber Lipoma des Kniegelenks. Inaug.-Diss. Marburg. 1887. Реф. Centrblt f. Chirurg. 1887. № 39.
27. Bland Sutton. A case of «lipoma arborescens» (Müller) Transactions of the pathological society of London Volume 39. 1888.
28. Bland Sutton: Remarks on fatty Tumors. British med. Journal № 1529, pag 87.
29. Henning Henningsen, Beitrag zur Statistik der Fettgeschwülste. Inaug.-Dissert. Kiel. 1888.
30. Blachian. Ueber Lipoma arborescens in Kniegelenk. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurg. Bd. 36.
31. Krause. Die Tuberculose d. Knochen u. Gelenke. 1891. Leipzig.
32. Bazy, Lipome arborescent du genou (Synovite chronique); Synovectomie. Guérison. Bulletins de la Société anatomique de Paris LXV année (1890). 5 Serie, Tome IV.

33. Боригауптъ. Руководство къ хирургия. паталол. и терапіи Кіевъ, 1890. II, стр. 81.
34. Молдинскій. Туберкулезная дрововидная липома коленныхъ суставовъ. Медицинское Обозрѣніе 1890 г. № 20.
35. Filter. Ueber Solit. Lipome des Kniegelenks. In.-Diss. Greifswald. 1890.
36. Riedel. Einige Gelenkpräparat. Lipoma arbor. genu., entstanden auf d. Basis ein. ausgeheilten Tuberculose. Arch. f. Klinische Chirurgie. Bd. 41. 1891.
37. Еро-же. Сустанви. пораженія при гліоматозѣ спинного мозга. Врачъ, 1891 г., №№ 23, 24 и 25.
38. Еро-же. Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarks. Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie. Bd. 34.
39. Nicaise. Hyperplasie spécifique. Revue d. Chirurgie, 1882. № 12.
40. Еро-же. Tumeur blanche fibro-plastique. Rev. d. Chirur. 1891. № 10.
41. Еро-же. Arthrite Tuberculeuse avec hyperplasie fibro-plastique et grâisseuse de la Synoviale. Revue de Chirurgie 1892. № 12.
42. Otterbeck. Freies Lipom im Kniegelenk. Inaug.-Diss. Bonn. 1892.
43. Schuchardt. Die Gelenkwassersucht. Iena. 1892.
44. Еро-же. Lipoma arborescens genu. Deutsche Chirurg. Lieferung 28, Seite 307—310.
45. Волковичъ. Матеріалы къ вопросу о липомѣ коленного сустава. Хирургическій Вѣстникъ. 1893. № 7.
46. Kummer. Revue med. de la Suisse romand. XIV.
47. Birsch—Hirschfeld. Реальная энциклопед. медиц. наукъ Еуленбург—Доавасевъ, томъ 7, стр. 351.
48. Faguet: Lipome arborescent du genou. Journal médical des Bordeaux 22 juillet. 1895.
49. Воскресенскій. Врачъ. 1895 г. № 13.
50. Воскресенскій. Lipoma arborescens, какъ видъ туберкулезнаго пораженія синовиальн. оболочки. Дневникъ Обществ. врачей при Казанск. университет. 1895. Реф. Centrblt f. Chirurg. 1897. № 4.
51. Herhold, Zur Frage des Lipoma genu. Langenbesk's Arch. 1896. Bd. III Hft. 3. Реф. въ Centrblt f. Chirurg. № 13, стр. 399.
52. König Die Specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke I Das Kniegelenk, Berlin, 1896.
53. Rodet. Le faux choc rotulien dans un cas de lipome du genou. La province médicale 1896.

54. Stieda. Ueber das Lipoma arborescens des Kniegelenkes und seine Beziehung zu chronischen Gelenkaffektionen. Beitrag. zur klin. Chirurgie Bd. XVI, Hft. I. Рефер. въ Cetrblt f. Chirur. 1896. № 32.

55. Stieda: Lipome arborescent du genou. Рефер. въ Revue d. Sciences Médical. 1897. Tome 49.

56. Гаттовскій. Случай Lipoma arborescens суставныхъ и слизистыхъ сумокъ. Больн. Газ. Боркина 1898. № 22.

57. Гаттовскій. Врачъ, 1898, № 6 (Докладъ Медико-хирург. общества).

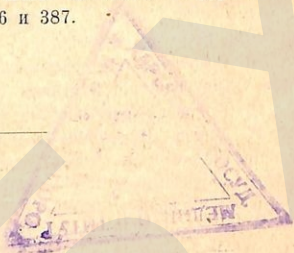
58. Bischoitzky. Ueber ausere, subseröse Lipome des Ellbogengelenks. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XXIII, Hft. I. Рефер. Centralblatt f. Chirurgie № 13, 1899.

59. Tilmann: Zur Frage der Blutergelenke. Deutsche Aerzte Zeitung. 1900 № 19.

60. Schüller. Polyarthritis chronica villosa u. Arthritis deformans. Berlin. 1900.

61. Михайловъ. О такъ называемой lipoma arborescens Русскій архивъ Подвысоцкаго, томъ XI, выпускъ 2, 1901.

62. Соколовъ. Древовидныя разраженія синовиальной оболочки суставаго (Lipoma resp. Fibroma arbor. articular.). Хирургическій Вѣстникъ годъ IX, 1893. Стр. 206 и 387.



## Къ рисункамъ.

Рис. № 1. Наружный видъ колѣна Подгузова (къ нашему первому случаю).

Рис. № 2. Схематическій рисунокъ, показывающій расположеніе гипертрофированныхъ ворсинъ въ колѣнномъ суставѣ. Суставъ раскрытъ. Patella откинута внизъ, видна суставная поверхность бедра (Рис. составленъ по рис. Борнгаунта).

Рис. № 3. Раскрытый локтевой суставъ съ villousными разраженіями у olecranon (Составл. по рис. Монастырскаго).

Рис. № 4. Вырѣзанная часть синовиальной оболочки колѣннаго сустава съ ворсинчатыми разраженіями. По Volkmann'у.

Рис. № 5. Липоматозныя ворсинчатая разраженія колѣннаго сустава. Рис. показываетъ ихъ окраску и туберкулы, разсыпанные по синовиальной оболочкѣ. По Schmolck'у.

Рис. № 6. То же, что и рис. № 5 (Этотъ рисунокъ попалъ въ нашу работу по недоразумѣнію).

Рис. № 7. Lipoma arborescens колѣннаго сустава. Случай Schmolck'a. Небольшой участокъ синовиальной оболочки съ разросшимися ворсинками. На синовиальной оболочкѣ видны скопленія маленькихъ бугорковъ.

Рис. № 8. По Bland Sutton'у. Нижняя часть бедренной кости въ профиль.

Рис. № 9. Головка лучевой кости. Случай Соколова.

Рис. № 10. Плечевой суставъ (На рисунокѣ обозначено не вѣрно: тамъ, гдѣ надпись ключица, нужно читать ключовидный отростокъ лопатки и наоборотъ). Показана сочленовная поверхность лопатки съ villousными разраженіями. По Bland-Sutton'у.

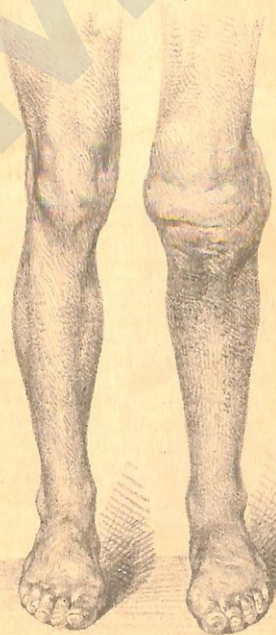
Рис. № 11. Колѣнный суставъ. Раскрытъ верхній заворотъ. Patella откинута внизъ. Видна суставная поверхность бедра. Показано расположеніе ворсинчатыхъ разраженій. По Ranke.

Рис. № 12. Видъ ворсинчатыхъ разраженій подъ микроскопомъ. Малое увеличеніе. По Blaschian'у.

Рис. № 13. Полусхематическій рисунокъ, изображающій кусокъ синовиальной оболочки съ прикрѣпленными къ нему разраженіями въ натуральную величину. Нашъ 1 случай.

Рис. № 14. Микроскопическая картина сръза из увеличенной ворсины нашего первого случая. Въ центрѣ бугорокъ съ гигантскою клеткою въ срединѣ. Стѣнки сосудовъ измѣнены. Рвзгій васкулитъ. Просвѣты сужены. Бугорки по краямъ препарата. Немного правѣ и выше центра гигантская клетка, образуемая въ просвѣтѣ лимфатическаго сосуда. Сръзъ взятъ изъ поверхностныхъ слоевъ ворсины. Увелич. Цейссъ дд. 2.

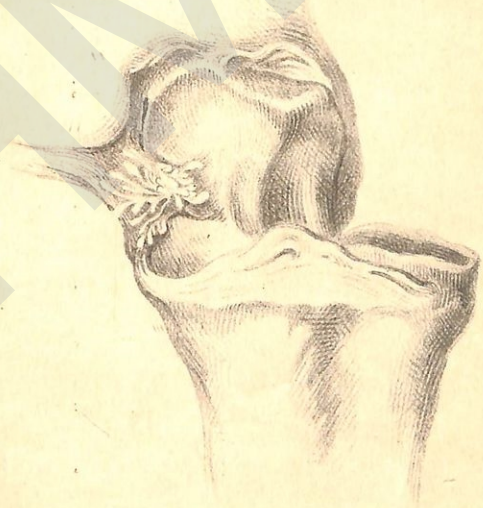
№ 1.



№ 2.



№ 3.



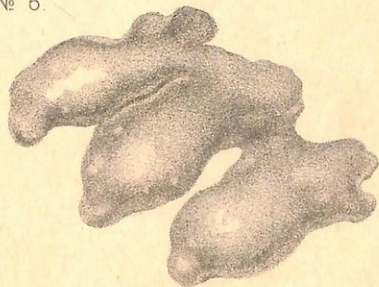
№ 4.



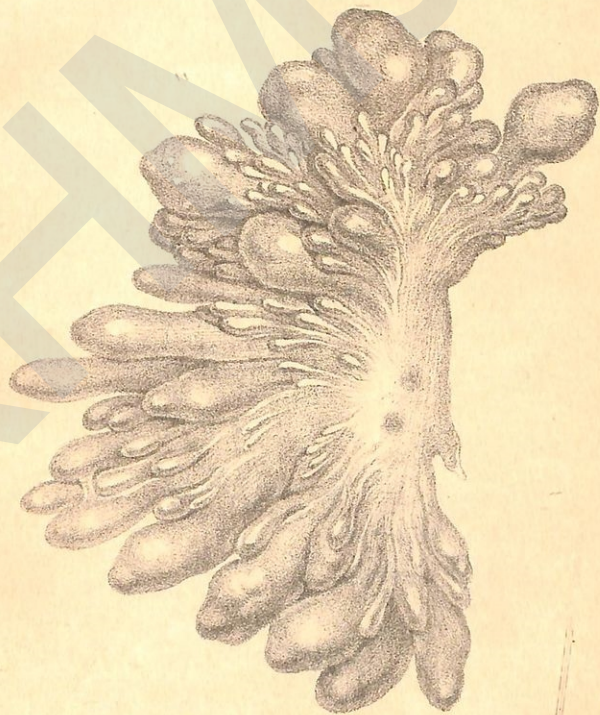
№ 5.



№ 6.



№ 7.



№ 8.



Нижняя часть бедра.

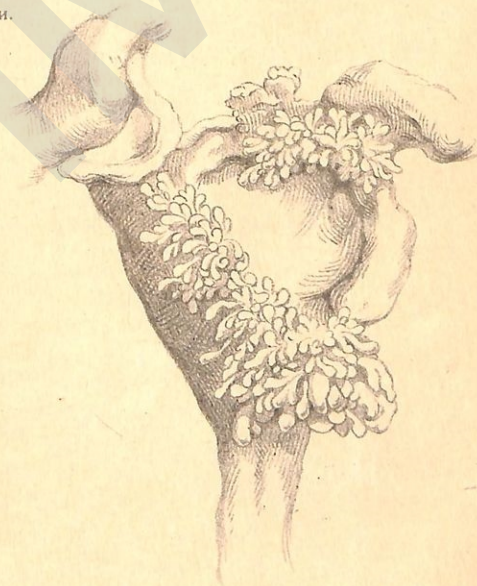
№ 9.



№ 10.

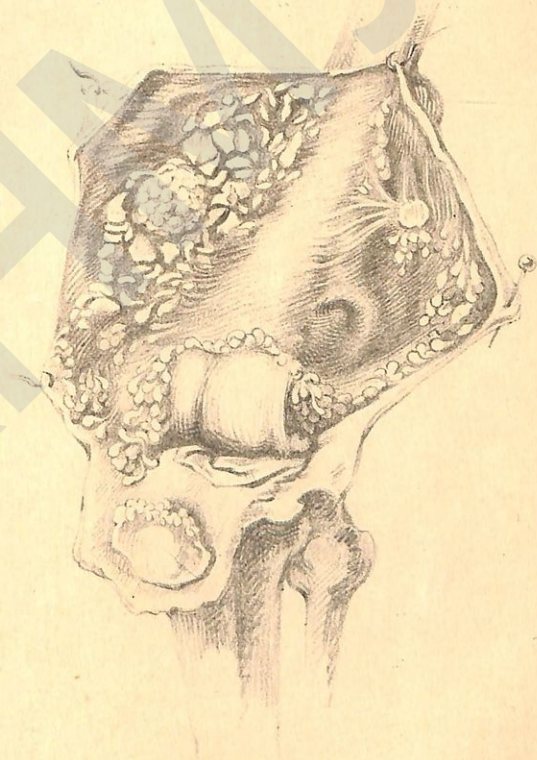
Клювовидный  
ростокъ лопатки.

Ключица



Сочленовная поверхность  
лопатки.




№ 11.



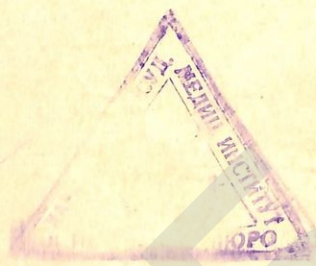
Вскрытый колѣнный суставъ.  
Чашка открыта внизъ.  
Ворсинчатыя разрощенія въ капсулѣ сустава.  
Обнажена суставная поверхность бедрен. кости.

№ 12.

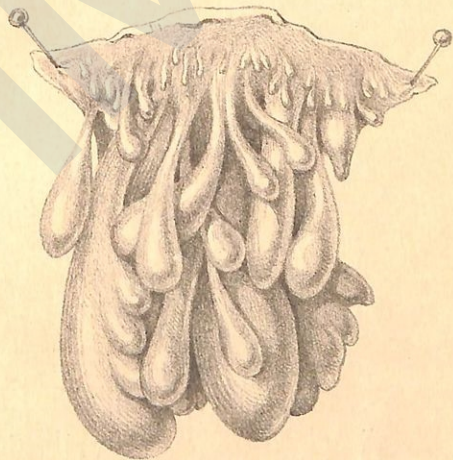


-  Жиръ.
-  Ядра клѣтокъ.
-  Сосуды.

Микроскопическій видъ ворсинъ.  
Тонкій пластъ.



№ 13.



*Das. (18) Rosen. 200. Diers*

№ 14.



### Положенія.

1. Въ леченіи переломовъ предпочтенія заслуживаетъ методъ леченія массажемъ.
2. На діагностику такъ называемыхъ „истерическихъ опухолей“ (Tumeurs hystériques) обращено слишкомъ мало вниманія.
3. Главнѣйшія причины возникновенія сколіоза лежатъ въ нарушеніи статическихъ условій установки таза и нижнихъ конечностей.
4. Благодаря успѣхамъ современныхъ способовъ леченія ранъ хирургическимъ школамъ грозитъ потеря мастерской техники и утрата клинической наблюдательности, лежащей въ основѣ дифференціальной діагностики.
5. Одна изъ задачъ современной хирургіи заключается въ установкѣ новыхъ показаній къ оперативному вмѣшательству въ виду уменьшенія степени опасности послѣдняго.
6. Борьба съ заразными болѣзнями должна идти тѣмъ же путемъ, какимъ хирургія избавилась отъ заболѣваній ранъ, т. е. изученіемъ источниковъ зараженія.

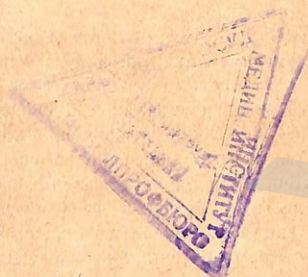
Изд.	НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№	1-го Харьк. Мед. Института

## Curriculum vitae.

Михаиль Михайловичъ *Дитерисъ*. Сынъ инженера, изъ потомственныхъ дворянъ Херсонской губерніи; родился 10-го ноября 1871 года въ Петербургѣ. Окончивъ 1-ю Одесскую Ришельевскую гимназію, поступилъ въ 1891 году въ С.-Петербургскій Императорскій университетъ на физико-математическій факультетъ по отдѣленію естественныхъ наукъ, но вслѣдствіе болѣзни принужденъ былъ въ 1892 году перейти въ Кіевскій университетъ Св. Владиміра, гдѣ поступилъ на 1-й курсъ медицинскаго факультета; сдавши тамъ полукурсовые экзамены, перешелъ въ Императорскую Военно-медицинскую академію на 3-й курсъ своеюштнымъ. Окончивъ академію въ 1897 году со званіемъ лекаря съ отличіемъ былъ зачисленъ 1-го января 1898 года ординаторомъ-интерномъ въ Максимиліановскую лечебницу и ординаторомъ Академической хирургической клиники. Съ 1-го сентября 1898 года принять врачомъ-ассистентомъ въ Придворно-медицинскую часть съ прикомандированіемъ въ качествѣ ординатора хирургическаго отдѣленія къ СПб. Госпиталю Дворцоваго вѣдомства, а въ 1899 г. откомандированъ изъ госпиталя въ распоряженіе инспектора Придворно-медицинской части. Въ 1898 году былъ ближайшимъ помощникомъ лейбъ-хирурга Вельяминова по устройству подачи первой помощи въ С.-Петербургѣ. Лѣтомъ 1900 года былъ прикомандированъ къ исполнительній комиссіи Общества Россійскаго Краснаго Креста по подачѣ помощи раненымъ воинамъ на Дальнемъ Востокѣ.

Докторантскій экзаменъ сдалъ въ 1898—99 акад. году.  
Имѣеть слѣдующія работы:

1. Необходимыя наставленія при подачѣ первой помощи при отравленіяхъ (1898 г. СПб.).



2. Опухоли соска и около соскового кружка („Лѣт. Рус. Хир.“ 1901 г. Книга IV).
3. Къ операціямъ на мочевомъ пузырьѣ („Лѣт. Рус. Хир.“ 1901 года. Книга IV).
4. *Lipoma arborescens articulorum*. Докладъ Медико-Хирургич. Обществу.
5. Къ вопросу о раннихъ стадіяхъ туберкулеза синовиальной оболочки суставовъ (Сдана въ редакцію „Врача“).
6. Историческія опухоли груди. (Сдана въ редакцію „Лѣт. Рус. Хир.“).
7. Такъ называемый древоидный жировикъ суставовъ (*Lipoma arborescens articulorum*). Послѣдній трудъ представляеть въ качествѣ диссертации на соисканіе степени доктора медицины.