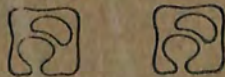


Изъ Кабинета Нормальной Анатоміи Харьковскаго Университета.

КЪ МОРФОЛОГИИ
Caecum и colon
ДѢТЕЙ 1-го ГОДА ЖИЗНИ.

Диссертація А. Н. Натіева.



ХАРЬКОВЪ.
1917.

Изъ Кабинета Нормальной Анатоміи Харьковскаго Университета.

7 - НОЯ 2012

611.3-05

H-33

КЪ МОРФОЛОГИИ
Caecum и colon
ДѢТЕЙ 1-го ГОДА ЖИЗНИ.

N 3819

Диссертація А. Н. Натіева.

Библиотека
Харьковского университета
№ 5292
1936г. Инфр H-33



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

Переучет
1966 г.

ХАРЬКОВЪ.
1917.

1954

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

ВВЕДЕНИЕ.

Въ большихъ учебникахъ нормальной анатоміи человѣка обзору ободочной кишки отводится немало мѣста, однако дѣленіе ее на отдѣльныя части, положеніе и направленіе послѣднихъ обозначаются въ общемъ крайне схематично. Въ большинствѣ руководствъ въ ободочной кишкѣ различаются двѣ вертикальныя, фиксированныя въ брыжжеечныхъ пазухахъ, части, одна—поперечная, свободная, подвижная, имѣющая брыжжейку и три изгиба, изъ которыхъ аборальный *)—*flexura sigmoidea*—также снабженъ брыжжейкой и подвиженъ; свободной же, на основаніи большинства новѣйшихъ изслѣдованій, слѣдуетъ считать и слѣпую кишку, хотя смѣщаемость послѣдней ограничена. Эта простая схема, конечно, слишкомъ груба и далеко не соответствуетъ дѣйствительности, такъ какъ ободочная кишка, какъ по формѣ, длинѣ, просвѣту, такъ и отношенію къ ней брюшины у взрослыхъ поражаетъ своимъ многообразіемъ. Большинство авторовъ всѣ эти уклоненія отъ вышеуказанной, такъ сказать, обязательной схемы считаетъ ненормальностью и, вполне основательно старается найти объясненія этому въ исторіи развитія пищеварительной трубки, преимущественно въ періодѣ утробной жизни. Однако надо думать, что развитіе ободочной кишки въ періодѣ утробной жизни еще не заканчивается и наши наблюденія на трупахъ 1-го года жизни привели насъ къ убѣжденію, что и внѣутробный періодъ жизни въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени для послѣдующихъ измѣненій въ развитіи ободочной кишки играетъ столь же важную роль, какъ и зародышевый періодъ.

818/18

Настойчивыя попытки цѣлаго ряда авторовъ уловить у взрослого среди массы вариантовъ форму наиболѣе часто повторяющуюся, представляющую поэтому „нѣчто среднее“, не увѣнчались успѣхомъ.

*) Для обозначенія частей пищеварительной трубки, лежащихъ ближе къ ротовому отверстію, мы употребляемъ зоологическій терминъ „адоральный“. Части, лежащія дальше отъ ротового отверстія обозначаются терминомъ „аборальный“.

Одинъ изъ авторовъ послѣднихъ лѣтъ, Chr. Addison³⁴, весьма тщательно изслѣдовавшій у взрослыхъ топографію органовъ брюшной полости, предложилъ особую діаграмму, очень удачно построенную на постоянныхъ неподвижныхъ точкахъ туловища. Онъ проэцировалъ на свою діаграмму въ извѣстной послѣдовательности контуры всѣхъ органовъ брюшной полости послѣ тщательныхъ и точныхъ измѣреній. Онъ произвелъ такимъ образомъ изслѣдованія на 40 предварительно зафиксированныхъ трупахъ, сдѣлалъ множество рисунковъ, представилъ весьма наглядно необыкновенное разнообразіе формъ и положеній всѣхъ органовъ брюшной полости, не исключая толстыхъ кишекъ и, подводя итоги, все же призналъ, что „хотя на основаніи 40 случаевъ выработаны среднія отношенія, но ясно, что для многихъ среднихъ цифръ число наблюденій должно быть увеличено“. Какъ бы ни были точны и тщательны изслѣдованія, произведенныя въ опредѣленномъ направленіи и съ опредѣленной методикой, достаточно измѣнить нѣсколько принятую методику, увеличить число наблюденій, намѣтить новыя цѣли, какъ рядъ новыхъ фактовъ, раньше не замѣченныхъ, заставляеть внести поправки, иногда весьма существенныя, во взгляды казавшіеся установленными и неизблѣмыми. Въ этомъ отношеніи работа Chr. Addison'a весьма поучительна. Кромѣ того въ работѣ своей этотъ авторъ весьма наглядно показалъ, что предпринятый имъ пересмотръ топографіи брюшныхъ органовъ съ измѣненной методикой, дѣйствительно былъ не лишень серьезныхъ основаній и далъ ему возможность сказать „новое слово“.

Другой авторъ, проф. А. В. Старковъ⁷⁷, еще рѣзче отгвняетъ эту мысль въ одной изъ первыхъ главъ большой монографіи объ „Анатоміи прямой кишки и мышцъ, имѣющихъ къ ней отношеніе“. Анализируя литературныя данныя по ряду вопросовъ, примыкающихъ къ его изслѣдованію, онъ объявляетъ себя сторонникомъ того взгляда, что въ настоящее время еще далеко не вполне закончена разработка многихъ анатомическихъ вопросовъ и, что „истинная анатомія лишь нарождается“.

Наконецъ, Блюменфельдъ^{*)}, которому при изученіи положенія S—Romanum, приходилось находить ее и въ маломъ тазу, въ fossa iliaca, передъ почкой, передъ желчнымъ пузыремъ, подъ лѣвымъ куполомъ діафрагмы и у мечевиднаго отростка, наконецъ, въ видѣ мѣшка, занимающаго значительную часть брюшной полости, утверждаетъ, что разнообразіе какъ въ формѣ, такъ и въ поло-

*) Цит. по Старкову.

женія S—Romanum по его мнѣнію „калейдоскопически измѣнчиво“ и что поэтому не можетъ быть и рѣчи о какомъ-либо среднемъ положеніи S—Romanum. Единственно съ чѣмъ согласенъ этотъ авторъ, это то, что только начало ея находится у подвздошной кости, а конецъ достигаетъ верхней части excav. oss. sacri, но что въ границахъ этого участка все измѣнчиво. Хотя Блюменфельдъ признаеть, что средняя flexura существуетъ, но „мы“, утверждаетъ онъ, „ее не знаемъ достаточно точно и ни та картина, которую далъ Schiefferdesker, ни то, что изображено въ учебникахъ, не даетъ намъ нѣчто среднее“. Поэтому онъ считаетъ лишнимъ изображать картину нормальной анатоміи S Romanum.

Достаточно указать далѣе на необыкновенную массу варіацій и остальныхъ отдѣловъ ободочной кишки, описанныхъ многими наблюдателями въ отдѣльныхъ работахъ и частью вошедшихъ въ большіе учебники, чтобы признать, что заключеніе Блюменфельда можетъ быть примѣнено съ успѣхомъ и ко всѣмъ остальнымъ частямъ толстыхъ кишекъ. И это заключеніе, по нашему мнѣнію, справедливо по отношенію къ взрослому, у котораго развитіе толстыхъ кишекъ болѣе или менѣе закончено, форма и положеніе ихъ обладаетъ извѣстной устойчивостью.

Что же касается дѣтскаго возраста, то разнообразіе, какъ положенія ободочной кишки, такъ и направленія и формъ отдѣльныхъ частей ея на первомъ году жизни бросается въ глаза съ особенной рѣзкостью. Изученіе литературы объ общихъ нормахъ анатоміи ободочной кишки дѣтскаго возраста убѣдило насъ въ томъ, что въ этомъ направленіи сдѣлано еще мало.

Среди ряда авторовъ, работавшихъ надъ дѣтскимъ кишечникомъ, только одинъ, M. Lemaire⁸⁰, занялся изслѣдованіемъ толстыхъ кишекъ въ цѣломъ. Но этотъ авторъ разработалъ анатомію всѣхъ органовъ брюшной полости и, благодаря особенному подбору матерьяла представилъ, собственно, картину постепеннаго развитія органовъ живота. Число же наблюденій (30) было ничтожно и къ тому же обнимало довольно длинный періодъ времени (отъ утробной жизни до 5 лѣтъ).

Остальные авторы общей картиной не интересовались и изслѣдовали только отдѣльныя части толстыхъ кишекъ: P. Vallée³⁷, Гундобинъ¹², Rh. Liertz,⁷⁸ E. Yochida⁷⁰, F. Legueu¹⁴, Шиманъ и Минцъ⁴⁵, D. Соколовъ¹⁸, отчасти Т. Турнеръ¹⁵, Таренецкій³, и др. Другіе занимались главнымъ образомъ измѣреніемъ различныхъ отдѣловъ кишечной трубки съ цѣлью выясненія вліянія на длину кишекъ пола, возраста, расы, различныхъ болѣзней и т. д. къ ка-

ковымъ относятся: Sappey, Reneke *, Гундобинъ, Dreike ²⁰, Таренецкій Treves ⁴, Фроловскій ¹, Huscke, Rolsenn ⁹ и др.

Между тѣмъ, возможно точное и детальное изслѣдованіе анатоміи ободочной кишки у новорожденныхъ и въ грудномъ возрастѣ представляетъ несомнѣнный интересъ, такъ какъ необыкновенно легкая уязвимость дѣтскаго кишечника со всѣми ея тяжкими послѣдствіями связана какъ съ тончайшимъ строеніемъ стѣнокъ пищеварительной трубки, такъ, несомнѣнно, съ грубо анатомическимъ устройствомъ ея въ цѣломъ. Нѣтъ ни одной части ободочной кишки, которая въ этомъ возрастѣ была бы вполне подобна взрослому состоянію. Однако, наибольшія отклоненія отъ нормъ взрослого представляють адоральная половина ободочной кишки. Это явленіе легко объяснимо, если принять во вниманіе, что въ порядкѣ послѣдовательности развитіе указанного отдѣла толстыхъ кишекъ заканчивается приблизительно къ періоду половой зрѣлости. Массовое изслѣдованіе толстыхъ кишекъ только въ продолженіи перваго года жизни, какъ намъ кажется, должно дать возможность установить характерныя особенности равныхъ періодовъ внутробной жизни, опредѣлить хотя бы отчасти нормы для этого возраста, объяснить нѣкоторыя весьма часто встрѣчающіяся отклоненія отъ установленныхъ нормъ у взрослого и дать толчекъ къ устраненію недоразумѣній во взглядахъ нѣкоторыхъ изслѣдователей, склонныхъ видѣть ненормальность или аномалію тамъ, гдѣ собственно ихъ нѣтъ. Поэтому, изслѣдуя ободочную кишку у дѣтей только перваго года жизни, мы поставили себѣ цѣлью разработать по возможности вполне слѣдующія заданія:

1. Опредѣлить общую топографію органовъ брюшной полости и выяснитъ дѣйствительное вліяніе ихъ на положеніе толстыхъ кишекъ.

2. Представить общія характерныя особенности наружной формы ободочной кишки, прослѣдить явленіе тасго и мѣгосолі-и и на отдѣльныхъ частяхъ ея, обслѣдовать частоту и мѣстоположеніе различныхъ перетяжекъ и перехватовъ по ходу ея и, по возможности, выяснитъ причину послѣднихъ явленій и ихъ значеніе.

3. Представить съ возможной полнотой разнообразныя варианты формъ, положеній, хода и направленія ободочной кишки по частямъ и въ цѣломъ.

4. Найти среди этого разнообразія одно или нѣсколько общихъ, наиболѣе часто повторяющихся положеній, которыя могли бы указать, на тотъ путь, по которому при нормальныхъ условіяхъ протекаетъ развитіе толстыхъ кишекъ.

* Цит. по Дебеле.

5. Выяснитъ причины многообразія ободочной кишки въ связи съ постепенными измѣненіями положенія и фиксацій первичной общей брыжжейки.

Глава I-ая.

Къ Методикѣ.

Материаломъ для настоящаго изслѣдованія служили дѣтскіе трупы, полученные изъ дѣтскаго приюта Харьковскаго Губернскаго Земства. Всего было изслѣдовано 300 дѣтскихъ труповъ новорожденныхъ и грудного возраста.

Таблица № 1.

Распределеніе материала по возрасту и полу.

Возр.	Новорож.		Дѣти грудного возраста												вс.						
Число	199		101												300						
Мѣсяць	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12									
	103	96	45	21	9	4	8	5	1	1		7	300								
Полъ	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.			
	49	54	45	51	20	25	9	12	4	5	3	1	4	4	3	2	1	1	3	4	300

Въ это число входятъ 30 недоносковъ, причемъ по мѣсяцамъ они распредѣлились слѣдующимъ образомъ: 1-ый мѣсяць—21 случ., II-ой—6 случ., III-ий—1 случ., IV-ый—2 случ.

Для изслѣдованія брались только дѣти, прожившія хотя бы одинъ день, свѣжія и неизмѣненныя посмертными явленіями. Изслѣдованія производились зимой и лѣтомъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ были использованы только такіе трупы, которыхъ удавалось инъецировать фиксирующей жидкостью въ день смерти.

Для закрѣпленія органовъ брюшной полости производилась инъекція труповъ 10% растворомъ формалина, черезъ art. carot. comm. или черезъ aorta thorac., или черезъ art. femor. съ послѣдовательнымъ погруженіемъ трупа въ 5% растворъ формалина на 2—3 дня.

Такой способ приготовления вполне обеспечивает закрепление всех особенностей каждого данного случая. Если на приготовленном таким образом трупе вывести из зафиксированного положения петли тонких и толстых кишок, то вследствие значительного уплотнения брыжжейки под влиянием фиксирующей жидкости через некоторое время эти петли могут быть уложены вполне точно без всяких изменений в первоначальном порядке.

После вскрытия стѣнки живота по белой линии, удаления всей брюшной стѣнки и первоначального осмотра, удалялись тонкая кишка от flex. duodeno-jejuni. до подвздошно-слѣпокишечного соединения по линии кишечного края брыжжейки. Далѣе изслѣдовались форма, положеніе, направленіе отдѣльных частей ободочной кишки, физическое состояніе ихъ, взаимоотношеніе ихъ между собой и къ прилежащимъ органамъ, отношеніе къ нимъ брюшины, положеніе брыжеекъ и направленіе линии прикрѣпленія корней послѣднихъ къ стѣнкѣ живота, наличность тѣхъ или иныхъ брюшныхъ связокъ, складокъ, какъ крупныхъ, такъ и мелкихъ.

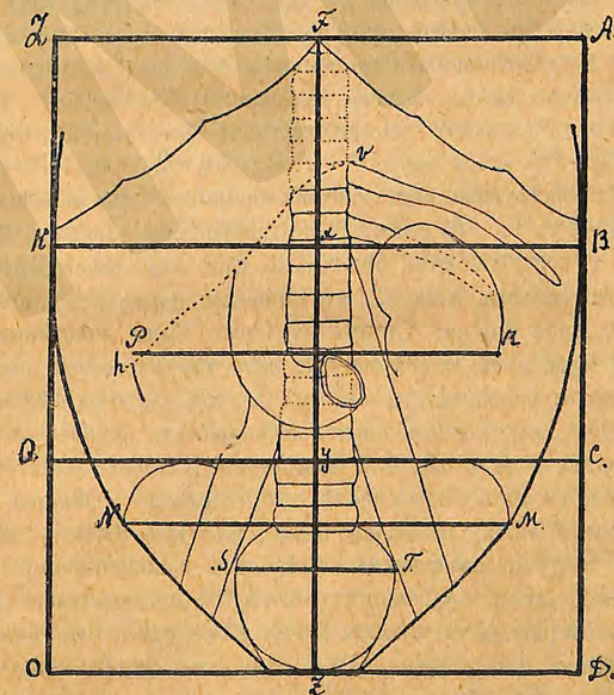
Посмертное вздутие тонкихъ и толстыхъ кишокъ иногда достигаетъ такой степени, что приходится соблюдать большую осторожность въ выводахъ о взаимоотношеніи и топографіи частей кишечной трубки.

Rolsenn при своихъ изслѣдованіяхъ совершенно исключалъ случаи съ очень вздутыми кишками, а съ сильно оконечившимися выдѣлялъ въ особую группу. Однако мы исключали только такіе случаи, въ которыхъ вздутие отдѣльных частей толстыхъ кишокъ превышало въ діаметрѣ 3 см. Исключать же изъ статистики трупы, у которыхъ толстая кишка вздута или сокращена умеренно, намъ представляется не основательнымъ, такъ какъ подобныя явленія на толстыхъ кишкахъ въ дѣтскомъ возрастѣ являются обычными, почти обязательными и не встрѣчаются только въ исключительныхъ случаяхъ. Это было бы, конечно, замѣчено и Rolsenn-омъ, если бы его матеріалъ не ограничивался всего 19 трупами дѣтскаго возраста отъ 3 дней до 15 лѣтъ. Кромѣ того и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ просвѣтъ толстыхъ кишокъ на всемъ протяженіи былъ равномерный, мы встрѣчали тѣ же особенности хода и положенія ободочной кишки, какъ и въ случаяхъ съ измѣненіемъ просвѣта на различныхъ участкахъ ея.

Далѣе особенности хода ободочной кишки каждого данного случая зарисовывались на одну общую схему, которая приложена ниже и которая выработана слѣдующимъ образомъ: быть произве-

денъ рядъ точныхъ и повторныхъ измѣреній дѣтскихъ труповъ всѣхъ возрастовъ по мѣсяцамъ включительно до года, по два случая для каждого мѣсяца, за исключеніемъ 9 и 10-го мѣс. (только по одному случаю и для 11-го мѣс. ни одного случая). Трупъ укладывался на столъ спиной. Передняя брюшная стѣнка удалялась; тщательно очищались отъ мягкихъ частей реберныя дуги, подвздошные гребни и передне-верхнія ихъ ости, Пупартовы связки и лобковое соединеніе. После удаления кишечника и брюшины и тщательной отсепаровки клѣтчатки отъ задней брюшной стѣнки, вкалывались въ строго вертикальномъ направленіи длинныя иглы въ слѣдующія точки:

1. въ верхній край symph. oss. pubis (Z)
2. въ подгрудинный уголъ после удаления мечевиднаго отростка (F)



Затѣмъ между иглами отъ точки F къ точкѣ Z натягивалась восчанная нитка (средняя линия тѣла). Поперечная линия LA, проходящая черезъ точку F, и линия OD черезъ точку Z перпендикулярно къ линии FZ, пересѣкаются на своихъ концахъ съ боковыми линиями LO и AD, параллельными намѣченной средней линіи

FZ, отстоящими отъ послѣдней на равныхъ разстояніяхъ. Онѣ являются въ то же время касательными къ наиболѣе удаленнымъ отъ средней линіи боковымъ выпуклостямъ стѣнки живота. Въ точкахъ пересѣченія этихъ линій L, A, O, D вкалывались въ столярныя иголки. Далѣе средняя линія FZ дѣлилась на три равныя части и черезъ точки x и y проводились поперечныя линіи, KB и QC параллельныя верхней поперечной и въ точкахъ пересѣченія K, B, Q и C вкалывались въ столярныя иголки, натягивались между ними нитки. Такимъ образомъ, была получена рамка, состоящая изъ шести равныхъ четырехугольниковъ, причемъ верхніе два четырехугольника соотвѣтствовали области надчрева, средніе—поясничной области, а нижніе—подвздошнымъ ямамъ и видимой части таза. Поперечныя линіи KB и QC оказались весьма удобными, такъ какъ первая пересѣкала полость живота на уровнѣ хрящевого соединенія 12-го грудного и 1-го поясничнаго позвонковъ, а вторая проходила надъ наиболѣе выдающимися частями подвздошныхъ гребней.

Средніе размѣры схемы—въ сантиметрахъ $FZ=LO=AD=14$, 35 см. $LA=KB=QC=OD=11,5$ см.; $PR=8$ см., $NM=8,4$ см., $CT=3,4$ см.

Полученная указаннымъ способомъ рамка была переведена на бумагу и затѣмъ въ эту рамку были врисованы наиболѣе постоянныя точки и контуры, какъ брюшныхъ стѣнокъ, такъ и нѣкоторыхъ органовъ, имѣющихъ важное значеніе для опредѣленія положенія частей ободочной кишки. Такимъ образомъ были зарисованы контуры реберныхъ дугъ, подвздошныхъ ямъ, тазового входа, позвоночника, почекъ и поясничныхъ мышцъ, а послѣ удаленія лѣвой почки и части діафрагмы и двухъ послѣднихъ реберъ. Пунктирная линія lv представляетъ ту болѣе или менѣе постоянную линію задняго края печени, по которой эта послѣдняя пересѣкаетъ заднюю стѣнку живота, правую почку и позвоночникъ. Контуры нижнихъ концовъ почек на схему не зарисованы, такъ какъ положеніе ихъ подвержено весьма рѣзкимъ колебаніямъ. Линія PR представляетъ разстояніе между латеральными краями почекъ на серединѣ протяженія Xy . NM —разстояніе между $spin. il. ant. sup.$ ST —поперечникъ тазового входа на серединѣ протяженія Zy .

Всѣ указанныя разстоянія были точно измѣрены во всѣхъ 20 случаяхъ. Изъ всѣхъ измѣреній былъ сдѣланъ средний выводъ и на основаніи этихъ среднихъ построена прилагаемая схема, на которую и заносились разнообразныя положенія ободочной кишки. Представляемая схема, разумѣется, не является дѣйствительно абсолютно точной средней для всѣхъ 300 случаевъ. Она была построена

съ цѣлью облегченія быстрого зарисовыванія особенностей каждаго даннаго случая.

Діаграмма, которую предложилъ въ своей работѣ о топографіи органовъ брюшной полости у человѣка Chr. Addison и о которой было уже сказано въ введеніи, примѣнительно къ нашему матеріалу оказалась малоприспособленной. Крупнымъ недостаткомъ этой діаграммы для насъ являются латеральныя линіи, проходящія черезъ $spin. il. ant. sup.$ У взрослого онѣ совпадаютъ съ боковой линіей брюшной полости, въ дѣтствіе чего Addison'у удалось съ исчерпывающей точностью зарисовать такіе измѣняемые и подвижные органы, какъ желудокъ и ободочная кишка. Въ дѣтскомъ же возрастѣ латеральныя линіи живота дугообразно изогнуты кнаружи и выходятъ далеко за предѣлы вертикали, проведенной черезъ $spin. il. ant. sup.$ и нѣкоторыя части ободочной кишки у дѣтей часто проецируются за предѣлы этой вертикали. Кромѣ того діаграмма Addison'a построена для всего туловища и захватываетъ и грудную полость.

Въ виду этого наша діаграмма приспособлена исключительно къ брюшной полости и верхняя поперечная линія ея проходитъ черезъ подгрудинный уголь. Иголка, воткнутая черезъ этотъ уголь, пронизываетъ 8 межпозвоночный хрящъ грудного отдѣла позвоночника и проэкція ободочной кишки на заднюю стѣнку живота вполне возможна, такъ какъ ея контуръ никогда не достигаетъ болѣе высокаго уровня.

Для опредѣленія формы слѣпой кишки, мы, по извлеченіи ободочной кишки изъ брюшной полости отрѣзали подвздошно-слѣпокишечный сегментъ съ частью восходящей ободочной кишки, завязывали открытый конецъ послѣдней и наполняли кишку черезъ концевой отрѣзокъ подвздошной кишки растопленнымъ парафиномъ, стараясь не слишкомъ растягивать стѣнки указаннаго отрѣзка. Затѣмъ очищенный отъ брюшинныхъ связокъ препаратъ погружался въ 5% формалинъ на сутки и затѣмъ высушивался. Полученный такимъ образомъ препаратъ давалъ возможность въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ опредѣлить особенности формы слѣпой кишки.

Измѣреніе длины различныхъ частей ободочной кишки мы производили восчанной ниткой по ходу свободной продольной ленты съ той цѣлью, чтобы опредѣлить зависимость формы, числа петель и положеніе петель каждой части отъ ея длины.

Такая зависимость несомнѣнно существуетъ вообще и въ частности въ той серіи препаратовъ, у которыхъ восходящая ободочная кишка является подвижной, довольно наглядно объясняетъ явленія значитель-

наго удаленія слѣпой кишки отъ обычнаго для нея мѣста. Кромѣ того во всѣхъ случаяхъ мы дѣлали измѣренія длины ободочной кишки отъ coecum до lig. phren.-col. sin. и отсюда до аборального конца S-образной кривизны. Последнія цифры для насъ оказались весьма цѣнными и дали возможность отчасти подтвердить нѣкоторые наши выводы о развитіи ободочной кишки.

Необходимо при этомъ указать на то, что общая длина ободочной кишки въ нашихъ случаяхъ вообще замѣтно меньше, чѣмъ у другихъ авторовъ. Это обстоятельство объясняется отчасти предварительной обработкой крѣпкимъ растворомъ формалина. Кромѣ того рѣзко бросающееся въ глаза укороченіе наблюдалось у недоносковъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ободочная кишка оказывалась или на всемъ протяженіи или въ нѣкоторыхъ участкахъ окоченѣвшей. Наконецъ, сюда же надо отнести и недостаточное общее питаніе, наблюдавшееся у большинства труповъ, что несомнѣнно при жизни оказывало вліяніе на замедленіе роста кишечника. Непостоянство результатовъ измѣреній находится въ тѣсной связи съ физическимъ состояніемъ кишекъ, вслѣдствіе чего для одного и того же возраста въ одномъ случаѣ кишка была сравнительно короткой, а въ другомъ оказывалась довольно длинной.

Впрочемъ, методъ измѣренія кишекъ мало разработанъ и если сравнить между собой цифры, полученныя разными авторами при измѣреніи тонкихъ и толстыхъ кишекъ (Beneke, Sarrey, Таренецкій, Дебеле³⁹, Дрейке, Гундобинъ, Treves и др.), то можно убѣдиться, что эти цифры далеко не совпадаютъ, представляютъ значительныя колебанія и часто не могутъ быть сравнимы.

Проф. Таренецкій, изслѣдовавшій длину кишечника у человѣка и млекопитающихъ говоритъ, что „всякій, занимавшійся измѣреніемъ длины кишечнаго канала, легко убѣждается, что результаты этихъ измѣреній носятъ непостоянный характеръ“. Проф. Гундобинъ, измѣрявшій длину кишекъ у дѣтей наглядно показываетъ зависимость данныхъ длины кишечника отъ метода изслѣдованія. Изъ приведенной имъ таблицы видно, что толстая кишка, измѣренная нитью *in situ*, дала 23 см.; та же кишка, извлеченная изъ брюшной полости, дала 27 см.; при легкомъ растягиваніи та же кишка равнялась уже 29 см.; та же кишка, отдѣленная отъ брыжжейки и вскрытая удлинилась до 32 см., наконецъ, послѣдняя, слегка вытянутая, дала уже 33 см. Измѣренія эти получены на кишечникѣ трупа мальчика 5 дней (недоноска) съ длиной туловища въ 18 см., черезъ 8 часовъ послѣ смерти. Разница между первымъ способомъ

измѣренія и послѣднимъ въ 10 см., указываетъ весьма наглядно на возможность значительныхъ колебаній результатовъ измѣреній въ связи съ тѣмъ или инымъ способомъ. „Выводы авторовъ относительно длины кишечника“, говоритъ Дебеле, „чрезвычайно разнообразны и противорѣчивы и результаты ихъ изслѣдованій неудобосравнимы въ зависимости отъ различія методовъ измѣренія и способовъ полученія относительныхъ размѣровъ кишечника и его отдѣловъ. Что касается спеціально дѣтей, то ростъ ихъ кишекъ почти ни однимъ изъ перечисленныхъ авторовъ не прослѣженъ послѣдовательно по годамъ и его нельзя опредѣлять по существующимъ литературнымъ даннымъ“.

Наши измѣренія производились послѣ извлеченія толстыхъ кишекъ изъ брюшной полости на столѣ восчаной ниткой, причемъ для того, чтобы не потерять границу между отдѣльными частями ихъ, мы предварительно *in situ* обводили и перетягивали ниткой кишку на пограничныхъ участкахъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда отдѣльныя части толстыхъ кишекъ не были еще дифференцированы и имѣли общую брыжжейку, измѣрялись только адоральный и аборальный отдѣлы толстыхъ кишекъ, причемъ граница между ними опредѣлялась предварительной перевязкой въ области lig. phren. col.—sin.

Глава II-ая

Общая топографія органовъ брюшной полости новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій.

„Съ точки зрѣнія практики брюшные органы должны быть разематрируемы, какъ одно цѣлое“. Chr. Addison.

Вліяніе крупныхъ органовъ брюшной полости на положеніе различныхъ частей ободочной кишки въ первомъ году жизни огромно. Изученіе многочисленныхъ вариантовъ положенія ея безъ одновременнаго обзора въ общихъ и наиболѣе существенныхъ чертахъ топографіи остальныхъ брюшныхъ органовъ представляетъ большое уцуненіе. Между тѣмъ, большинство авторовъ, изслѣдовавшихъ анатомію кишечника дѣтскаго возраста, удѣляетъ очень мало вниманія общей топографіи органовъ брюшной полости, указывая лишь на огромное значеніе въ этомъ смыслѣ большой еще печени, величины, формы и положенія желудка, селезенки и отчасти и осталь-

ныхъ органовъ брюшной полости. Изъ специальныхъ же изслѣдованій, касающихся топографіи органовъ брюшной полости примѣнительно къ первому году жизни, можно указать только на работу Lemaire' a. Но и его изслѣдованіе обнимаетъ сравнительно очень большой періодъ (считая отъ утробной жизни до 5 лѣтъ), при чемъ большую часть его матеріала составляли трупы утробнаго періода. Что же касается тѣхъ авторовъ, которые при изслѣдованіи формы, величины и положенія различныхъ частей толстыхъ кишекъ у взрослыхъ между прочимъ пользовались въ ограниченномъ числѣ и дѣтскими трупами, то они удѣляли этому возрасту вниманіе лишь съ той цѣлью, чтобы полученными данными изъ раннихъ періодовъ жизни объяснить и освѣтить различные интересные факты, наблюдающіеся у взрослыхъ. Огромная часть изслѣдователей пользовалась именно такимъ смѣшаннымъ матеріаломъ, поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что нѣкоторыя анатомическія особенности дѣтскаго возраста они относили къ явленіямъ ненормальнымъ или аномальнымъ, хотя для указаннаго возраста, какъ мы убѣдились на основаніи нашихъ наблюденій, подобныя явленія слѣдуетъ считать обычными и безусловно нормальными.

Положеніе ободочной кишки у дѣтей перваго года жизни весьма тѣсно связано съ топографіей не одного какого-либо органа, а всѣхъ органовъ брюшной полости и только въ связи съ этой топографіей становятся понятными и особенности положенія дѣтскаго кишечника и поразительное многообразіе наблюдающихся вариантовъ. Наши изслѣдованія убѣдили насъ въ томъ, что для каждаго періода жизни повидимому, существуютъ свои опредѣленные особенности въ общемъ устройствѣ брюшной полости и поэтому для установленія анатомическихъ нормъ должно пользоваться матеріаломъ не смѣшаннымъ, а обнимающимъ одинъ опредѣленный періодъ жизни.

Возвращаясь къ Lemaire'у, мы должны указать, что далеко не со всѣми выводами нужно согласиться, но все же слѣдуетъ признать въ его работѣ особенно цѣннымъ именно то, что онъ не оставилъ безъ вниманія ни одного органа и благодаря этому общая картина взаиморасположенія органовъ брюшной полости получила во многихъ отношеніяхъ правильное освѣщеніе.

Описавъ общую картину расположенія органовъ, послѣ вскрытія брюшной полости, Lemaire 1-ую главу посвящаетъ вопросу о положеніи тонкихъ и толстыхъ кишекъ въ связи съ положеніемъ ихъ брыжжеекъ. Во II и III-ей главахъ онъ отдѣльно рассматриваетъ положеніе остальныхъ органовъ брюшной полости, лежащихъ какъ

въ полости брюшины, такъ и внѣ ея, и въ заключеніе приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: „Различіе между брюшной полостью дѣтей и взрослыхъ сводится особенно къ значительной величинѣ печени и къ незаконченному развитію толстыхъ кишекъ. Послѣ рожденія печень занимаетъ болѣе трети брюшной полости. Ея правая доля видна подъ реберной дугой, недалеко отъ подвздошнаго гребня. Ея лѣвая доля переходитъ въ лѣвое подреберье сдвигая книзу органы этой области. Желудокъ, располагающійся вертикально, слѣва отъ позвоночника вполне скрытъ подъ ея нижней поверхностью. Длинная ось низко лежащей селезенки имѣетъ болѣе косо направленіе, чѣмъ у взрослога, и лѣвый уголъ ободочной кишки прикрѣпляется къ брюшной стѣнкѣ ниже, чѣмъ у взрослога“. Кромѣ значительной величины печени, высокаго положенія слѣпой кишки, форма и направленіе толстыхъ кишекъ представляютъ значительныя отличія отъ того, что наблюдается у взрослога. Lemaire продолжаетъ: „Въ однихъ случаяхъ слѣпая кишка лежитъ подъ печенью (foetus) и тогда правая ободочная кишка уже спустилась до уровня подвздошнаго гребня или въ задній отдѣлъ правой подвздошной ямы“. „Colon ascend. встрѣчается перекинувшюся непосредственно надъ входомъ въ малый тазъ и печень отодвигая ее влѣво, прикрываетъ своей нижней поверхностью. Colon ascend. можетъ отсутствовать и тогда толстая кишка отъ слѣпой кишки идетъ косо вверхъ и влѣво, фиксируясь только подъ селезенкой посредствомъ lig. phren.-col. sin. Брыжжейка тонкихъ кишекъ имѣетъ послѣ рожденія почти поперечное положеніе и ея правый конецъ опускается по мѣрѣ опущенія слѣпой кишки. Брюшинныя связки, фиксирующія слѣпую кишку къ боковой или задней стѣнкѣ живота, оттягиваются впередъ, слѣдуя за движеніемъ ея и образуютъ родъ брыжжейки. Бахромки брыжжейки тощей кишки обращены внизъ и влѣво, а подвздошной вверхъ и вправо. Такое же положеніе имѣютъ петли тонкихъ кишекъ: тощая располагается слѣва, а подвздошная справа и снизу. Наиболѣе многочисленныя петли помѣщаются налѣво соотвѣтственно большому объему брюшной полости этой стороны вслѣдствіе малой величины печени и наличности полости „sous mesocolique“.

Положеніе и взаимоотношенія кишечныхъ петель измѣнчивы соотвѣтственно возрасту и вѣроятно измѣняются у одного и того же субъекта въ различные моменты жизни. Никакого практическаго значенія это не имѣетъ. Flex. sigmoidea спускается въ полость малаго таза только въ позднѣйшемъ возрастѣ. Послѣ рожденія она располагается въ огромномъ большинствѣ случаевъ надъ входомъ въ

тазь, въ лѣвой подвздошной ямѣ у лѣвой стѣнки ея или переходитъ поперекъ отъ одной подвздошной ямы къ другой“. Lemaire упоминаетъ здѣсь о Hugier, по мнѣнію котораго послѣднее положеніе является постояннымъ до 2 х-лѣтняго возраста. Самъ Lemaire это мнѣніе считаетъ слишкомъ категорическимъ. Uterus и ея придатки выступаютъ изъ входнаго отверстія малаго таза. Верхушка пузыря выступаетъ надъ верхнимъ краемъ лобковаго соединенія, имѣетъ веретенообразную форму и доходитъ до пупка. Поясничная область относительно короче, чѣмъ у взрослыхъ, почки сравнительно велики и вслѣдствіе этого нижній конецъ ихъ приближенъ къ *cr. il. Gl supragenales* у дѣтей почти такой же величины, какъ и у взрослыхъ, лежатъ очень высоко и покрываютъ часть передней поверхности почки“.

Изложенная здѣсь общая картина, представляющая почти буквальный переводъ заключительной главы работы Lemaire'a, является довольно поверхностной вообще, а въ частности по отношенію къ кишечнику совершенно не исчерпываетъ тѣхъ фактовъ, которые въ дѣйствительности имѣютъ мѣсто. Эта сторона вопроса на основаніи нашихъ наблюденій нуждается въ пересмотрѣ нѣкоторыхъ отдѣловъ и въ особенности болѣе тщательномъ разсмотрѣніи нѣкоторыхъ взаимоотношеній крупныхъ органовъ брюшной полости и въ выясненіи вліянія ихъ на положеніе кишечника.

Въ анатоміи органовъ брюшной полости весьма удобнымъ является дѣленіе ея на два, значительныхъ по величинѣ, отдѣла: железистый и кишечный.

На границѣ между этими отдѣлами располагается *mesocolon transv.* съ поперечной ободочной кишкой, заключенной въ свободномъ краѣ этой брыжейки и прилегающей на значительномъ протяженіи къ передней стѣнкѣ живота. Полость железистаго отдѣла составляетъ верхнюю часть и въ ней съ правой стороны располагается большая часть печени, съ лѣвой—желудокъ, селезенка, *gl. supragen.* и отчасти *pancreas*. Подобныя отношенія обязательны для всѣхъ возрастовъ, но въ первомъ году жизни эти отношенія имѣютъ свои особенности. Ни одинъ какой либо органъ, а всѣ три указанные выше органа совместно оказываютъ наиболѣе существенное вліяніе на положеніе толстыхъ кишекъ и поэтому изученіе ихъ взаимоотношеній представляетъ особенный интересъ.

Для удобства изложенія мы разсмотримъ сначала положеніе печени, желудка, двѣнадцатиперстной кишки, селезенки и почекъ съ надпочечниками, какъ наиболѣе важныхъ для нашей задачи органовъ, затѣмъ, вкратцѣ, остальныхъ органовъ брюшной полости и въ заключе-

ніе укажемъ на тѣ наиболѣе часто повторяющіяся комбинаціи взаимоотношенія ихъ, которыя намъ удалось подмѣтить въ нашихъ трехстахъ случаяхъ. Послѣднимъ, т. е. комбинаціямъ величины формы и положенія органовъ брюшной полости мы придаемъ преимущественное значеніе въ расположеніи отдѣльныхъ частей ободочной кишки.

Печень.

Наиболѣе рѣзкое вліяніе изъ всѣхъ брюшныхъ органовъ на положеніе ободочной кишки и особенно на ея правую вертикальную часть оказываетъ печень, которая, благодаря своей относительно значительной величинѣ, занимаетъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ большую часть брюшной полости. Въ своемъ учебникѣ „Объ особенностяхъ дѣтскаго возраста“ проф. Гундобинъ говоритъ, что „вопросъ о границахъ печени у дѣтей имѣетъ важное клиническое значеніе, такъ какъ пораженія кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ очень часты и увеличеніе печени составляетъ одинъ изъ главныхъ признаковъ, который указываетъ на разстройство пищеваренія у ребенка.“ Величина печени выражается главнымъ образомъ въ высотѣ стоянія передняго остраго края ея, въ зависимости отъ чего рѣзко измѣняется положеніе нижней поверхности.

Вопросъ о положеніи печени у зародышей разработанъ еще старыми авторами (Henle, Hyrtl, Pahnseh и др.), по указаніямъ которыхъ печень въ это время представляетъ самый массивный и объемистый органъ, состоящій изъ двухъ почти равныхъ долей, занимающихъ значительную часть брюшной полости, при чемъ передній край ея въ первой половинѣ утробной жизни стоитъ низко, ниже уровня пупка. И только ко второй половинѣ утробной жизни и особенно послѣ рожденія, вслѣдствіе увеличенія объема грудной клѣтки и уменьшенія количества крови, послѣ запусгнія пупочной вены, этотъ органъ уменьшается и передній край его постепенно скрывается за реберной дугой.

По вопросу о высотѣ стоянія передняго края печени послѣ рожденія каждый изъ изслѣдователей держится своего мнѣнія.

По Миллеру *) печень у новорожденныхъ нерѣдко выдается изъ подъ реберной дуги, достигаетъ пупка и спускается даже ниже. И даже послѣ года (до 4-хъ лѣтъ) она выдается изъ за реберной дуги на 1—2 см.

*) Учебн. анат. дѣтск. возр. 1885 г.

По Frerichs'у*), „у дѣтей нижній край печени стоитъ вообще ниже, чѣмъ у взрослога“.

Sahlі**), производившій свои изслѣдованія только на 9 трупяхъ (новорожденные и дѣти до 8 ми лѣтъ), указываетъ, что у новорожденного нижній край печени выстоптъ изъ подъ края реберъ по сосковой линіи на 2.—6 см.

Birch-Hirschfeld***) отмѣчаетъ, что „у маленькихъ дѣтей до 4-хъ лѣтъ, печень выступаетъ изъ подъ края реберъ по правой сосковой линіи на 1-2 см.“

Филатовъ говоритъ, что „печень у дѣтей первыхъ лѣтъ жизни по сосковой линіи и въ нормальномъ состояніи выступаетъ изъ подъ реберъ на 1-2 пальца и если не прощупывается, то только потому, что край ея недостаточно твердъ для этого“.

Ө. Ю. Ковальскій⁴⁰), изслѣдовавшій положеніе печени на 170 дѣтскихъ трупахъ указываетъ, что „длинная ось печени расположена поперечно и верхняя поверхность ея, значительно болѣе выпуклая у плодовъ и дѣтей перваго мѣсяца жизни, теряетъ довольно скоро эту особенность, но всегда превалируетъ надъ нижней поверхностью, которая сохраняетъ вначалѣ плоскую форму и только послѣ года дѣлается нѣсколько вогнутой. Лѣвый край печени у грудныхъ дѣтей (отъ рожденія до года) касается медиальной поверхности селезенки и въ половинѣ случаевъ, покрываетъ верхній конецъ этого органа“.

По Lemaire'у у зародышей печень слишкомъ велика чтобы помѣститься въ правомъ подреберьи и потому она занимаетъ въ то же время и правый отдѣлъ лѣваго подреберья. Передній край ея скользитъ вдоль свободнаго края реберной дуги вправо и выполняетъ подложечную область и часть лѣваго подреберья. Лѣвая вырѣзка печени, соответствующая подвѣшивающей связкѣ, находится на средней линіи или даже немного влѣво.

У новорожденныхъ по Lemaire'у положеніе печени представляется въ общемъ такимъ же, какъ и у зародышей. Но послѣ рожденія развитіе лѣвой доли ея отстаетъ отъ правой, лѣвая вырѣзка печени смѣщается вправо, величина печени относительно остальныхъ органовъ уменьшается. Благодаря этому печень оставляетъ лѣвый отдѣлъ брюшной полости, правая доля исчезаетъ за реберной дугой и вырѣзка пупочной вены переходитъ вправо отъ средней линіи, направляясь косо вверхъ и вправо. Но лѣвая доля еще долго

*
** } Цит. по Ковальскому.
*** }

1936
5292
остается въ лѣвомъ подреберьи и своимъ свободнымъ концомъ прикрываетъ селезенку. Для насъ гораздо болѣе интересъ представляютъ указанія Lemaire'a на то, какое вліяніе оказываетъ величина печени на положеніе colon.

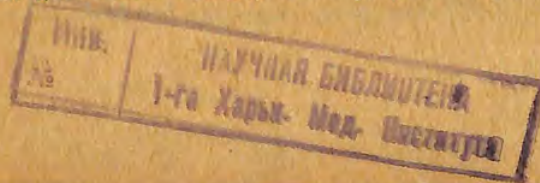
„Большая печень“, говоритъ онъ, „правый край которой спускается почти до подвздошнаго гребня, приходитъ въ соприкосновеніе со слѣпой кишкой. Въ этомъ случаѣ восходящей ободочной кишки не существуетъ и толстая кишка тянется косо вверхъ и влѣво. На всемъ протяженіи она покрыта печенью. Наоборотъ, если печень скрыта подъ реберной дугой, то восходящая часть существуетъ, правый уголъ ободочной кишки упирается въ печень на уровнѣ желчнаго пузыря. Далѣе, ободочная кишка приходитъ въ соприкосновеніе съ лѣвой долей или переднимъ краемъ ея до встрѣчи съ желудкомъ“. Нижній край печени не представляетъ какихъ либо особенностей, если не считать болѣе низкаго положенія, чѣмъ у взрослыхъ.

У Charpy приведены выводы ряда авторовъ о положеніи печени у новорожденныхъ. Среди нихъ Mettenheimer полагаетъ, что ростъ печени послѣ рожденія останавливается, причемъ это относится главнымъ образомъ къ лѣвой ея долѣ. Наполненіе желудка пищей и особенно сокращеніе діафрагмы сдвигаетъ эту железу вправо, внизъ и впередъ, а къ концу перваго года жизни печень скрывается за реберной дугой.

Symington также указываетъ, что къ концу 1 года жизни печень скрывается за ребернымъ краемъ; однако, даже къ 5 годамъ, по его мнѣнію, можно видѣть ее рѣзко опущенной изъ лѣваго подреберья, при чемъ она занимаетъ половину пространства между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, а лѣвая доля ея покрываетъ наружную поверхность селезенки.

Toldt и Zuckerkandl на основаніи своихъ наблюденій пришли къ заключенію, что прогрессивная атрофія лѣвой доли печени касается не только окружности ея, которая постепенно заостряется и часто становится перепончатой, но и всей массы печени въ передне-заднемъ направленіи.

Что касается положенія печени и взаимоотношенія къ окружающимъ органамъ у новорожденныхъ, то Charpy описываетъ это слѣдующимъ образомъ: „печень выполняетъ почти всю область epigastrium, распространяясь своей массой отъ мечевиднаго угла на половину или на двѣ трети брюшной полости. Она покрываетъ большую часть желудка до большой кривизны и тянется надъ селезенкой. Если лѣвая доля очень велика, она образуетъ новую поверхность (Ballan-



тупе) и лѣвая треугольная связка фиксируется къ лѣвой реберной части діафрагмы. Наибольшимъ варіаціямъ подвержены отношенія передне-верхней поверхности къ брюшной стѣнкѣ. Можно видѣть, что печень безъ наличности значительнаго увеличенія ея, доходитъ до пупка или, наоборотъ, почти скрыта за реберной дугой.

Обычно передній край железы спускается по средней линіи на 2 или на 3 см. къ пупку, по сосковой линіи на 2—4 см. ниже реберныхъ хрящей; съ лѣвой стороны она пересѣкаетъ реберную дугу на уровнѣ 8-го ребра: Lig. suspens. hep. находится на средней линіи или немного отклонена вправо, однако въ рѣдкихъ случаяхъ это отклоненіе выражено рѣзко“.

Вышеприведенный краткій обзоръ литературныхъ данныхъ указываетъ довольно ясно, что мнѣнія авторовъ о положеніи печени не являются тождественными, хотя большинство авторовъ все таки отмѣчаетъ сравнительно низкое стояніе передняго края печени у новорожденныхъ.

Исслѣдуя въ общихъ чертахъ положеніе печени въ нашихъ случаяхъ, мы должны признать, что положеніе печени въ брюшной полости отличается значительнымъ разнообразіемъ и это, повидимому, находится въ связи съ индивидуальными особенностями роста этого органа независимо отъ возраста по мѣсяцамъ. Какъ у новорожденныхъ, такъ и у дѣтей грудного возраста, мы встрѣчали одинаковыя положенія этой железы. Однако, наши наблюденія привели насъ къ убѣжденію, что, во первыхъ, печень въ первомъ году жизни есть дѣйствительно сравнительно большой органъ и занимаетъ значительную часть брюшной полости; во вторыхъ, различныя положенія печени выражаются не только въ неодинаковой высотѣ стоянія передняго края, но и праваго и лѣваго угловъ*) ея; въ третьихъ, что различія въ положеніи этого органа въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ сводятся къ значительной величинѣ главнымъ образомъ лѣвой доли печени; въ четвертыхъ, что выступаніе передняго края печени изъ подъ реберной дуги слѣдуетъ считать индивидуальной особенностью даннаго случая; въ пятыхъ, что при всѣхъ положеніяхъ передняго края и угловъ печени, задній край ея, на опредѣленномъ протяженіи, указанномъ ниже, сохраняетъ одно и тоже положеніе, и, наконецъ, въ шестыхъ, что всѣ варіаціи положенія печени сводятся къ тремъ позиціямъ, неизмѣнно повторяющимся:

*) Термин. франц. автор.

Позиція I-ая, (рис. 1). Печень занимаетъ правое подреберье и часть лѣваго. Передній край ея скрытъ за краемъ реберной дуги или тянется вдоль этого края справа налѣво и вверхъ, причемъ часто въ области подгрудиннаго угла подъ мечевиднымъ отросткомъ онъ выступаетъ книзу, въ зависимости отъ чего часть діафрагматической поверхности печени прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота въ видѣ треугольника съ основаніемъ, имѣющимъ поперечное направленіе. Правый уголъ печени не доходитъ до подвздошнаго гребня см. на 3. Лѣвая доля прикрываетъ желудокъ полностью или часть его и лѣвый истонченный край достигаетъ селезенки. Лѣвая вырѣзка печени находится вправо отъ средней линіи (по реберному краю отъ 2 до 4, 3 см.). Нижняя поверхность печени обращена внизъ и влѣво и въ области правой доли плоска, въ лѣвой—плоска, но чаще слегка вогнута, соотвѣтственно желудку. Задній (или нижній) край печени пересѣкаетъ переднюю поверхность правой почки наискось отъ середины ея латеральнаго края влѣво и вверхъ къ средней линіи до уровня 11-го или рѣже 12-го грудного позвонка. Такое положеніе печени съ ничтожными отклоненіями отъ описаннаго мы встрѣчали чаще всего (изъ 300 случаевъ 176 разъ).

Позиція II-ая, (рис. 2).—Печень занимаетъ правое и большую часть лѣваго подреберья. Передній край ея выступаетъ изъ подъ реберной дуги книзу на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи и діафрагматическая поверхность печени въ видѣ треугольной площади прилегаетъ къ передней стѣнкѣ живота. Опущеніе передняго края печени иногда бываетъ выражено очень рѣзко и достигаетъ почти уровня пупка. Правый уголъ печени не доходитъ до подвздошнаго гребня см. на 2—3. Лѣвая доля печени значительной величины и иногда почти равна правой. Лѣвый довольно массивный край ея заходитъ за діафрагматическую поверхность селезенки, отодвигая послѣднюю книзу и кнутри. Лѣвая вырѣзка печени находится чаще отъ средней линіи (на 1 см.) или на средней линіи (рѣже) или влѣво отъ средней линіи (исключительно рѣдко). Нижняя поверхность плоска или слегка вогнута въ передне-заднемъ направленіи, обращена внизъ, а въ случаѣ значительнаго опущенія передняго края, еще и назадъ. Вторая позиція печени встрѣчается значительно рѣже, преимущественно, въ первые два мѣсяца жизни и у недоношенныхъ дѣтей (83 раза на 300 сл.).

Позиція III-ья, (рис. 3). Печень занимаетъ главнымъ образомъ правое подреберье и часть лѣваго. Передній край печени тянется по краю реберной дуги или выступаетъ изъ подъ нея на 1½—3 см.

по сосковой линии. Правый отдѣлъ діафрагматической поверхности печени по подкрыльцовой линии прилежитъ непосредственно къ стѣнкѣ живота опускаясь до подвздошнаго гребня. Лѣвая доля мала, большей частью лежитъ вправо отъ средней линии, часто не достигая селезенки. Нижняя поверхность плоска и обращена влѣво и внизъ. Лѣвая вырѣзка вправо отъ средней линии отъ $3\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$ см. Лѣвая и правая вырѣзки печени лежатъ почти на одной вертикали. Описанное положеніе печени мы наблюдали 41 разъ.

Послѣдняя позиція печени встрѣчается рѣже сравнительно съ двумя первыми. При этой позиціи печень какъ бы передвинута вправо и поднята кверху своей лѣвой долей, вслѣдствіе чего большая часть правой брыжжеечной пазухи бываетъ занята ею.

Представляется весьма интереснымъ привести здѣсь случай Colin'a⁵⁷, въ которомъ авторъ у 11-мѣсячнаго ребенка связываетъ измѣненіе топографіи органовъ брюшной полости съ расширенной colon transversum.

Диаметръ поперечной ободочной кишки 5 см., а длина только 7 см. Длина восходящей ободочной—13 см., а нисходящей 17 см. съ діаметромъ отъ 1—2 см.

На расширенной colon transv., рѣзко отграниченной отъ соседнихъ частей ободочной кишки, макроскопически не были замѣтны продольныя ленты. Микроскопическое же изслѣдованіе обнаружило эти ленты въ видѣ очень тонкихъ и неравномѣрно распределенныхъ продольныхъ пучковъ. Печень поперечной осью была поставлена вертикально, такъ что incis. ves. fell. лежала не вправо, а прямо книзу подъ incis. umbil. Правая почка имѣла необыкновенное положеніе. Восходящая ободочная была снабжена брыжжейкой, какъ у эмбриона. По мнѣнію Colin'a положеніе печени обуславливается дилатаціей поперечной кишки, а дилатація объясняется рѣзкими перехватами этой кишки у праваго и лѣваго концовъ ея.

Не вдаваясь сейчасъ въ объясненія причинъ дилатаціи col. transv. и вліянія ея на положеніе печени, мы отмѣтимъ только характерное положеніе этого органа, которое вполне совпадаетъ съ нашей 3-ей позиціей.

При всѣхъ указанныхъ 3-хъ позиціяхъ неподвижнымъ, несмѣщаемымъ остается нижній или задній край печени на протяженіи косою линіи, восходящей справа налѣво, отъ середины латеральнаго края правой почки черезъ ея переднюю поверхность къ тѣлу 11 грудного позвонка. При всѣхъ измѣненіяхъ положенія печени въ зависимости отъ той или иной величины долей ея, эта линія остается въ

большей части случаевъ постоянной и потому мы обозначили ее пунктиромъ на схемѣ какъ верхнюю границу задней стѣнки живота, за которую части фиксированной ободочной кишки не могутъ подняться.

Lemaire въ главѣ о положеніи печени указываетъ, что „у объектовъ съ расширеннымъ желудкомъ задній край печени поднимается кверху, передній край ея опускается внизъ, благодаря чему нижняя поверхность обращается назадъ. Въ общемъ получается впечатлѣніе, что печень вращается вокругъ себя самой“. Послѣднее можетъ быть признано только по отношенію къ лѣвой долѣ печени. Что же касается уже указанной выше линіи, то въ нашихъ довольно многочисленныхъ случаяхъ расширеніе желудка не отражалось на положеніи этой линіи.

Такимъ образомъ, задній край печени въ указанномъ отдѣлѣ является наискось идущей осью, вокругъ которой какъ бы происходитъ болѣе или менѣе значительное вращеніе печени при различныхъ измѣненіяхъ ея формы и величины.

Въ заключеніе считаемъ необходимымъ указать, что зарисованныя три позиціи печени представляютъ три основныхъ среднихъ положенія этого органа. Многочисленныя провѣрочныя изслѣдованія убѣдили насъ въ томъ, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ положеніе печени или совпадало вполне съ одной изъ указанныхъ позицій или представляло переходное положеніе отъ одной позиціи къ другой.

Желудокъ.

Одной изъ первыхъ работъ о положеніи желудка въ дѣтскомъ возрастѣ является изслѣдованіе Fleischmann'a^{*)}, относящееся къ желудкамъ зародышей (4-7 мѣсяцевъ утробной жизни) и дѣтей грудного возраста. У послѣднихъ по мнѣнію этого автора, „входное отверстіе желудка лежитъ на уровнѣ 10-го грудного позвонка на лѣвой его сторонѣ. Входная часть не позволяетъ желудку никакихъ смѣщеній или передвиженій, такъ какъ она прочно прикрѣплена посредствомъ соединительной ткани къ лѣвой стѣнкѣ позвоночнаго столба, представляя такимъ образомъ фиксированный пунктъ желудка, который подобнымъ же образомъ, хотя и въ меньшей степени, укрѣпленъ въ области привратника. Въ сокращенномъ состояніи желудокъ представляется заключеннымъ между селезенкой, которая лежитъ слѣва и нѣсколько книзу отъ него, Спигеліевой долей печени—справа и кишечной петлей, поджелудочной и надпочечной железами—снизу. Сокращен-

*) Цит. по Лисенко.

ный желудокъ увлекаетъ за собой часть поперечной ободочной кишки вверхъ, въ лѣвое подреберье, вслѣдствіе чего совершенно не доступенъ для изслѣдованія“.

„При вздутомъ желудкѣ дно его въ значительной степени выдается вверхъ надъ входной частью и горизонтальный разрѣзъ, проведенный въ плоскости, проходящей черезъ входную часть, отражаетъ кусокъ дна. Въ то время, какъ передняя и верхняя поверхности дна совершенно свободны, Fleischmann находилъ нижнюю поверхность его, начиная отъ входной части, приросшею вблизи позвонковъ посредствомъ рыхлой соединительной ткани. Этотъ фактъ также какъ и связь съ селезенкой, дозволяетъ дну лишь очень ограниченныя движенія. Вторымъ укрѣпленнымъ пунктомъ желудка является въ извѣстной степени и привратникъ, положеніе котораго по средней линіи тѣла для дѣтскаго возраста Fleischmann считаетъ нормальнымъ“.

„При сокращенномъ или спавшемся желудкѣ привратникъ представляетъ обыкновенно самый глубокой пунктъ его и лежитъ тогда какъ разъ посрединѣ между верхушкой мечевиднаго отростка и пупкомъ. Такъ какъ привратникъ лежитъ на позвоночникѣ, входная же часть напротивъ слѣва отъ него, то, слѣдовательно, эти два отдѣла желудка не могутъ находиться въ одной фронтальной плоскости: именно привратникъ расположенъ болѣе кпереди, что особенно ясно видно на раздутомъ желудкѣ. Привратникъ у грудныхъ дѣтей всегда покрытъ печенью и не ощущимъ черезъ брюшныя стѣнки“.

„Малая кривизна при умѣренно раздутомъ желудкѣ стоитъ отвѣсно и верхней своей частью проходитъ параллельно лѣвому краю позвоночника; нижняя же часть ея, принадлежащая привратнику лежитъ поперекъ позвоночника почти подъ прямымъ угломъ къ верхней части. При значительномъ наполненіи желудка малая кривизна поворачивается впередъ и внизъ спирально отгибая позвоночный столбъ. Самой подвижной частью желудка Fleischmann считаетъ большую кривизну желудка. Ни при какомъ физическомъ состояніи желудка у грудныхъ дѣтей не возможенъ такой его поворотъ, чтобы нижняя поверхность превратилась въ переднюю, за исключеніемъ той части, которая принадлежитъ привратнику“.

Фроловскій¹, изслѣдовавшій положеніе желудка у новорожденныхъ годовъ позже Fleischmann'a, пришелъ почти къ аналогичнымъ результатамъ. По его мнѣнію, положеніе желудка у новорожденныхъ измѣняется смотря потому, сокращенъ ли онъ или наполненъ жидкостью или газомъ. Спавшійся или сокращенный желудокъ совершен-

но покрывается печенью, причемъ переднюю поверхность его покрываетъ лѣвая доля печени. При сильно сокращенномъ желудкѣ большая кривизна притягиваетъ поперечную ободочную кишку и покрывается вмѣстѣ съ послѣдней лѣвымъ краемъ печени.

Покрывъ переднюю стѣнку желудка, печень направляется подъ сводъ діафрагмы и краемъ своимъ обнимаетъ пищеводъ, простираясь далѣе за дно желудка и, если на границѣ *lig. suspens. hep.*, лежащей въ вертикальной плоскости тѣла, отнять часть печени, то желудокъ представляется лежащимъ въ лѣвомъ подреберьи и слѣва отъ позвоночнаго столба.

„Длинная ось желудка“, говоритъ Фроловскій, „не лежитъ параллельно позвоночному столбу; верхняя часть желудка помещается глубже и въ то же время нѣсколько лѣвѣе отъ позвоночника; затѣмъ онъ ложится все ближе къ лѣвому краю его и въ то же время направляется кпереди, такъ что привратникъ лежитъ уже впереди позвоночнаго столба приблизительно на срединѣ между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ“.

„Большая кривизна, будучи самой подвижной частью желудка, при спавшемся состояніи оказываетъ рѣзкое вліяніе на положеніе поперечной ободочной кишки, которая уходитъ въ глубь и заворачивается подъ желудокъ, а освободившееся мѣсто занимаютъ поднявшіяся кверху петли тонкихъ кишекъ.“

„Какъ бы ни былъ сильно раздутъ желудокъ у новорожденныхъ, онъ не можетъ смѣститься печени, и потому, какъ и при спавшемся состояніи его, совершенно покрывается послѣдней“.

„Начало брюшной части пищевода лежитъ на девятомъ или между девятымъ и десятымъ грудными позвонками, косо направляется влѣво и у нижняго края десятаго позвонка слѣва переходитъ въ *cardia*; вершина дна не поднимается выше середины седьмого ребра по *lin. parasternalis*; большая кривизна спускается по границѣ плоскости, проведенной черезъ лѣвую сосковую линію“.

Изъ другихъ авторовъ мы приведемъ выводы Zuccarelli,^{*} изслѣдовавшаго положеніе дѣтскаго желудка у 124 дѣтей.

„По нашему мнѣнію“, говоритъ онъ, „желудокъ у ребенка вмѣстѣ вполне вертикальное направленіе (83 раза) и лишь иногда обнаруживаетъ стремленіе принять поперечное; подъ вліяніемъ принятія пищи, различныхъ страданій желудка и съ возрастомъ ребенка этотъ органъ все болѣе и болѣе опускается, его направленіе начинаетъ дѣлаться косымъ сверху внизъ, слѣва направо и сзади напе-

^{*}) Цит. по Лисенко.

редь, короче, онъ стремится принять поперечное направлѣніе, и это направлѣніе бываетъ выражено болѣе или менѣе, смотря по тому, каково было питаніе ребенка и страдалъ-ли онъ такими болѣзнями, какъ энтеритъ, сифилисъ, диспепсія, рахитъ“..... „По мѣрѣ расширенія и увеличенія емкости желудка мы могли констатировать измѣненія и въ ориентировкѣ его стѣнокъ; передняя поверхность стремится стать верхней, но лишь изрѣдка достигаетъ вполне послѣдняго положенія, обыкновенно же представляется обращенной впередъ и вверхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ имѣетъ наклонъ сверху внизъ и сзади напередъ. Такимъ образомъ, задняя поверхность его становится нижней и обращена книзу и сзади. Края желудка или, лучше сказать, его большая и малая кривизны, также подвергаются съ возрастомъ нѣкоторымъ модификаціямъ: малая кривизна, вообще вертикальная, иногда наклонена сверху внизъ, слѣва направо; большая кривизна рѣдко вполне вертикальна; ея нижній правый конецъ описываетъ слегка кривую линію вогнутостью вверхъ; двѣ трети большой кривизны, начиная отъ *cardia*, образуютъ линію, почти всегда вертикальную—это лѣвый край желудка; остальная часть ея направляется внизъ, вправо и по направлѣнію къ *pylorus* представляетъ кривую болѣе или менѣе выраженную“.

Въ своей диссертациі, написанной на тему „о ростѣ и строеніи желудка у дѣтей“, В. И. Лисенко вполне опредѣленно связалъ положеніе желудка главнымъ образомъ съ возрастомъ ребенка. По его наблюденіямъ, „въ зародышевой жизни желудокъ представляется вполне прикрытымъ печенью, въ это время выполняющей всю верхнюю часть брюшной полости, но уже съ перваго мѣсяца жизни и далѣе съ возрастомъ, печень отступаетъ все болѣе вправо и вырастающій желудокъ все болѣе и болѣе выступаетъ изъ подъ нея. Начиная съ 5 мѣсяца жизни мы не видѣли ни одного случая, гдѣ желудокъ былъ бы вполне прикрытъ печенью. Рѣшительно тоже можно сказать и о направлѣніи длинной оси желудка, т. е., что длинная ось желудка, всегда имѣющая вертикальное направлѣніе у плодовъ, съ перваго мѣсяца жизни все чаще и чаще, по мѣрѣ дальнѣйшаго роста, представляется идущей въ болѣе или менѣе косвенномъ направлѣніи. Съ 5-го мѣсяца жизни направлѣніе длинной оси желудка на нашихъ трупахъ всегда представлялось болѣе или менѣе поперечнымъ“.

Изъ 30 своихъ случаевъ Lemaire нашелъ желудокъ 18 разъ въ вертикальномъ положеніи, при чемъ *cardia* и *pylorus* располагались слѣва отъ позвоночнаго столба, причемъ *pylorus*, лежа на

средней линіи, занималъ болѣе поверхностное положеніе, чѣмъ *cardia*. Два раза авторъ нашелъ желудокъ въ косомъ положеніи, причемъ привратникъ отстоялъ см. на 1—1½ отъ средней линіи и девять разъ желудокъ, болѣе или менѣе расширенный, располагался по косой линіи, направляясь внизъ, впередъ и вправо, приближаясь почти къ горизонтальному положенію.

„Задняя поверхность смотритъ назадъ, внизъ и немного влѣво, передняя поверхность немного вправо, впередъ и вверхъ и въ общемъ дно желудка помѣщается глубже, чѣмъ пилорическая часть. Большая часть желудка, а иногда и весь органъ лежитъ слѣва отъ средней линіи. Входная часть лежитъ на высотѣ 10 или 11-го грудного позвонка. Положеніе *pylorus* варьируетъ: слѣва отъ средней линіи на тѣлахъ позвонковъ или, наконецъ, справа въ случаѣ дилатациі желудка—на высотѣ 1-го или 2-го поясничнаго позвонка. Большая кривизна, скрытая сверху за ребрами, сближается затѣмъ съ поперечной ободочной кишкой“.

„Желудокъ не всегда виденъ при вскрытіи живота: у эмбрионовъ и новорожденныхъ онъ совершенно скрытъ подъ печенью. Позднѣй, по мѣрѣ уменьшенія печени и освобожденія лѣваго подреберья и по мѣрѣ роста желудка, можно видѣть конечную часть большой кривизны и небольшой участокъ желудка, выдвинутый изъ подъ лѣвой и квадратной доли печени. Вся видимая часть прилежитъ къ стѣнкѣ живота. Своей задней поверхностью желудокъ лежитъ на діафрагмѣ, а въ нижней части совершенно прикрываетъ селезенку; она отчасти соприкасается съ верхнимъ краемъ поджелудочной железы, съ надпочечникомъ и прикрываетъ лѣвую часть поперечной ободочной кишки и ея лѣвый уголь“.

„Въ тѣхъ случаяхъ, когда желудокъ дилатированъ, онъ имѣетъ поперечное положеніе или рѣзко косое вправо и внизъ. Желудокъ тянется поперекъ брюшной полости, иногда достигая желчнаго пузыря. Поперечная ободочная кишка удаляется отъ печени, опускаясь до уровня пупка. Весь органъ какъ бы вращается вокругъ малой кривизны такъ, что передняя поверхность обращается вверхъ, вправо и впередъ, а задняя поверхность смотритъ внизъ, влѣво и назадъ. При дилатациі желудка, вслѣдствіе сопротивленія печени, дѣлается невозможнымъ увеличеніе передней стѣнки его, поэтому растягивается задняя стѣнка желудка; вслѣдствіе этого передняя его поверхность обращается вверхъ; ободочная кишка изгибается на ней и задняя поверхность желудка дѣлается видимой“.

По мнѣнію Lemaire'a при расширеніи желудка наблюдаются

болѣе или менѣе значительныя измѣненія положенія и другихъ частей пищеварительной трубки: расширение поперечной ободочной кишки съ одновременнымъ укороченіемъ въ ея пользу восходящей и нисходящей, которыя оказываются въ то же время суженными; поперечная ободочная кишка длиннѣй и начинается ниже тѣмъ, въ нормальномъ состояніи; остальные органы брюха смѣщены: двѣнадцатиперстная кишка смѣщена до уровня подвздошнаго гребня; почки своими нижними концами приходятъ въ соприкосновеніе съ ст. 11.

Какъ видно изъ предыдущаго обзора литературы желудокъ можетъ принять три основныхъ положенія желудка; первое—вертикальное, свойственное періоду утробной жизни; второе—косое, характерно для дѣтскаго возраста и, наконецъ, третье,—поперечное, которое считается нормальнымъ для взрослого и къ которому приближается этотъ органъ иногда у дѣтей.

На основаніи нашихъ наблюденій трудно утверждать, чтобы желудокъ въ первомъ году жизни имѣлъ какое либо одно положеніе.

Еще труднѣе рѣшить вопросъ о томъ, лежитъ ли желудокъ въ вертикальномъ или косомъ направленіи или въ косомъ, а не горизонтальномъ. Положеніе сокращеннаго желудка колеблется между вертикальнымъ и косымъ, а дилатированнаго между косымъ и поперечнымъ. Сокращенные и дилатированные желудки, встрѣчаются одинаково часто независимо отъ возраста ребенка по мѣсяцамъ.

Несомнѣнно лишь то, что положеніе желудка, по крайней мѣрѣ послѣ рожденія, зависитъ не только отъ возраста, но главнымъ образомъ отъ физическаго состоянія его. вмѣстѣ съ тѣмъ трудно согласиться и съ тѣмъ, чтобы дилатированный желудокъ одинъ, самъ по себѣ, оказывалъ замѣтное вліяніе на положеніе всѣхъ органовъ брюшной полости. Вліяніе дилатированнаго желудка сказывается главнымъ образомъ на положеніи col. transv. Пересматривая всѣ случаи положенія желудка нашего матеріала и суммируя рядъ случаевъ одинаковыхъ по положенію въ отдѣльныя группы мы нашли возможнымъ выдѣлить три различныхъ положенія этого органа, существенно вліяющихъ на положеніе ободочной кишки.

Въ составъ первой группы, наиболѣе многочисленной, вошли тѣ случаи, когда желудокъ, умѣренно вздутый былъ совершенно скрытъ за реберной дугой, занималъ лѣвую подреберную область и располагался слегка въ косомъ направленіи, будучи отвернутъ кверху (рис. 1). Передняя поверхность желудка въ такихъ случаяхъ обращена вверхъ и вправо и плотно прилежитъ къ нижней поверхности лѣвой доли печени, образуя на ней отпечатокъ въ видѣ широкой и

пологой ямы. Печень почти совершенно прикрываетъ ее, оставляя свободной ничтожную площадь передней стѣнки желудка въ отдѣлѣ привратника. Малая и большая кривизны имѣютъ косое направленіе и пилорическая часть желудка оттянута кпереди, отстоитъ отъ позвоночника на $1\frac{1}{2}$ —2 см.

Смотря по степени расширения желудка, верхняя горизонтальная часть duodenum лежитъ не поперечно, а сагиттально спереди назадъ и немного внизъ и влѣво отъ средней линіи. Большая кривизна желудка при этомъ въ области тѣла и пилорической части, оттянута кпереди. Последнее обстоятельство весьма существенно отражается на ходѣ поперечной ободочной кишки, которая увлекается впередъ и кверху, превращаясь въ огромномъ большинствѣ случаевъ въ поверхностно идущую часть, непосредственно прилежащую къ передней стѣнкѣ живота. По этой же причинѣ поперечная кишка занимаетъ область epigastrium, часто прикрывая спереди совершенно желудокъ. Несомнѣнно, что дугообразный ходъ поперечной ободочной кишки, обращенной выпуклостью вверхъ и впередъ находится въ тѣсной связи съ указаннымъ положеніемъ желудка.

Задняя поверхность оттянутаго желудка смотритъ внизъ и влѣво и вмѣстѣ съ col. transv. и ея брыжжейкой, прилежащей къ задней поверхности желудка, образуетъ довольно глубокую, свободную яму, въ которой располагаются многочисленныя петли тонкой кишки.

Ко второй группѣ относятся случаи, весьма малочисленные, почти исключительные, когда желудокъ занимаетъ почти вертикальное положеніе (рис. 2). Подобная форма встрѣчается только у очень молодыхъ и, чаще, недоношенныхъ дѣтей.

Большая и малая кривизны имѣютъ косой ходъ, сверху внизъ, слѣва направо. Желудокъ сокращенъ и располагается весь слѣва отъ позвоночника, будучи совершенно скрытъ въ глубинѣ подъ печенью. Col. transv. въ такихъ случаяхъ лежитъ въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота въ косомъ направленіи, весьма часто образуя вмѣстѣ съ косолежащей col. ascend. одну, лежащую по прямой линіи, colon obliquum^a.

Къ третьей группѣ слѣдуетъ отнести тѣ случаи, когда желудокъ сильно дилатированъ. При такомъ состояніи желудокъ занимаетъ поперечное положеніе. Печень нормальной величины, передній край ея скрытъ за краемъ реберъ и къ передней стѣнкѣ живота въ области epigastrium прилежитъ желудокъ не только передней, но часто и частью задней своей поверхности. Пилорическая часть его располагается вправо отъ средней линіи въ глубинѣ, направляясь спе-

реди назад и слегка книзу. *Curv. maj.* желудка прилежать къ передней стѣнкѣ живота, имѣть почти горизонтальное положеніе, переходя слѣва направо почти на уровнѣ середины между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. *Col. transv.* лежитъ низко въ поперечномъ направленіи или въ видѣ дуги, обращенной выпуклостью внизъ.

Впрочемъ ходъ ободочной кишки, какъ мы указали съ самаго начала, зависитъ отъ совмѣстнаго воздѣйствія органовъ железистой части брюшной полости и потому мы къ этому вопросу вернемся подробнѣе впослѣдствіи.

Двѣнадцатиперстная кишка.

Jonnesco различаетъ три формы 12-типерстной кишки: Кольцевидную, U-образную и V-образную.

Кольцевая форма, впервые описанная Брауномъ, весьма ясно выраженная по мнѣнію Toldt'a во второй половинѣ утробной жизни, почти постоянно встрѣчается въ дѣтскомъ возрастѣ и сравнительно нерѣдко и у взрослыхъ и поэтому Poirier - Charpy въ 12-типерстной кишкѣ различаютъ 4 части, переходящія одна въ другую легкими дугообразными изгибами. Въ общемъ, фигура ея представляетъ кольцо открытое вверхъ, два конца котораго, пилорическій и тощій, находятся на одномъ уровнѣ (тѣло 1-го поясничнаго позвонка) въ фронтальной плоскости.

Вторая форма или U-образная характеризуется наличиемъ горизонтальнаго или предъаортальнаго отрѣзка между нисходящей и восходящей частями 12-типерстной кишки.

Особенностью третьей формы, описанной у дѣтей рядомъ авторовъ, является отсутствіе нижней горизонтальной части; нисходящая часть—вертикальна, восходящая направляется прямо вверхъ и влѣво и пересѣкаетъ косо аорту. Послѣднія двѣ части довольно длинны и соединяются подъ острымъ угломъ (отъ 25° до 40°), открытымъ вверхъ и влѣво и образуютъ фигуру V. Указанный уголъ иногда съ легкимъ дугообразнымъ закругленіемъ отклоненъ вправо отъ средней линіи, располагаясь противъ нижней полой вены; это есть нижній уголъ *duodeni* или, какъ называетъ ее Charpy, — „*la coudure graecave*“.

Ballowitz¹⁾ полагаетъ, что кольцевидная форма 12-типерстной кишки есть форма дѣтскаго возраста и можетъ встрѣчаться у взрослого рядомъ съ формой переходной къ типу U-образному.

¹⁾ Цит. по Charpy.

По мнѣнію Lemaire'a, кольцевидная и V-образная формы встрѣчаются одинаково часто, при чемъ между этими двумя формами онъ не видитъ рѣзкой разницы; а при U-образной 12-типерстной кишкѣ онъ находилъ пилорическій конецъ расположеннымъ выше, чѣмъ конецъ, примыкающій къ тощей кишкѣ. При расширенномъ желудкѣ первая часть 12-типерстной кишки смѣщается вмѣстѣ съ нимъ, перекручивается и принимаетъ направленіе спереди назадъ и кнутри; вся 12-типерстная кишка опущена очень низко и ея нижній загибъ располагается на 1 см. выше линіи подвздошныхъ гребней; дилатированный желудокъ можетъ ее еще смѣстить иногда до *art. sacro-lumbalis*.

Намъ приходилось наблюдать всѣ три описанныя формы; однако наиболѣе часто встрѣчается кольцевидная форма 12-типерстной кишки. Вмѣстѣ съ тѣмъ необходимо указать, что между кольцевидной и U-образной формами какой либо рѣзкой разницы мы не находили. И въ тѣхъ, и въ другихъ случаяхъ предъаортальная часть выражена вполне ясно и всѣ части переходятъ одна въ другую безъ рѣзкихъ границъ. Длина нисходящей части при V-образной формѣ нѣсколько больше восходящей. Верхняя горизонтальная часть въ огромномъ большинствѣ случаевъ едва выражена или во всякомъ случаѣ очень коротка и направляется спереди назадъ и нѣсколько внизъ. Наиболѣе длинной изъ трехъ частей *duod.* является нисходящая часть; а загибъ послѣдней въ восходящую располагается чаще справа отъ средней линіи на уровнѣ 3-го поясничнаго позвонка или $\frac{1}{2}$ см. ниже. V-образная форма встрѣчается рѣже первыхъ двухъ формъ. Нисходящая и восходящая части почти равны, уголъ открытъ вверхъ и влѣво и располагается часто ниже обычнаго уровня, въ рѣдкихъ случаяхъ опускаясь до 4-го поясничнаго позвонка. Эта форма наблюдалась чаще всего при большой печени, располагающейся большею частью съ правой стороны и достигающей правымъ угломъ подвздошнаго гребня (3-ья позиція—рис. 3). Такая печень своей массой какъ бы сдвигала нисходящую часть къ позвоночнику, способствуя тѣмъ самымъ укороченію предъаортальной части и образованію между нисходящей и восходящей частями характернаго остраго угла V-образной формы.

Селезенка.

Надпоперечно-брыжжечный отдѣлъ брюшной полости слѣва отъ средней линіи занятъ многими органами: лѣвой долей печени, желудкомъ, селезенкой, лѣвымъ угломъ ободочной кишки и кзади отъ

селезенки и *lig. gastro—lienale*, поджелудочной железой, верхним концом почки и надпочечной железой. По изслѣдованіямъ Lemaire'a и Fleury селезенка занимает наружную заднюю часть лѣваго подреберья и у дѣтей лежитъ вообще ниже, чѣмъ у взрослыхъ, достигая нижнимъ концомъ двѣнадцатаго ребра, а иногда опускаясь еще ниже.

Направленіе ея длинной оси весьма измѣнчиво, являясь въ большинствѣ случаевъ косымъ, сверху внизъ, сзади напередъ и снаружи; это направленіе у дѣтей ранняго возраста приближается къ горизонтальному, что, по мнѣнію Fleury, объясняется особенностями положенія печени и желудка. У плода лѣвая доля печени входитъ въ промежутокъ между діафрагмой и селезенкой, сдвигая послѣднюю книзу.

Въ это время желудокъ еще невеликъ, немногимъ ниже толстой кишки, его большая кривизна прикрываетъ верхнюю часть желудочной поверхности селезенки. По мѣрѣ развитія плода величина соприкосновенія лѣвой доли съ діафрагмой уменьшается и верхній конецъ селезенки приближается къ *cardia*. Особенно послѣ рожденія, въ связи съ увеличеніемъ желудка, верхній конецъ селезенки поднимается все болѣе и болѣе кверху, отодвигая кпереди желудокъ, а послѣдній приближается по мѣрѣ своего расширенія къ центру діафрагмы. Поперечная ободочная кишка одновременно съ удлиненіемъ своего загиба образуетъ петлю, пролагающую себѣ путь въ мѣста, нѣкогда занятая печенью, и отодвигаетъ болѣе или менѣе желудокъ отъ одноименной поверхности селезенки, располагаясь передъ ними и *lig. gastro—lienale*.

Наружная поверхность селезенки прилежитъ къ діафрагмѣ на пространствѣ между 8 и 12 ребрами, будучи въ верхней своей части часто прикрыта лѣвой долей печени или ея лѣвой треугольной связкой. Кромѣ того иногда между нижней частью діафрагматической поверхности селезенки и діафрагмой вдвинута по Lemaire'у петля поперечной ободочной кишки.

Почечная поверхность селезенки прилежитъ къ верхнему концу лѣвой почки и прикрываетъ большую часть надпочечной железы и отчасти и поджелудочную железу. Наболѣе выдвинутая часть селезенки обычно бываетъ прикрыта петлями тонкихъ кишекъ или петлей лѣваго конца поперечной ободочной кишки.

Наши наблюденія дали намъ возможность во многихъ отношеніяхъ подтвердить результаты Fleury¹⁶ и Lemaire'a.

Однако необходимо отмѣтить то, что положеніе селезенки за-

висить главнымъ образомъ отъ величины и положенія печени и особенно отъ величины ея лѣвой доли.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда печень не велика и передній край ея не выходитъ изъ подъ реберной дуги, селезенка обычно, лежитъ въ глубинѣ, скрыта въ подреберья; верхній конецъ ея лежитъ у *cardia* на уровнѣ 8 или 9 ребра, нижній на 11-мъ ребрѣ или нѣсколько ниже.

Такое же положеніе встрѣчается и въ тѣхъ случаяхъ, когда печень сильно увеличена только въ своей правой долѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ длинная ось селезенки имѣетъ косое направленіе. Рис. 1 и 3.

Когда же лѣвая доля печени очень велика и занимаетъ значительную часть лѣваго подреберья, селезенка рѣдко сдвигается книзу, доходя нижнимъ концомъ до 12-го ребра, а иногда принимаетъ болѣе вертикальное направленіе (рис. 2), поверхность соприкосновенія селезенки съ почкой значительно увеличивается и положеніе и направленіе нисходящей ободочной кишки, подвергается значительнымъ варіаціямъ.

Почки и надпочечники.

Что касается положенія почекъ, то по Lemaire'у, у дѣтей она располагается между 12-мъ ребромъ и подвздошнымъ гребнемъ. Правая почка, такъ же какъ у взрослыхъ, лежитъ ниже лѣвой. Направленіе ихъ косое, причѣмъ верхніе концы сближены. Длина почки колеблется въ 1-мъ году жизни между 25—45 mm; ширина между 15—30 mm. Длина почекъ сильно варьируетъ и рѣдко двѣ почки имѣютъ одну длину. Лѣвая почка часто выше правой и въ тоже время превосходитъ ее въ длинѣ на нѣсколько миллиметровъ.

Относительно значительная величина почки съ одной стороны и небольшіе размѣры поясничнаго отдѣла позвоночника съ другой, являются причиной того, что почки опущены низко и касаются подвздошныхъ гребней. Такое положеніе остается неизмѣннымъ въ теченіе первыхъ годовъ жизни для правой почки. Верхняя половина спереди прикрыта правой долей печени: у новорожденныхъ на почкѣ часто лежитъ слѣпая кишка, а позднѣе ободочная кишка. Нижній, конецъ почки соприкасается со слѣпой кишкой или петлей сигмовидной кривизны или петлей тонкихъ кишекъ. Восходящая ободочная можетъ также располагаться между медиальнымъ краемъ почки и позвоночникомъ. Медиальный край правой почки располагается на поясничной мышцѣ и въ верхней половинѣ прикрытъ нисходящей частью 12-типерстной кишки. Лѣвая почка слегка приподнята надъ

подвздошнымъ гребнемъ и покрыта спереди петлями тонкихъ кишекъ или, изрѣдка, изгибомъ сигмовидной кривизны, снаружи къ ней примыкаетъ нисходящая ободочная; верхній конецъ приходится у лѣваго изгиба ободочной кишки.

Болѣе низкое положеніе правой почки въ сравненіи съ лѣвой есть правило. Однако необходимо къ этому прибавить слѣдующее: въ тѣхъ случаяхъ, когда правый уголь печени опущенъ очень низко и огромная часть печени располагается справа отъ средней линіи, правая почка не только лежитъ ниже лѣвой, но своимъ нижнимъ концомъ спускается въ подвздошную яму, до уровня тѣла 5-го поясничнаго позвонка, часто вмѣстѣ съ тѣмъ прикрывая поясничную мышцу (рис. 2 и 3). Въ зависимости отъ этого длинная ось правой почки принимаетъ почти вертикальное положеніе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда печень не велика и передній край ея не выходитъ изъ подъ реберной дуги, обычно не только лѣвая, но и правая почка не доходитъ до подвздошнаго гребня.

Въ тѣхъ же немногихъ случаяхъ, когда печень велика, правая и лѣвая доли почти одинаковы по величинѣ и селезенка занимаетъ низкое положеніе, въ этихъ случаяхъ не только правая, но лѣвая почка нижними концами лежатъ ниже подвздошнаго гребня (рис. 2).

Что касается надпочечниковъ, то они въ этомъ возрастѣ отличаются значительной величиной, нерѣдко равняясь половинѣ длины почки и прикрываютъ почти совершенно верхній конецъ почки. Верхній край надпочечника обычно располагается на уровнѣ 11-го рѣже 10 го позвонка.

Такимъ образомъ особенности формы и положенія вышеописанныхъ органовъ, индивидуально различныя въ разныхъ случаяхъ, несомнѣнно должны вліять на ходъ и положеніе различныхъ частей ободочной кишки. Это вытекаетъ изъ литературныхъ данныхъ и подтверждается нашими наблюденіями. Особенно интереснымъ по нашему мнѣнію является то, что взаимоположеніе этихъ органовъ съ ничтожными отступленіями встрѣчается въ опредѣленныхъ часто повторяющихся комбинаціяхъ. Это слѣдуетъ подчеркнуть т. к. именно совокупному воздѣйствію органовъ железистой части брюшной полости мы приписываемъ все вліяніе этихъ органовъ на положеніе ободочной кишки.

Наиболѣе типичными изъ этихъ комбинацій являются:

Комбинація 1-ая (рис. 2). Положеніе печени: позиція 1-ая. Желудокъ отвернутъ кверху, къ печени и скрытъ подъ лѣвой долей ея. Длин-

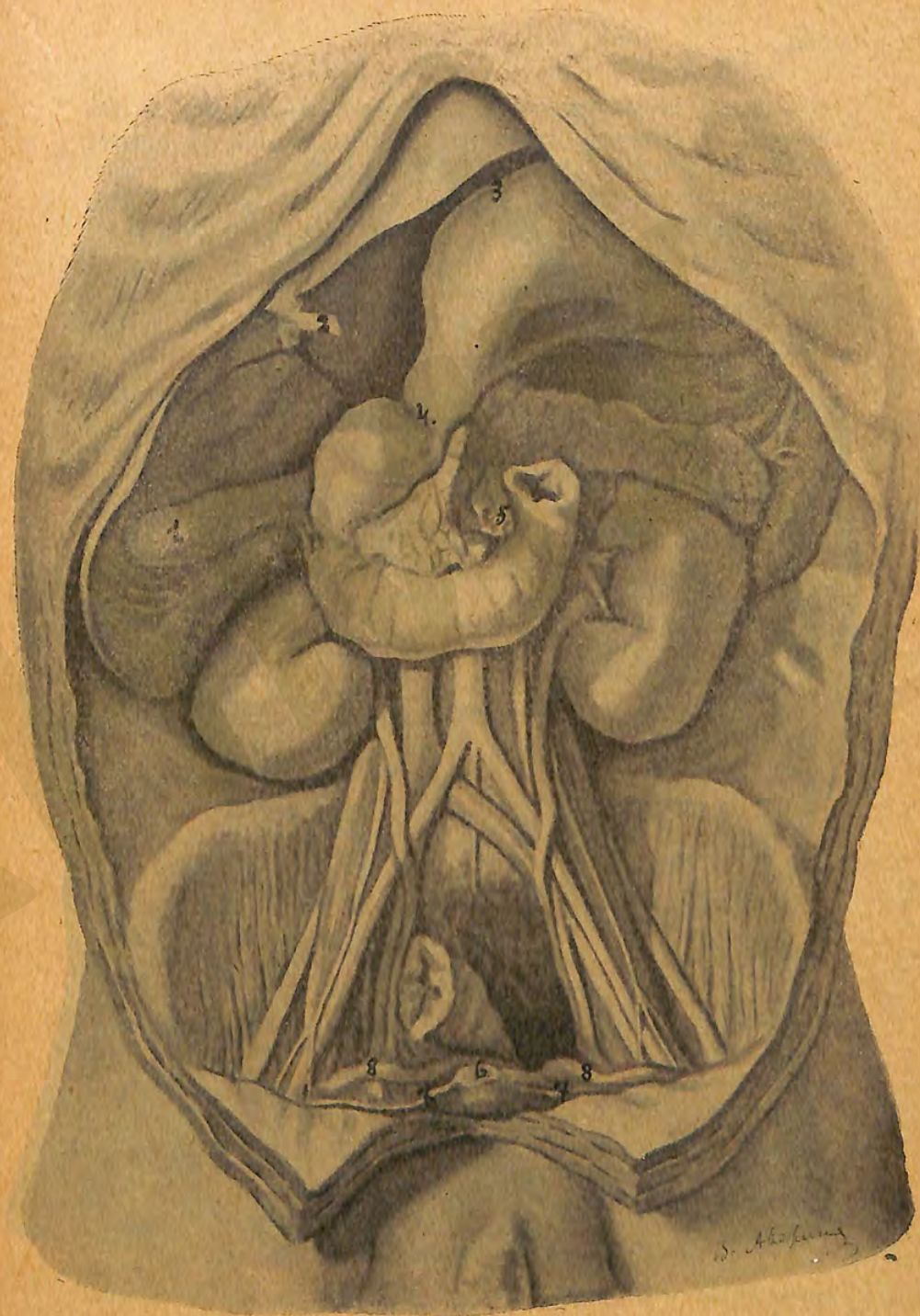


Рис. № 1.

1—Ves. fel., 2—Lig. ter. hep., 3—Curv. maj. ventr., 4—Pylor., 5—vas. mesent. sup., 6—Vert. ves. urin., 7—Periton. 8—Lig. ves.—umb. lat.

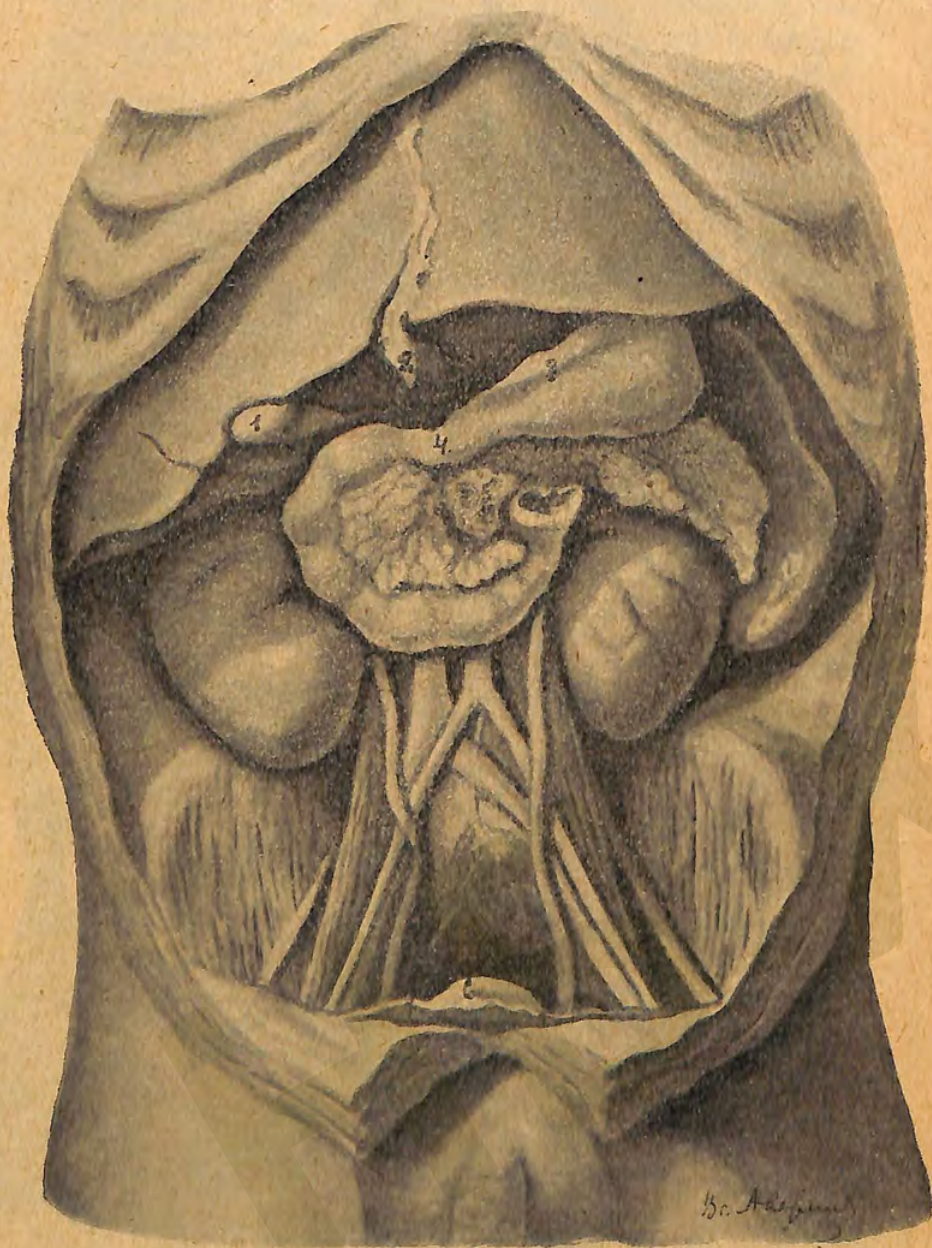


Рис. № 2.

1—Fund. ves. fel., 2—lig. suspens. hep., 3—Curv. maj. ventr., 4—Pylor.,—Vasa mesenter., 6—Vert. ves. urin., 7—Periton.

ная ось печени располагается въ косомъ направленіи и небольшой участокъ ея діафрагматической поверхности прилежитъ къ передней стѣнкѣ брюха; 12-типерстная кишка U-образной или кольцевидной формы. Нижний конецъ лѣвой почки—выше подвздошнаго гребня на $1/2 - 1$ см., правая почка—на уровнѣ подвздошнаго гребня. Поджелудочная железа свободна и, послѣ удаленія тонкихъ кишекъ, легко доступна наблюденію. Виденъ частью лѣвый надпочечникъ. Селезенка на нормальной высотѣ; длинная ось ея имѣетъ косое направленіе; нижний конецъ ея лежитъ у конца 11-го ребра. Описанное взаиморасположеніе органовъ мы встрѣтили 116 разъ. Мы считаемъ эту комбинацію наиболѣе типичной и нормальной для перваго года, такъ какъ именно при такой топографіи органовъ мы встрѣчали меньше всего рѣдкихъ отклоненій въ положеніи и ходѣ ободочной кишки отъ нормъ, обычныхъ для взрослага.

При указанной комбинаціи положенія органовъ нѣкоторые отдѣлы ободочной кишки занимаютъ довольно однообразное положеніе: 1) часть восходящей ободочной кишки располагается подъ печеню въ косомъ направленіи на почвѣ до 12-типерстной кишки; 2) отсюда правый конецъ поперечной ободочной кишки тянется подъ желчнымъ пузыремъ до дна его и здѣсь загибается влѣво и вверхъ, переходя въ поверхностную, среднюю часть ободочной кишки, изогнутую дугообразно вперед и вверхъ, или лежитъ подъ угломъ, открытымъ внизъ съ вершиной подъ подрудиннымъ угломъ. Lig. teres hepatis обычно при такомъ ходѣ ободочной кишки оставляетъ болѣе или менѣе глубокий слѣдъ или вырѣзку на ея стѣнкѣ, или даже выдавливаетъ влѣво и внизъ особую петлю, обхватывающую съ обѣихъ сторонъ lig. suspensor. hep. Лѣвая часть ободочной кишки легкими изгибами закрываетъ край селезенки; 3) нисходящая ободочная кишка лежитъ латерально отъ лѣвой почки, на стѣнкѣ живота, вертикально, косо или въ видѣ дуги, огибающей почку.

Здѣсь нужно отмѣтить, что при описанной первой комбинаціи органовъ иногда желудокъ оказывается сильно дилатированнымъ. Въ этихъ случаяхъ онъ выдвигается вперед и вправо и опускается книзу. Такимъ образомъ, между переднимъ краемъ печени, скрытымъ за реберной дугой, и выдвинутымъ впередъ желудкомъ образуется уголь. Кромѣ того такой же уголь, иногда очень острый, образуется между дномъ желудка и селезенкой. Въ результатѣ—средняя часть поперечной ободочной кишки образуетъ сообразно измѣнившимся условіямъ двѣ кривизны: а) первая, соотвѣтственно кривизнѣ желудка (ansa gastrica взрослыхъ Fromont'a) и в) вторая—обхватываю-

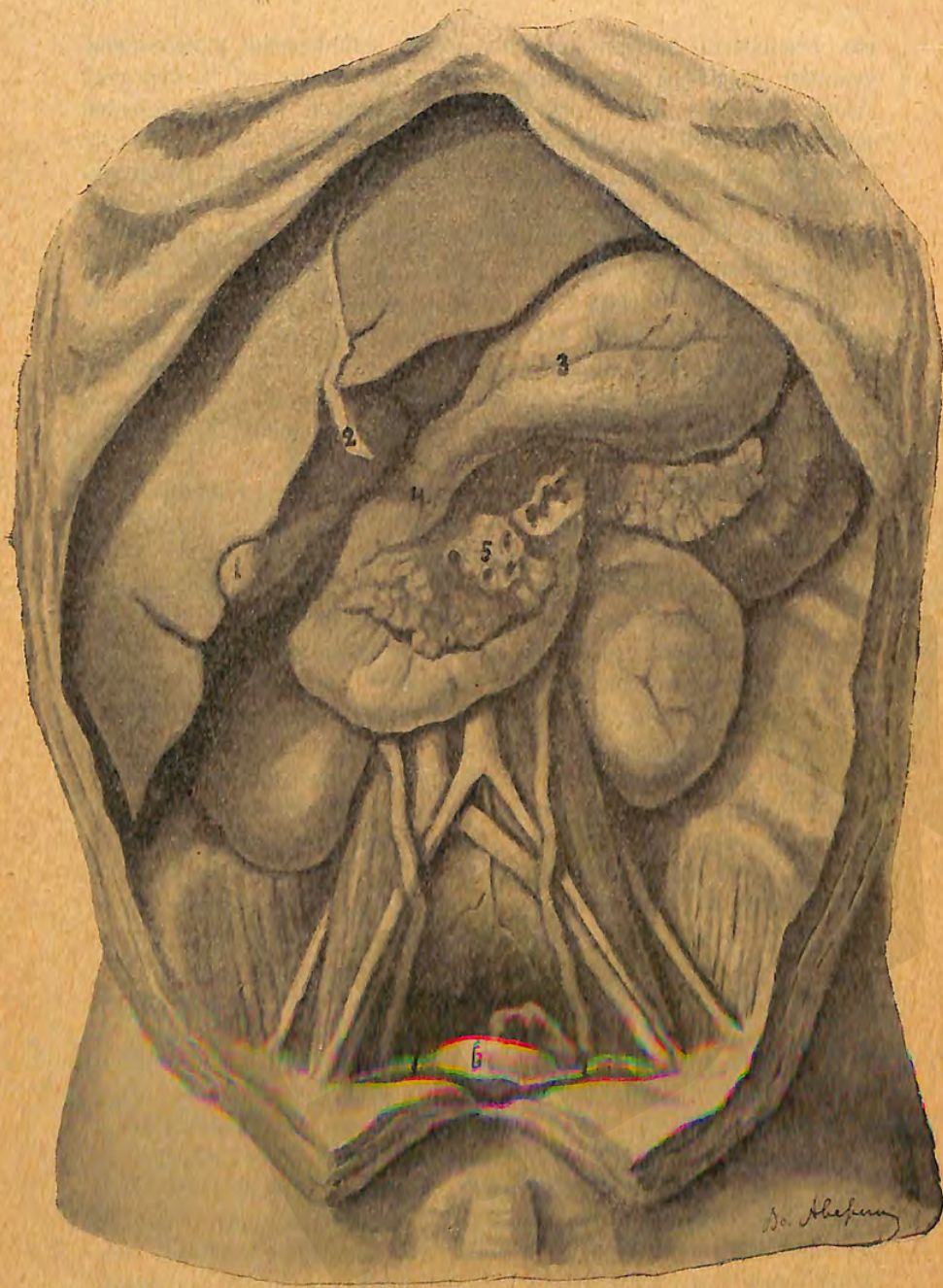


Рис. № 3.

1—Fund. ves. fel., 2—Lig. ter. hep., 3—Curv. maj. ventr., 4—Pylor., 5—Vasa mes. sup.,
6—vert ves. urin., 7—Periton.

щая снизу селезенку. Въ этихъ случаяхъ всѣ три части поперечной ободочной кишки выражены хорошо. Описанное видоизмѣненіе представляетъ довольно важный вариантъ положенія органовъ брюшной полости, такъ какъ онъ встрѣчается и при III-ей комбинаціи.

Комбинація II-ая (рис. 2) Положеніе печени: позиція II-ая. Лѣвая доля ея массивна, отодвигаетъ селезенку книзу; лѣвая вырѣзка печени близка отъ средней линіи. Желудокъ малъ, лежитъ вертикально или косо, совершенно скрытъ подъ печенью, дно слабо выражено. 12-типерстная кишка кольцевидной формы. Селезенка низко опущена, длинной осью расположена почти горизонтально; нижній конецъ ея на уровнѣ 12-го ребра или еще ниже. Кишечный отдѣлъ полости брюха рѣзко уменьшенъ. Почка нижними концами лежатъ въ подвздошныхъ ямахъ.

Описанная комбинація встрѣчается у новорожденныхъ и недоносковъ (чаще) и соответствуетъ положенію органовъ утробной жизни. Восходящая и поперечная части ободочной кишки образуютъ вмѣстѣ colon obliquum въ видѣ одной прямой трубки или складываются въ нѣсколько мелкихъ или крупныхъ петель, въ общемъ все же сохраняющихъ косой ходъ. Flex. coli sin. лежитъ обычно низко. Нисходящая ободочная кишка не дифференцирована и часто подвѣшена на общей брыжжейкѣ съ S-образной кривизной, что способствуетъ значительнымъ смѣщеніямъ всей этой части кишечника.

Комбинація III-ья (рис. 3) Положеніе печени: III-ья позиція. Желудокъ весь въ лѣвомъ подреберьи, лежитъ поперечно, болѣе или менѣе дилатированъ; передняя поверхность его на значительномъ протяженіи прилежитъ къ брюшной стѣнкѣ; большая кривизна въ области привратника, а иногда и часть задней поверхности прилежитъ также къ передней стѣнкѣ брюха. 12-типерстная кишка, чаще V-образной формы, въ своей нисходящей части оттянута книзу. Положеніе селезенки приближается къ горизонтальному. Нижній конецъ ея у конца 11-го ребра, часто скрытъ совершенно за желудкомъ. Нижній конецъ правой почки на круглой поперечной мышцѣ и въ подвздошной ямѣ; длинная ось ея вертикальна. Нижній конецъ лѣвой почки на уровнѣ подвздошнаго гребня.

При этой комбинаціи органовъ восходящая ободочная кишка съ поперечной часто образуютъ одну кишку, colon obliquum, или на всемъ протяженіи, если желудокъ умеренной величины, или только въ правомъ своемъ отдѣлѣ. При дилатаціи желудка часть поперечной ободочной кишки, связанная съ нимъ, выдвигается впередъ и тѣмъ

самымъ рѣзко мѣняетъ ходъ colon obliquum, принимая рѣзко выраженное поперечное направление.

На рисунокъ 3-емъ печень имѣетъ довольно массивную лѣвую долю, но еще чаще эта доля значительно сужена и истончена у лѣваго края и тогда дилатированный желудокъ выполняетъ весь образовавшийся промежутокъ, при чемъ при такой комбинаціи образуется два характерныхъ угла, какъ и при вариантѣ I-ой комбинаціи, которые выполняются ободочной кишкой. Часть послѣдней, соответственно большой кривизнѣ желудка, изогнута въ видѣ дуги, выпуклой книзу, или же образуетъ уголь, открытый кверху, съ вершиной, достигающей иногда уровня пупка.

Тонкія кишки.

Въ вопросѣ о положеніи частей толстыхъ кишекъ нужно удѣлить немного вниманія и тонкимъ кишкамъ. Болѣе быстрой ростъ тонкихъ кишекъ несомнѣнно оказываетъ существенное вліяніе на тѣ перемѣненія, которымъ толстая кишка подвергается еще въ періодѣ утробной жизни. М. М. Рѣзановъ⁸² приписываетъ преимущественное значеніе давленію нарастающей массы тонкихъ кишекъ.

„Отъ индивидуально различнаго объема растущей массы тонкихъ кишекъ зависитъ индивидуально различная степень давленія, называемаго по нашей терминологіи „экспансіонной силой, развиваемой растущей массой тонкихъ кишекъ“ на органы брюшной полости зародыша, расположенные по периферіи послѣдней. Подъ воздѣйствіемъ экспансіонной силы массы тонкихъ кишекъ, зачатокъ толстыхъ, отодвигается къ периферіи брюшной полости и часть принадлежащей ему общей брыжейки испытываетъ индивидуально различное, зависящее отъ объема массы тонкихъ кишекъ, натяженіе“. Возражать противъ положенія Рѣзанова о вліяніи экспансіонной силы растущихъ тонкихъ кишекъ на положеніе толстыхъ кишекъ не приходится. Мы только думаемъ, что не только въ періодѣ утробной жизни, но и послѣ рожденія значеніе этого фактора сохраняется и даже увеличивается. Если объемъ растущей массы тонкихъ кишекъ, индивидуально различный, оказываетъ на сосѣдніе органы различную степень давленія, то это въ такой же степени относится и къ такимъ органамъ, какъ желудокъ, развитіе котораго совпадаетъ и даже предшествуетъ по времени росту первичной кишечной петли. Развитіе желудка со всѣми его индивидуальными особенностями не можетъ не вліять, какъ на положеніе опредѣленныхъ отдѣловъ толстыхъ

кишекъ, такъ на положеніе и самихъ тонкихъ кишекъ. Поэтому мы не можемъ согласиться съ Рѣзановымъ въ томъ, что „экспансіонная сила, развиваемая растущей массой тонкихъ кишекъ“, есть главная причина особенностей положенія другихъ органовъ брюшной полости вообще и отдѣльныхъ частей толстыхъ кишекъ въ частности. Что же касается печени, то огромное значеніе этого органа, самаго крупнаго въ брюшной полости, несомнѣнно, особенно послѣ рожденія. Къ этому надо прибавить еще и то давленіе, которое развивается внутри самой кишечной трубки, заключенной въ брюшной полости. Это давленіе также индивидуально различно и обуславливаетъ различное физическое состояніе отдѣльныхъ частей ободочной кишки и различное положеніе послѣднихъ. Наконецъ, нельзя упустить изъ вниманія вліяніе, которое долженъ оказывать ростъ самой брюшной полости, ея объемъ и размѣры.

Lemaige въ своей работѣ вскользь указываетъ, что брюшная полость имѣетъ форму овоида съ широкимъ концомъ кверху, что оказываетъ вліяніе на топографію органовъ, которые въ ней содержатся. Подтверждая правильность этого заключенія, мы вмѣстѣ съ тѣмъ должны прибавить, что наибольшій поперечникъ этого овоида приходится въ плоскости, проходящей черезъ хрящевое соединеніе между двѣнадцатымъ груднымъ и первымъ поясничнымъ позвонками, т. е. на границѣ между железистымъ и кишечнымъ отдѣлами брюшной полости или на той горизонтали, гдѣ сосредоточены особенно важные и крупные органы брюшной полости.

Въ заключеніе, нельзя не отмѣтить одну характерную для разсма- триваемаго возраста особенность ligg. vesico—umbilicalia lateralia. Онѣ представляютъ рѣзко выраженныя массивныя связки, поднимающія брюшину въ высокія складки, особенно съ лѣвой стороны, какъ разъ на мѣстѣ перехода изъ таза къ брюшной стѣнкѣ. Эта складка, образующая часто особую медиальную стѣнку для fos. il., въ то же время рѣзко раздѣляетъ S-образную кривизну на два отрѣзка.

Такимъ образомъ положеніе ободочной кишки обуславливается величиной брюшной полости, величиной и положеніемъ печени, величиной, положеніемъ и степенью расширения желудка, величиной селезенки, величиной давленія массы тонкихъ кишекъ и особенностями развитія брюшины.

Достаточно поверхностно изучить прилагаемые рисунки, чтобы убѣдиться, что вышеуказанные факторы имѣютъ огромное значеніе для выясненія разнообразныхъ индивидуальныхъ искривленій ободочной кишки.

На рисункахъ отъ 4-го по 23-ій схематически изображены органы брюшной полости, при чемъ буквами: н, н-обозначена граница передняго остраго края печени, ж-желудка, с-селезенки. Части толстыхъ кишекъ, не затушеванныя, прилежатъ непосредственно къ передней стѣнкѣ живота. Затушеванная часть указываетъ на то, что къ передней стѣнкѣ живота прилежатъ непосредственно петли тонкихъ кишекъ, прикрывающихъ толстыя. Поперечной штриховкой обозначены фиксированныя части ободочной кишки. Маленькіе кружки надъ контуромъ верхняго края поперечной кишки указываютъ на положеніе и отношеніе къ послѣдней *lig. teres hep.* Кружки въ области таза соотвѣтствуютъ *lig. vesico-umbil. lat.*

При большой печени, не дилатированномъ желудкѣ и опущенной книзу селезенкѣ, обычно толстыя кишки оказываются скрытыми за петлями тонкихъ кишекъ, что особенно рѣзко бываетъ выражено, если брыжжейки свободныхъ частей ободочной кишки мало развиты. На рис. 8-мъ вліяніе печени иллюстрируется очень рѣзко; при этомъ интересно отмѣтить, что первая половина ободочной кишки, несмотря на извилистость, петлистость и отогнутую кверху начальную часть, все же сохраняетъ ясно косой ходъ до *flex. coli. sin.*

Укороченіе брыжжеекъ различныхъ частей ободочной кишки оказываетъ преимущественное вліяніе на притягиваніе ихъ къ задней стѣнкѣ брюшной полости независимо отъ величины и положенія другихъ органовъ. На рис. 4-омъ печень стоитъ въ 3-ей позиціи, желудокъ невеликъ и скрытъ за реберной дугой, но ободочная кишка вся лежитъ въ глубинѣ и скрыта за петлями тонкихъ кишекъ.

Чаще всего къ передней стѣнкѣ живота придвигается та часть поперечной кишки, которая примыкаетъ къ желудку. При увеличеніи желудка границы этого органа раздвигаются и нижній край его опускается книзу и вмѣстѣ съ тѣмъ онъ отодвигаетъ кпереди и книзу связанную съ нимъ ободочную кишку. Если дилатация желудка незначительна, то вдоль реберной дуги къ передней стѣнкѣ живота прилежатъ обычно только часть поперечной кишки (рис. 13); при этомъ правая часть ея можетъ остаться въ глубинѣ, если правый край *mesocol. transv.* недостаточно развитъ въ ширину. При хорошемъ развитіи *mesocol. transv.* ободочная кишка особенно при 1-ой позиціи печени принимаетъ дугообразную съ выпоклостью кверху форму (рис. 19 и 21). При указанномъ положеніи поперечной ободочной кишки особенно часто наблюдается вдавленіе на верхнемъ краѣ кишки соотвѣтственно круглой связкѣ печени.

При первой комбинаціи органовъ брюшной полости печень настолько мала, что даже въ области подгрудиннаго угла она часто совершенно скрыта за реберной дугой. При этихъ условіяхъ дугообразная ободочная кишка складывается въ два отрѣзка, лежащихъ подъ угломъ съ вершиной у мечевиднаго отростка или слегка влѣво отъ него (рис. 6-ой).

Дилатированный желудокъ, какъ было уже указано, обуславливаетъ выдвиганье поперечной ободочной кишки впередъ и его искривленіе книзу, при чемъ степень этого искривленія зависитъ отъ степени дилатации желудка. При этомъ, если мы имѣемъ печень въ 1-ой позиціи, поперечная кишка принимаетъ или почти горизонтальное положеніе (рис. 5, 7, 11) съ легкимъ изгибомъ книзу, или этотъ изгибъ выраженъ рѣзче (рис. 17). Этотъ изгибъ принадлежитъ только средней части поперечной ободочной кишки и вполне соотвѣтствуетъ *ansa gastrica Fromont'a.* Особенно рѣзко *ansa gastrica* бываетъ выражена при сильной дилатации желудка въ связи съ II-ой или III-ей позиціей печени (рис. 9, 10, 15, 18, 20, 23). При большой печени и болѣе или менѣе рѣзкой дилатации желудка, оба эти органа выходятъ изъ подъ края реберной дуги и образуютъ новый сводъ, при чемъ вершина этого свода лежитъ то по средней линіи, то вправо, то влѣво отъ нея, смотря по тому, въ какой позиціи находятся эти два органа. Одна сторона (правая) этого свода образуется печенью, другая (лѣвая) желудкомъ. Соотвѣтственно имъ поперечная ободочная кишка ясно раздѣляется на два отрѣзка: правый, примыкающій къ печени и лѣвый, примыкающій къ желудку. Въ области вершины свода эти два отрѣзка сходятся обычно подъ угломъ. Правый отрѣзокъ поперечной ободочной кишки обычно прорѣзается давленіемъ круглой связки печени, а иногда образуетъ здѣсь особую петлю, обхватывающую съ обѣихъ сторонъ *lig. suspens. hepat.* (рис. 16, 22). Еще чаще эта связка какъ бы отдѣляетъ эти два отрѣзка другъ отъ друга (рис. 7, 9, 12, 18, 23).

При слишкомъ значительной дилатации желудка вершина описаннаго свода рѣзко передвигается вправо и внизъ, *ansa gastrica* замѣтно удлиняется и опускается книзу, тогда какъ печеночная часть укорачивается, а круглая связка печени въ такихъ случаяхъ оставляетъ рѣзко выраженный слѣдъ на пилорической части желудка. (рис. 10). Наоборотъ, при сокращенномъ желудкѣ большая часть поперечной ободочной кишки занимаетъ свободную часть лѣваго подберья. Въ такихъ случаяхъ, особенно если печень находится во II-ой или III-ей позиціи, при неравномѣрномъ развитіи брыжжейки

ободочная кишка может образовывать различной формы петли: U-образная, II-образная, М-образная и т. д. (рис. 14, 22). Изгибъ въ лѣвомъ подреберьи не постоянный, но очень характерный, обхватывающій нижній край селезенки, хорошо выраженъ на рис. 5, 7, 12, 22.

S-образная кривизна также часто выталкивается къ поверхности давленіемъ массы тонкихъ кишекъ, хотя этому обстоятельству обязательно сопутствуетъ хорошо развитая широкая брыжейка. При отсутствіи брыжейки или ея недостаточности и при незначительной длинѣ самой кишки, она остается въ глубинѣ и скрыта за петлями тонкихъ кишекъ. Поверхностно лежащая flex. sigmoidea или остается въ лѣвой подвздошной ямѣ (рис. 13, 17, 20), или располагается надъ лобковымъ соединеніемъ (рис. 21), часто захватывая и правую подвздошную яму (рис. 22), или прилежитъ къ передней боковой стѣнкѣ живота слѣва (рис. 18 и 14) или справа (рис. 19). Наконецъ, къ передней стѣнкѣ брюха можетъ быть выдвинута вмѣстѣ съ петлей flex. sigm. часть адорального конца ободочной кишки, главнымъ образомъ слѣпая и восходящая ободочная, въ томъ случаѣ, если послѣдняя окружена со всѣхъ сторонъ брюшиной и обладаетъ достаточной смѣщаемостью (рис. 6, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 20, 21, 23). При этомъ, какъ видно изъ прилагаемыхъ рисунковъ, чаще всего упомянутыя части ободочной кишки прилежатъ къ передне-боковой стѣнкѣ живота, справа, до тазового входа.

Такимъ образомъ въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ ободочная кишка можетъ выдвигаться нѣкоторыми своими частями впередъ, прилежать къ передней стѣнкѣ живота, окаймляя массу тонкихъ кишекъ и подъ давленіемъ послѣднихъ занимать наиболѣе выдвинутыя, периферическія части брюшной полости. Чаще всего къ поверхности выдвинута поперечная ободочная кишка въ своей средней части, затѣмъ S-образная кривизна и наконецъ, слѣпая съ частью восходящей ободочной кишки.

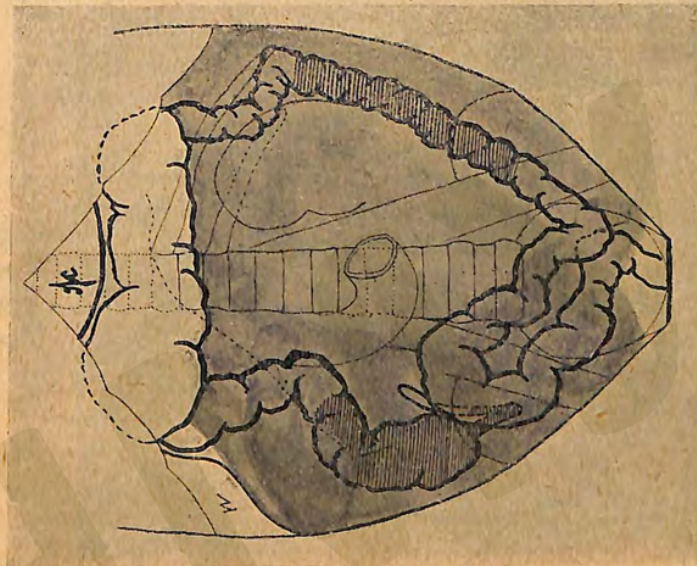


Рис. № 5.
М. п. - 2 мѣс.

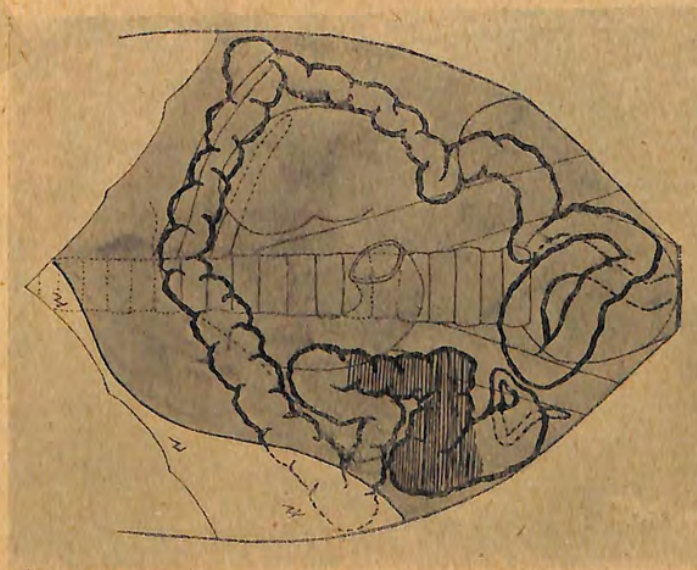


Рис. № 4.
Ж. п. - 1 1/2 мѣс.

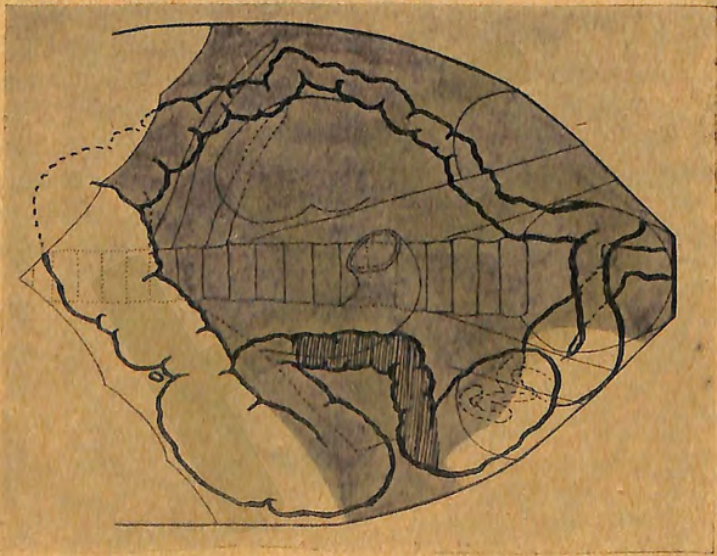


Рис. № 6.
М. п.—1½ мбс.

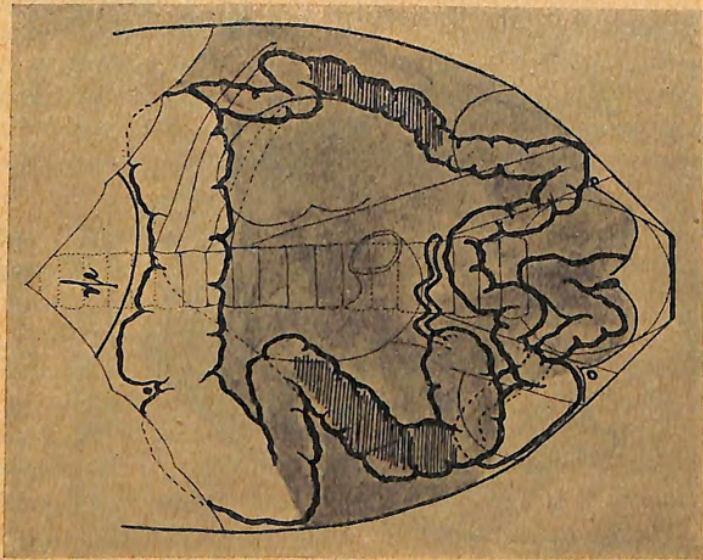


Рис. № 7.
М. п.—8 мбс.

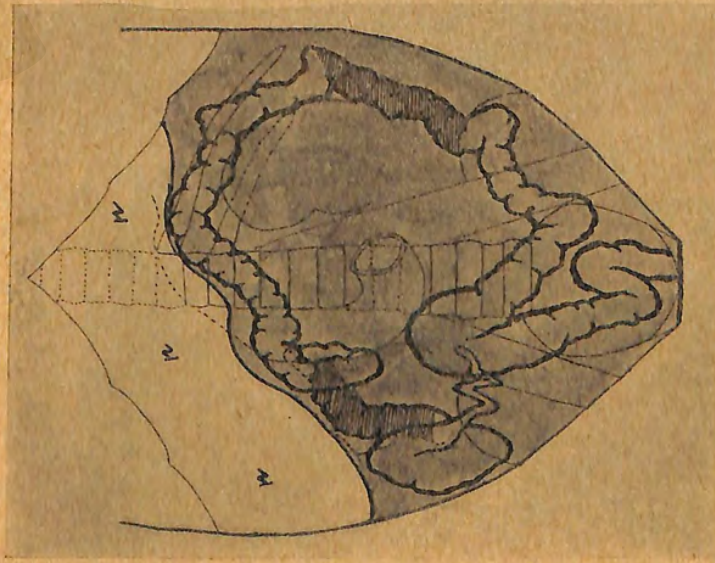


Рис. № 8.
Ж. п.—1½ мбс.

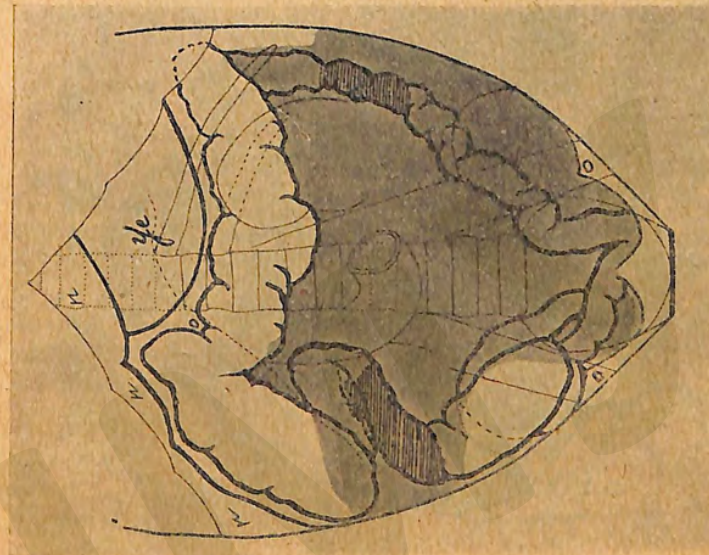


Рис. № 9.
М. п.—2 мбс.

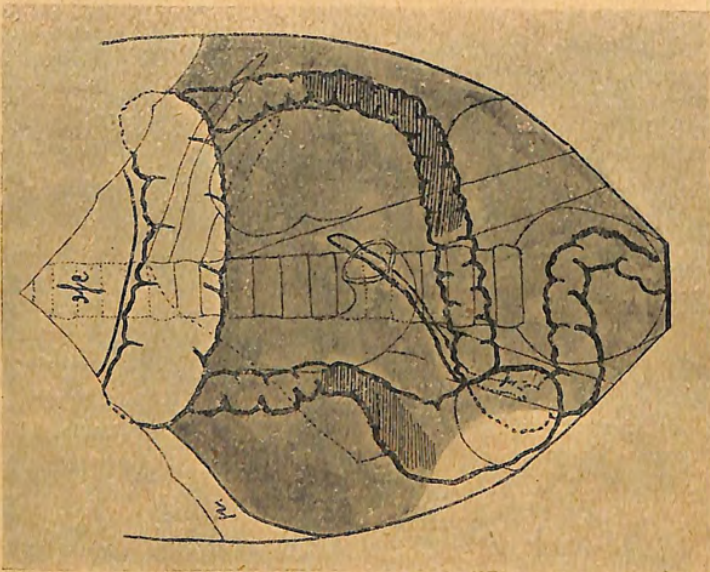


Рис. № 11.
Ж. п.—3 мѣс.

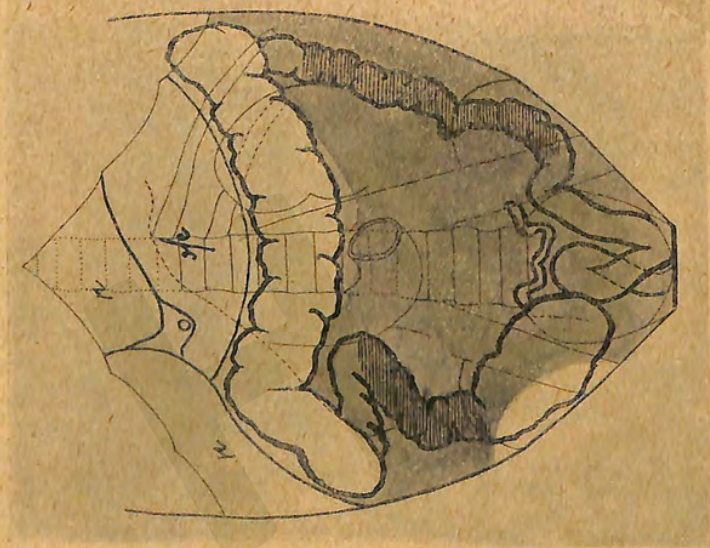


Рис. № 10.
М. п.—2½ мѣс.

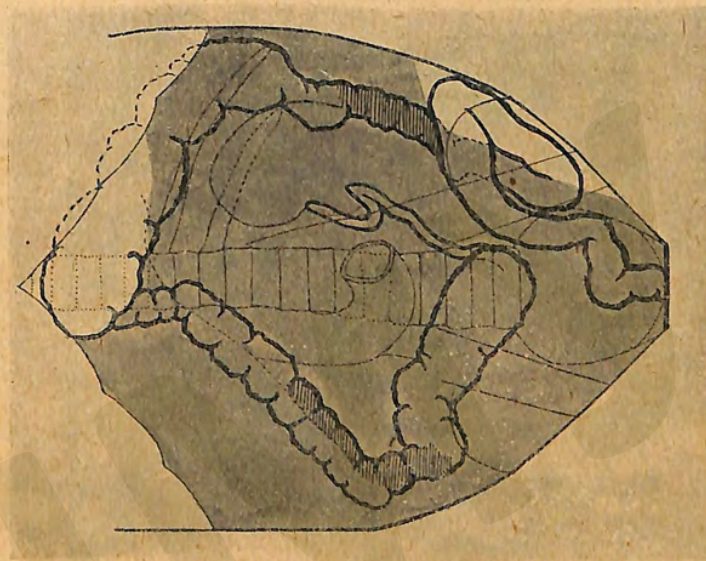


Рис. 13.
М. п.—3 мѣс.

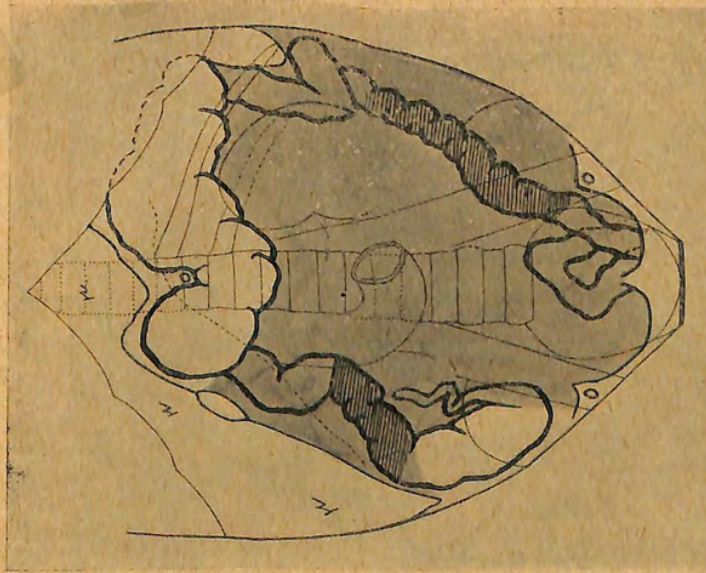


Рис. 12.
Ж. п.—3 мѣс.

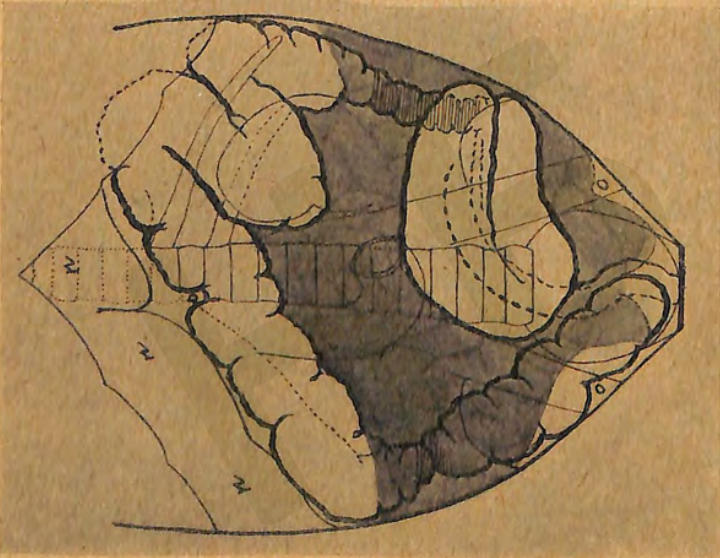


Рис. 14.
М, п.—4 мбс.

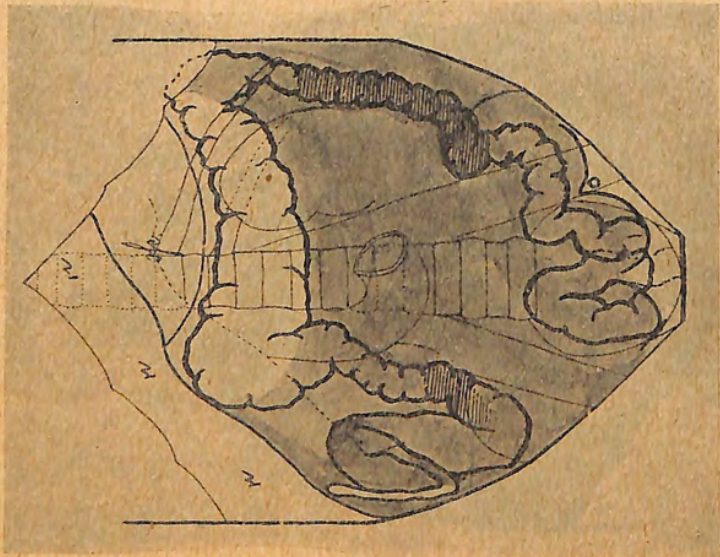


Рис. 15.
Ж, п. 4—мбс.

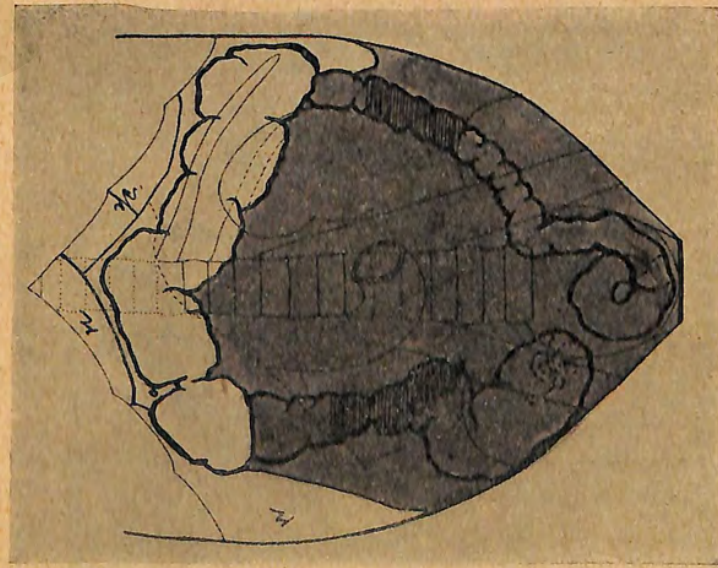


Рис. № 16.
Ж, п.—4 1/2 мбс.

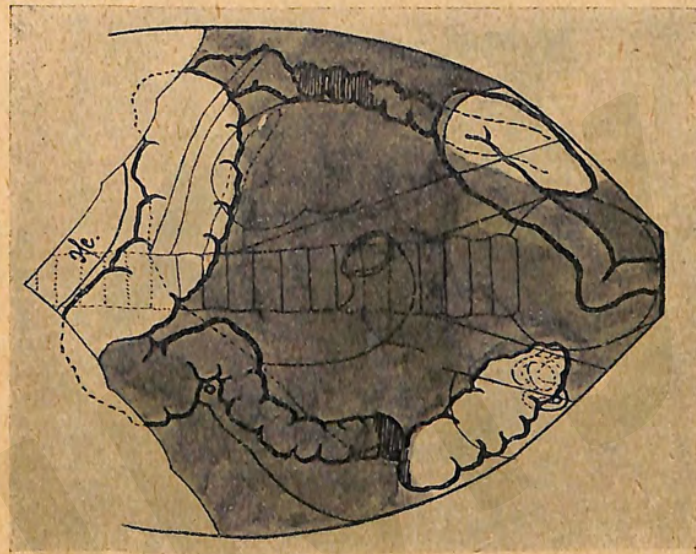


Рис. № 17.
М, п.—5 1/2 мбс.

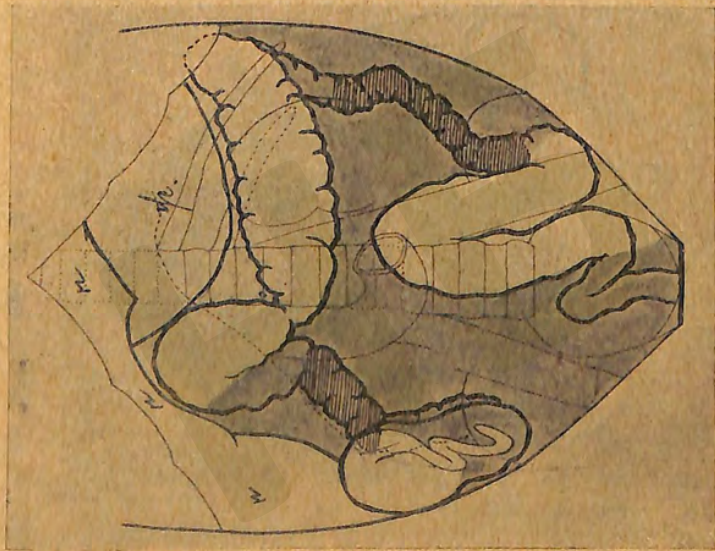


Рис. № 18.
М. п. — 5 1/2 мбс.

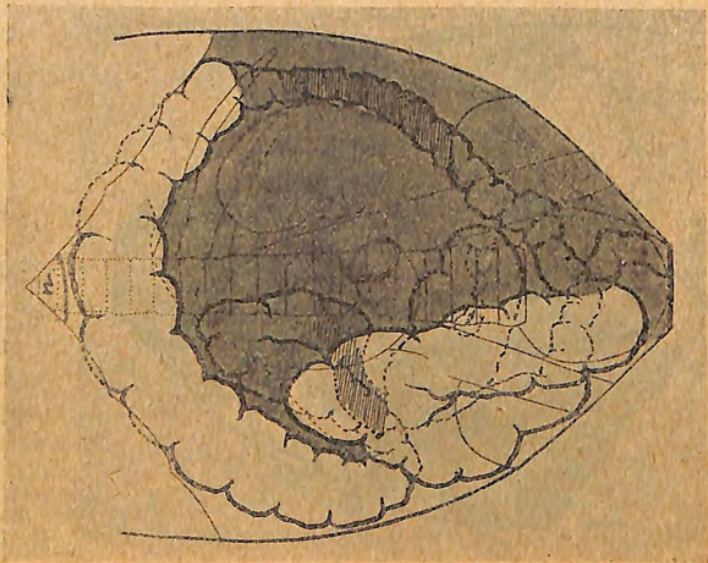


Рис. № 19.
Ж. п. — 6 мбс.

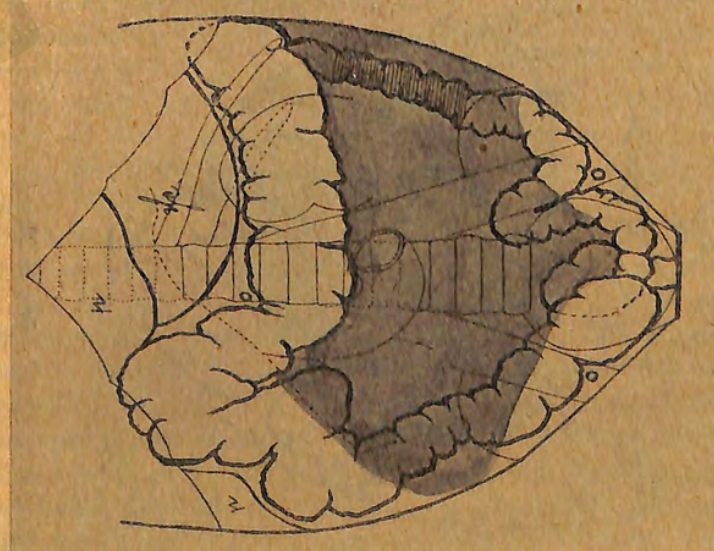


Рис. № 20.
Ж. п. — 6 1/2 мбс.

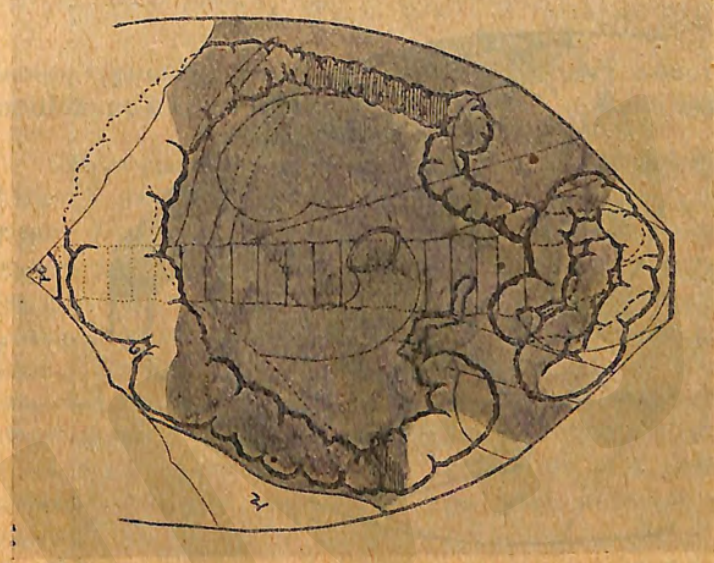


Рис. № 21.
Ж. п. — 7 мбс.

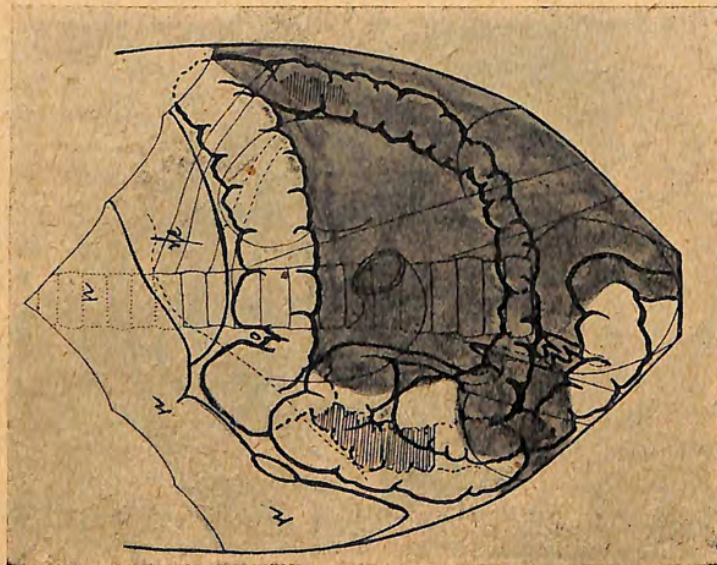


Рис. № 23.
М, п. — 10 мѣс.

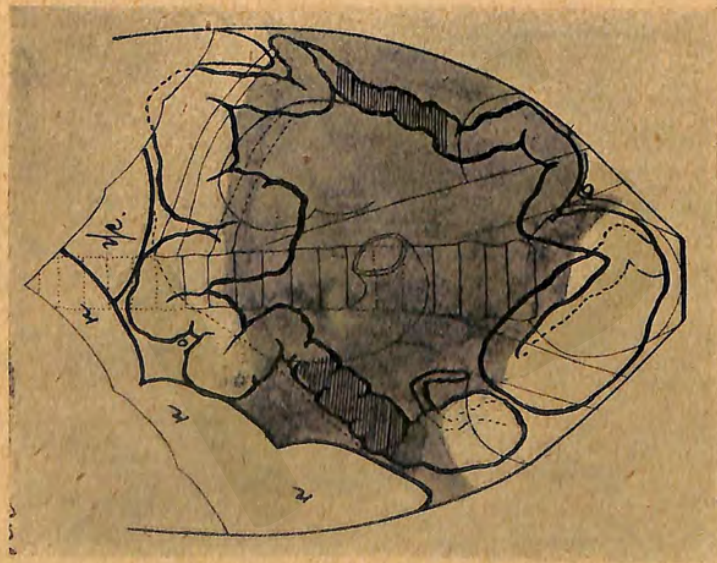


Рис. № 22.
Ж, п. — 8 мѣс.

Литературныя данныя объ ободочной кишкѣ и частяхъ ея специально у новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста.

Литературныя свѣдѣнія объ особенностяхъ ободочной кишки въ цѣломъ у новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста довольно скудны. Большинство изслѣдователей занималось въ указанномъ возрастѣ главнымъ образомъ изученіемъ или слѣпой кишки, или S-образной кривизны и удѣляло мало вниманія остальнымъ частямъ ободочной кишки. Между тѣмъ для ободочной кишки перваго года жизни существуютъ свои возрастныя, индивидуальныя особенности и массовое изслѣдованіе ихъ даетъ возможность установить нормы, характеризующія нормальный ходъ развитія ободочной кишки.

Среди авторовъ, посвятившихъ свои работы ободочной кишкѣ специально дѣтскаго возраста, первое мѣсто слѣдуетъ отнести Lemaire'у³⁰.

Мы уже цитировали неоднократно его работу, будемъ ссылаться на нее и впредь, а здѣсь мы позволимъ себѣ привести только общія положенія автора объ особенностяхъ ободочной кишки, замѣченныхъ имъ у дѣтей:

„Тонкія кишки приподняты, толстыя кишки лежатъ въ глубинѣ — въ своей правой и лѣвой частяхъ, и поверхностно — въ поперечной. Брыжжейка поперечной ободочной кишки тянется горизонтально, черезъ всю брюшную полость, отдѣляя кишечный отдѣлъ, для котораго она образуетъ крышу, отъ вышележащаго отдѣла, заключающаго въ себѣ печень, желудокъ и селезенку“.

„Толстая кишка въ общемъ, говоритъ Lemaire, можетъ представляться въ трехъ слѣдующихъ различныхъ положеніяхъ:

1. Саесумъ располагается очень высоко, подъ печенью; colon направляется поперечно, справа налѣво, располагаясь поверхностно въ брюшной полости между печенью и желудкомъ — сверху и петлями тонкихъ кишекъ — снизу. Она достаточно подвижна, благодаря своей довольно широкой брыжжейкѣ. На уровнѣ селезеночнаго угла она переходитъ въ вертикальную часть и въ глубинѣ, вдоль латеральнаго края почки, фиксируется брюшиной, проходящей впереди ея. Въ конечной части ея брыжжейка снова удлиняется, поднимаясь тѣмъ выше, чѣмъ моложе ребенокъ. У зародыша вся конечная часть ободочной кишки имѣетъ брыжжейку. Такимъ образомъ, она обладаетъ большою подвижностью, позволяющей ей занять различныя

положенія въ брюшной полости, у правой стѣнки ея и поперечно между двумя подвздошными ямами.

2. Саесум лежитъ на уровнѣ *cris. il.* или нѣсколько выше. Восходящее колѣно ободочной кишки отсутствуетъ. Colon направляется косо вверхъ и влѣво, выдвигаясь все болѣе и болѣе впереди, по мѣрѣ удлиненія ея брыжжейки, до точки фиксаціи у лѣваго загиба, ниже котораго ея направленіе и положеніе является такимъ же, какъ и въ предыдущемъ случаѣ.

3. Саесум—въ подвздошной ямѣ; ея смѣщаемость нѣсколько ограничена. Colon asc. существуетъ. Печеночный уголъ ея на уровнѣ желчнаго пузыря. Colon въ общемъ представляетъ форму подковы и состоитъ изъ трехъ частей: правой и лѣвой, лишенныхъ брыжжеекъ и расположенныхъ въ глубинѣ на стѣнкахъ живота, средней части, выпуклой впереди, свободной, благодаря удлиненной брыжжейкѣ и отсутствію фиксаціи съ желудкомъ (отсутствіе *lig. gastro—col.*). Ниже селезеночнаго угла colon направляется также, какъ въ предыдущемъ случаѣ, съ той только разницей, что *S—Romanum* можетъ занимать полость малаго таза вмѣсто того, чтобы быть надъ его входнымъ отверстіемъ“.

Три основныхъ положенія Lemaire'a, какъ мы увидимъ впоследствии, далеко не исчерпываютъ безконечныхъ вариантовъ, которые представляетъ въ дѣйствительности ободочная кишка у дѣтей грудного возраста. Вмѣстѣ съ тѣмъ первое изъ этихъ положеній характерно для зародыша, и такое высокое положеніе слѣпой кишки у дѣтей послѣ рожденія встрѣчается крайне рѣдко. Затѣмъ очень важно подчеркнуть, что въ первомъ году жизни съ опущеніемъ слѣпой кишки въ подвздошную яму, или до уровня *cr. il.*, далеко не всегда совпадаетъ то, что указано авторомъ о ходѣ ободочной кишки во 2-омъ и 3-емъ положеніяхъ.

Въ дальнѣйшемъ намъ много разъ придется возвращаться къ Lemaire'у, потому что его наблюденія относительно отдѣльныхъ частей ободочной кишки представляютъ несомнѣнный интересъ. Нельзя согласиться только съ тѣми обобщеніями, которыя были имъ сдѣланы. Неточность и неполнота этихъ обобщеній объясняется съ одной стороны слишкомъ малымъ числомъ наблюденій, а съ другой стороны, обобщеніями данныхъ, полученныхъ на основаніи смѣшаннаго матеріала по возрасту (30 труповъ, между которыми были эмбрионы и дѣти отъ 1-го мѣсяца до 5 лѣтъ). Этотъ существенный дефектъ признаетъ въ предисловіи самъ авторъ.

Г. Турнеръ¹⁵ изслѣдовалъ 25 младенцевъ въ возрастѣ отъ

8—348 дней, причемъ 27 разъ большая или меньшая часть *col. ascend.* была найдена совершенно свободной и лишь 1 разъ у младенца 58 дней и *saesum* и *col. ascend.* оказались фиксированными. Брюшинныя складки между *col. asc.* и передней поверхностью почки не мѣшали подвижности *col. asc.* и дѣлали возможнымъ тѣ перегибы ея, при которыхъ *saesum* помѣщалась впереди остальной толстой кишки, обращаясь дномъ вверхъ, или же она ложилась поперекъ, обращая дно свое къ средней линіи. Первое положеніе Турнеръ встрѣтилъ 7 разъ, а второе 2 раза.

„На основаніи того, говорить Турнеръ, что оба эти аномальныхъ положенія у взрослыхъ встрѣчаются сравнительно не такъ часто, можно предположить, что съ увеличеніемъ брюшной полости *col. asc.* успѣваетъ выпрямиться и слѣпая кишка занимаетъ обычное положеніе, дномъ внизъ“.

Несомнѣнный интересъ представляетъ изслѣдованіе Fel. Legueu¹⁴ о положеніи слѣпой кишки дѣтей. Имя этого автора встрѣчается у весьма многихъ изслѣдователей, а нѣкоторые его выводы перешли даже въ большіе учебники. Эта работа для насъ особенно цѣнна потому, что наряду съ вопросомъ о формѣ, положеніи и серозной оболочкѣ слѣпой кишки, авторъ еще останавливается на особенностяхъ *col. asc.* Работа написана на основаніи 100 вскрытій дѣтскихъ труповъ отъ 1-го до 15 лѣтъ.

„Treves, Tuffier и др., говорить Legueu, указали на многообразіе формъ и положеній первой части толстыхъ кишекъ. Въ числѣ важнѣйшихъ работъ объ анатоміи слѣпой кишки слѣдуетъ упомянуть замѣчательную диссертацию Jonnesco, въ которой онъ опубликовалъ новыя данныя раньше Engel'я, Luschka, Toldt'a, Таренецкаго и Fromont'a. Но всѣ эти спеціальныя изслѣдованія однако не посвящены исключительно дѣтскому возрасту. Между тѣмъ, патологія слѣпой кишки у дѣтей очень важна, наиболѣе часто встрѣчается у дѣтей и, если *saesum* и *appendix* подвержены столь же частымъ варіаціямъ положенія, то клиника обязана распознать столь же частыя модификаціи различныхъ ея заболѣваній“. Размѣры слѣпой кишки по Legueu, весьма разнообразны: 8 разъ она была очень длинной (6—8 см.), а 13 разъ изъ 100 она вовсе отсутствовала. „Никакой зависимости между возрастомъ и развитіемъ слѣпой кишки не существуетъ и у очень молодыхъ дѣтей встрѣчается иногда очень крупная слѣпая кишка, въ то время какъ у болѣе взрослыхъ она оказывается сильно сокращенной; какъ величина, такъ и положеніе

слѣпой кишки представляют различія, которыя нельзя объяснить различіемъ возраста“.

„55 разъ положеніе слѣпой кишки было нормальное, 25 разъ— въ задней части правой подвздошной ямы или, нѣсколько выше, 6 разъ—передъ почкой и 14 разъ—въ маломъ тазу. Положеніе слѣпой кишки зависитъ отъ различныхъ особенностей положенія тонкихъ кишекъ и особенно *col. asc.* При высокомъ положеніи *caecum* (25+6) подвздошная яма занята петлей тонкой кишки или *S-Romanum*, длинная ось слѣпой кишки вертикальна или поперечна (3 сл.), а сама она находится въ сосѣдствѣ съ печенью. Въ такихъ случаяхъ *col. asc.* или не существуетъ вовсе или, если слѣпая кишка лежитъ не очень высоко, то *col. asc.* имѣется въ видѣ дуги, лежащей латерально отъ почки, или на почкѣ въ видѣ косо-лежащей трубки, то прямой, то извилистой. Если *col. asc.* длинна и окружена брюшиной, то *caecum* послѣдовательно занимаетъ *foss. il., artic. sacro-il., m. ps. maj.,* малый таз“.

По мнѣнію Legueu подвижность слѣпой кишки или ея фиксація обуславливается отношеніемъ къ ней брюшины. Въ этомъ отношеніи Legueu дѣлитъ свои случаи на 4 группы:

1—полное обволакиваніе брюшиной слѣпой и восходящей (*meso* отсутствует). *Col. asc.* фиксирована только въ пограничной части съ *col. transv.*—(8 разъ).

2—полное обволакиваніе слѣпой и половины восходящей (50 разъ). Нижняя половина или $\frac{2}{3}$ восходящей свободна. Выше она снабжена *meso*. При этой формѣ слѣпая кишка всего чаще лежитъ въ тазу.

3—полное обволакиваніе слѣпой съ наличностью *mesocolon asc.* Встрѣчается чаще всего и дополняетъ предыдущую группу.

4—неполное обволакиваніе слѣпой и восходящей; *meso* отсутствует; слѣпая и восходящая сращены со стѣнкой живота (6 разъ).

Къ числу серьезныхъ дефектовъ интересной работы Legueu все же слѣдуетъ отнести слишкомъ рѣзкую возрастную разницу матеріала (отъ 1-го года до 15 ти лѣтъ). Это общее слабое мѣсто многихъ изслѣдователей, несомнѣнно, и тутъ отразилось на выводахъ. Въ частности 3-е его положеніе редактировано туманно, граница *col. asc.* не обозначена, нѣтъ никакихъ указаній на отношеніе *mesocol. asc.* къ *mesoc. transv.* и поэтому не понятно, въ какомъ же смыслѣ она дополняетъ 2-ое положеніе. Кроме того, Legueu изучалъ главнымъ образомъ длину и положеніе слѣпой кишки; форма ея совсѣмъ не обслѣдована, границы этого органа также не указаны и, потому, его

мнѣніе на счетъ полного отсутствія *caecum* (13 разъ на 100) требуетъ къ себѣ осторожнаго отношенія.

Д-ръ Дм. Соколовъ¹⁸ изслѣдовалъ *S-Romanum* на 200 дѣтскихъ трупахъ до года и 76 трупахъ послѣ года. Желая видѣть первоначальное положеніе *S-Romanum* и различныя смѣщенія ея, которыя могутъ произойти подъ вліяніемъ наполненія жидкостью, авторъ разрѣзалъ брюшную стѣнку по бѣлой линіи и, послѣ осмотра, вновь соединялъ края разрѣза посредствомъ зажимныхъ пинцетовъ, послѣ чего и наполнялъ кишку водой.

По мнѣнію Соколова, *S-Romanum* у дѣтей отличается значительной длиной. Ободочная кишка и особенно нисходящая часть ея образуетъ много изгибовъ и эти изгибы занимаютъ чрезвычайно разнообразное положеніе въ полости живота. Изъ 200 случаевъ *S-Romanum* лежала на правой сторонѣ 110 разъ (55%), 48 разъ—на лѣвой (24%), 36 разъ—посерединѣ (18%) и 6 разъ одной петлей—на правой, другой—на лѣвой (3%).

При наполненіи кишекъ газами число искривленій и петель уменьшается и *S*-образная кишка выдвигается вверхъ надъ тазомъ доходить до пупка, до желудка, до печени или, обогнувъ слѣпую кишку справа, ложится надъ ней. При вздутіи всего остального кишечника, *S*-образная кривизна можетъ располагаться въ нижней части живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, надъ мочевымъ пузыремъ или на передней поверхности правой почки.

Далѣе Соколовъ указываетъ, что по ходу толстыхъ кишекъ встрѣчаются различныя суженія и перемычки, препятствующія проведенію трубки. Эти препятствія встрѣчаются на границѣ прямой и *S*-образной и на границѣ послѣдней съ *col. desc.* Но разъ трубка прошла послѣднюю, то дальнѣйшее движеніе ея не встрѣчаетъ никакихъ препятствій, такъ какъ *col. transv.* и *col. ascend.* достаточно широки. Перегибы этихъ частей ободочной кишки, по мнѣнію Соколова, происходятъ подъ прямымъ угломъ, хотя иногда встрѣчаются уклоненія, когда *mesocol. transv.* очень длинна (9—10 см.) и *col. transv.* опущена въ нижнюю половину живота.

Colon. asc. у дѣтей почти всегда прикрѣплена болѣе или менѣе неподвижно, слѣпая же кишка въ огромномъ большинствѣ случаевъ свободна и подвижна, при чемъ большая или меньшая подвижность ея зависитъ отъ того, на какомъ разстояніи отъ дна слѣпой кишки *col. asc.* прикрѣплена къ задней стѣнкѣ живота. Не только слѣпая, но почти всегда и часть *col. asc.* окружена на различномъ протяженіи брюшиной, которая въ видѣ брыжейки прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ

живота, или къ передней поверхности почки, или даже иногда къ воротамъ печени, въ самомъ углу перехода восходящей въ поперечную, благодаря чему слѣпая кишка оказывается лежащей въ foss. il. dextr. или на средней линіи тѣла, надъ мочевымъ пузыремъ, или въ foss. il. sin. Если раздутый газами или наполненный водой кишечникъ не даетъ мѣста слѣпой кишкѣ продвинуться влѣво, то она находитъ себѣ мѣсто справа же, то есть перегибается вверхъ и такимъ образомъ поворачивается дномъ впередъ или уходитъ подъ печень, обращаясь дномъ уже кверху. При еще болѣе длинной брыжжейкѣ col. asc. обращена задней поверхностью кпереди, лежитъ поперекъ справа налѣво, параллельно поперечной ободочной, представляя собой, какъ бы вторую colon. transv. Перемѣщеніе слѣпой кишки вслѣдствіе такого перегиба ободочной Соколовъ нашелъ 13 разъ изъ 76, вообще же она была подвижна очень часто, такъ какъ восходящая прикрѣплялась на 7, 8, 10 см. выше своего начала. Подобныя явленія Соколовъ считаетъ ненормальными.

Въ изслѣдованіяхъ Соколова, несмотря на крупные дефекты методики, мы уже встрѣчаемся съ цѣнными указаніями относительно значительной смѣщаемости слѣпой кишки и ея придатка въ зависимости отъ особенностей отношенія серознаго покрова къ col. asc. Цифровыя данныя, хотя и весьма скудныя, все же рѣзко отбѣняютъ особенности дѣтскаго кишечника. Тѣмъ не менѣе спеціальныя практическія цѣли, намѣченныя авторомъ съ самаго начала, рѣзко сузили объемъ анатомическихъ изслѣдованій и привели къ неправильному освѣщенію вопроса о нормахъ даннаго возраста.

D-r. Paul Vallée³⁷ изслѣдовалъ спеціально положеніе слѣпой кишки и ея отростка у дѣтей. Работу свою онъ произвелъ на 100 трупахъ, изъ которыхъ три зародыша (изъ нихъ самый маленькій 23 см. дл.), 11 мертворожденныхъ, доношенныхъ, 77 дѣтей (отъ 1 мѣсяца до 1 года) и 9 (отъ 1 года до 6 лѣтъ).

Работа раздѣлена на 3 главы: 1-ая глава посвящена слѣпой кишкѣ, 2-ая червеобразному отростку, 3-ья правой подвздошной ямѣ. Приведены краткіе протоколы всѣхъ 100 случаевъ. Въ заключеніе авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

„1. Слѣпая кишка занимаетъ у дѣтей высокое положеніе. Въ 72 случаяхъ изъ 100 она была расположена надъ sp. il. ant. sup. Въ другихъ случаяхъ она можетъ располагаться слѣва отъ средней линіи безъ перемѣщенія брюшныхъ органовъ.

2. Положеніе червеобразнаго отростка зависить отъ слѣпой кишки, съ которой онъ связанъ; 78 разъ изъ 100 онъ располагался

выше плоскости, проведенной черезъ sp. il. ant. sup. Длина его въ среднемъ равна 5 см., его направленіе чаще всего вертикальное, восходящее или нисходящее.

3. Ободочная кишка подвѣшена на брыжжейкѣ, отходящей отъ задней брюшной стѣнки на уровнѣ подвздошнаго гребня. Эта брыжжейка можетъ отсутствовать и тогда задняя стѣнка кишки лишена серозной оболочки. Mesenteriolum отходитъ отъ брыжжейки тонкихъ кишекъ, а иногда, хотя и рѣдко отъ брюшины, покрывающей ободочную кишку. Въ половинѣ случаевъ встрѣчается брюшинная складка, отходящая отъ брыжжейки тонкихъ кишекъ или отъ основанія червеобразнаго отростка для соединенія съ подвздошными сосудами. Другія брюшинныя складки, отходящія отъ нея, соединяются съ подвздошной кишкой, образуя подвздошнослѣпокишечныя ямки. Въ одномъ случаѣ серозная связка соединяла основаніе отростка съ вершиной мочевого пузыря“.

Судя по этимъ выводамъ, а также по протоколамъ, приложеннымъ въ концѣ, авторъ производилъ свои изслѣдованія безъ надлежащей тщательности. Кромѣ того авторъ почти не обратилъ вниманія на большую смѣщаемость слѣпой кишки и на особенности col. asc. несмотря на то, что такіе случаи у автора были на лицо. Весьма спорное образованіе „mesocaecum“ и „mesocolon ascendens“, очень часто встрѣчаемая у автора, есть, какъ намъ кажется, результатъ недостаточно тщательнаго изслѣдованія подвижной восходящей ободочной кишки и отношенія къ ней брыжжейки тонкихъ кишекъ. Формы саесум совершенно не обследованы. Вопросъ же о положеніи ея и ея придатка разработанъ довольно поверхностно.

Впрочемъ самъ авторъ въ своемъ заключеніи приходитъ къ слѣдующему выводу: „Очень трудно сдѣлать серіозные выводы изъ этой работы, которая представляетъ ничто иное, какъ простое констатированіе фактовъ. Больше того, число наблюденій ограничено и полученные результаты могутъ имѣть только относительное значеніе. Выводы, которые мы привели, представляются поспѣшнымъ обобщеніемъ изслѣдованій, произведенныхъ нами“.

Ф. Г. Дебеле³⁹ въ своемъ трудѣ о „длинѣ кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ“, основанномъ на вскрытіи 151 труповъ зародышей и дѣтей до 14 лѣтъ, попутно изслѣдовалъ слѣпую кишку, величину, форму и положеніе ея придатка, а также положеніе S-Romanum. Изъ всего матеріала, изслѣдованнаго даннымъ авторомъ, только 76 труповъ относятся къ интересующему насъ возрасту.

Изъ 76 случаевъ въ 72-хъ (т. е. 94,7%) Дебеле встрѣтилъ

слѣпую кишку съ полнымъ брюшиннымъ покровомъ, Брюшина покрывала еще часть *col. asc.* со всѣхъ сторонъ на большемъ или меньшемъ протяженіи, а въ нѣкоторыхъ, хотя и рѣдкихъ случаяхъ, даже по всей ея длинѣ. 4 раза слѣпая кишка была неподвижна, что составляетъ 5,3%.

Дебеле присоединяется къ мѣнѣю тѣхъ изслѣдователей, которые полагаютъ, что слѣпая кишка покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ и отсутствіе ея съ задней стороны рассматриваютъ какъ исключеніе. Далѣе, Дебеле приходилось наблюдать въ первомъ году жизни слѣпую кишку перегнутой кпереди такъ, что передняя поверхность ея соприкасалась на нѣкоторомъ протяженіи съ переднею поверхностью *col. asc.*, а дно смотрѣло впередъ и вверхъ. Послѣ года авторъ подобное положеніе слѣпой кишки не встрѣтилъ ни разу.

Самый короткій червеобразный отростокъ по мѣнѣю автора = 3,4 см. и принадлежалъ ребенку 1 мѣс. и 4 дней отъ роду. Самый длинный = 11,6 см. — у ребенка 9 мѣс. Въ среднемъ (76 измѣреній) для ребенка до года длина отростка равнялась 6,4 см.

Основаніе отростка чаще всего имѣетъ воронкообразную форму, какъ у плодовъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ у дѣтей въ концѣ 1-го года отростокъ начинается отъ медиально-задней периферіи слѣпой кишки. Послѣ такого начала онъ сначала направляется немного кзади и кверху и подъ концомъ подвздошной кишки перегибается внизъ и по *m. ps. maj.* свѣшивается въ малый тазъ — 46 разъ, (т. е. 70,5%). Въ другихъ случаяхъ отростокъ сразу поднимается вверхъ вдоль задней поверхности *col. asc.* При этомъ отростокъ можетъ быть соединенъ съ *col.* своей брыжейкой болѣе или менѣе подвижно, — или наоборотъ плотно приклеенъ къ ней, 17 разъ (22%). Въ иныхъ случаяхъ червеобразный отростокъ поднимается вдоль медиальной поверхности *caecum* и *col. asc.* вверхъ, чаще всего вдоль задней полуокружности ихъ, иногда концомъ своимъ загибается дугообразно влѣво и свѣшивается книзу 9 разъ (11%). „Болѣе рѣдко червеобразный отростокъ лежитъ спирально свернутымъ позади *caecum* на *musc. iliacus* (2 раза) или стелется вверхъ и кнаружи на передней поверхности слѣпой, не спаиваясь съ послѣдней и свисая отвернутымъ концомъ кнаружи отъ толстой кишки (2 раза)“.

По вопросу объ *S-Romanum* авторъ нашель, что эта часть ободочной кишки или лежитъ вся въ маломъ тазу, или въ лѣвой сторонѣ брюшной полости, или по средней линіи, или поперекъ брюшной полости до *foss. il. dex.* Въ заключеніе всѣ свои выводы авторъ формулировалъ въ 24-хъ положеніяхъ, изъ которыхъ мы приве-

демъ только тѣ, которыя имѣютъ отношеніе къ нашимъ изслѣдованіямъ.

„1. Кишечникъ въ первомъ году жизни растетъ довольно равномерно.

2. У недоносковъ кишечникъ короче, какъ абсолютно, такъ и относительно съ дѣтьми того же возраста, родившимися въ срокъ (по Д.—4).

3. Окоченѣніе укорачиваетъ длину кишекъ, вздутіе увеличиваетъ ее (по Д.—6).

4. Восходящая ободочная кишка у плодовъ длиннѣе нисходящей ободочной; у дѣтей же она короче послѣдней (по Д.—10).

5. *Col. transv.* во всѣхъ дѣтскихъ возрастахъ составляетъ самую длинную часть толстыхъ кишекъ (по Д.—12).

6. *Flex. sigmoid.* вторая по длинѣ часть толстыхъ кишекъ послѣ поперечной ободочной кишки (по Д.—14).

7. *Caecum* въ громадномъ большинствѣ случаевъ покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ (по Д.—17).

8. У дѣтей на 1-мъ году *proc. vermicularis* чаще всего начинается воронкообразно, составляя какъ бы продолженіе слѣпой кишки (по Д.—21).

9. Наиболѣе частое положеніе *proc. vermiformis*, какъ до, такъ и послѣ года, то, при которомъ онъ свѣшивается въ малый тазъ (около 60%). Восходящее его направленіе наблюдается въ теченіе всего дѣтскаго возраста до 12 лѣтъ приблизительно въ одной трети случаевъ, причемъ положеніе позади толстой кишки наблюдается чаще до года (по Д.—22).

10. *S-Romanum* у дѣтей до 10 лѣтъ чаще всего заходитъ въ правую подвздошную яму (по Д.—24)“.

Положеніе 4-ое представляетъ большой интересъ, но, къ сожаленію, авторъ не указываетъ, какъ онъ опредѣлилъ границу между *col. asc.* и *col. transv.*, а между тѣмъ авторъ наблюдалъ, что иногда, „вся“ восходящая ободочная кишка была окружена брюшиной. Далѣе, изъ 151 труповъ, изслѣдованныхъ авторомъ, только 76 относятся къ первому году, а его выводы о положеніи червеобразнаго отростка и *S-Romanum* въ 9 и 10-мъ параграфахъ основаны на всемъ матеріалѣ и имѣютъ для насъ относительное значеніе.

О. Г. Шиманъ и В. М. Минцъ —⁴⁵ изслѣдовали 500 дѣтскихъ труповъ и въ болѣе чѣмъ половинѣ случаевъ наблюдали свободными и подвижными слѣпую кишку, конецъ подвздошной и *col. asc.* По мѣнѣю этихъ авторовъ слѣпая кишка у дѣтей въ большинствѣ слу-

чаевъ съ возрастомъ, спускается въ подвздошную яму, однако, частота нахождения общей брыжжейки слѣпой кишки и подвздошной ничуть не уменьшается. Предѣльные числа, найденныя при измѣреніи отъ корня этой общей брыжжейки до мѣста вхожденія подвздошной кишки въ слѣпую, колебались между 2 и 6 см. „Отсутствіе сращенія общей брыжжейки съ задней брюшной стѣнкой мы объясняемъ себѣ усиленіемъ перистальтическихъ движеній кишечника послѣ перехода во внѣтробную жизнь, вслѣдствіе чего слѣпая и подвздошная кишки не прилегаютъ постоянно къ задней брюшной стѣнкѣ. Большинство слѣпыхъ кишекъ, найденныхъ нами свободными, впоследствии вѣроятно, все таки срались бы съ брюшной стѣнкой, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется короткая брыжжейка или же когда находятся на лицо другія указанія на будущее спаяніе, какъ складки или тяжи, направляющіеся къ задней или боковой брюшной стѣнкѣ. Но въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ найдена длинная общая брыжжейка, достигающая до 6—7 см., врядъ ли наступитъ спаяніе и въ подобныхъ случаяхъ остается навсегда предрасположеніе къ перемѣщенію слѣпой кишки. Подвижная слѣпая кишка подымается при наполненіи газами и загибается вверхъ, при чемъ мѣстомъ перегиба служитъ переходъ свободной слѣпой кишки въ прикрѣпленную къ задней брюшной стѣнкѣ часть *col. asc.* Это мѣсто прикрѣпленія можетъ находиться на разныхъ уровняхъ задней брюшной стѣнки, отъ середины почки до подвздошной ямы.

При наличности длинной брыжжейки слѣпая кишка можетъ спуститься въ малый тазъ. Особенно замѣтна наклонность къ опущенію при плохомъ прикрѣпленіи восходящей ободочной кишки къ задней брюшной стѣнкѣ. Такое плохое прикрѣпленіе мы находимъ какъ при плохомъ, такъ и при хорошемъ питаніи ребенка. Что касается прикрѣпленія подвздошной кишки, то здѣсь замѣчалось большее разнообразіе, начиная отъ совершеннаго отсутствія спаянія и кончая добавочными связками, идущими къ подвздошной ямѣ или боковой брюшной стѣнкѣ; рѣчь идетъ, конечно, лишь о той части подвздошной кишки, которая впадаетъ въ слѣпую кишку“.

„Неприросшій червеобразный отростокъ не имѣетъ опредѣленнаго положенія въ полости живота. Подвижность его собственной брыжжейки и подвижность того органа, отъ котораго онъ отходитъ, обуславливаетъ подвижность и самаго отростка. На положеніе червеобразнаго отростка и его перемѣщенія въ связи съ подвижной слѣпой кишкой было обращено особое вниманіе. Моментомъ для вытѣсненія слѣпой кишки съ отросткомъ въ общую брюшную полость слу-

жить часто у молодыхъ дѣтей сигмовидная кривизна, которая можетъ занимать правую подвздошную яму, какъ во вздутѣ, такъ и въ спавшемся видѣ. Чѣмъ свободнѣй слѣпая кишка, тѣмъ сильнѣй она вмѣстѣ съ отросткомъ смѣщается вверхъ вздутой газами сигмовидной кишкой. Но и при вполне прикрѣпившейся къ подвздошной ямкѣ слѣпой кишкѣ положеніе отростка въ высокой степени измѣнчиво. Здѣсь его положеніе находится въ нѣкоторой зависимости отъ длины и мѣста отхожденія его брыжжейки. Мѣсто отхожденія корня брыжжейки отростка мѣняется: онъ отходитъ отъ задней поверхности общей брыжжейки слѣпой и подвздошной кишки (обычно), а при значительныхъ процессахъ слипанія брюшинныхъ листковъ получаютъ картины вродѣ отхожденія его брыжжейки отъ *mesenterium*, отъ конца, *ilium* или отъ *caecum*. Въ общемъ червеобразный отростокъ расположенъ въ области большого таза въ *foss. il.*, причемъ замѣчается наклонность его смѣщаться къ срединѣ, въ направленіи къ малому тазу, мысу или же вбокъ и къзади отъ слѣпой и восходящей ободочной кишки въ направленіи къ почкѣ“.

Сообразно съ этимъ Минцъ и Шиманъ находили *proc. verm.* въ маломъ тазу, рядомъ съ прямой кишкой, впереди *promont.*, въ *foss. il.*, или медиально, на и сбоку отъ поясничной мышцы, наконецъ, къзади и вбокъ отъ слѣпой и восходящей ободочной кишки, причемъ конецъ его обращенъ къ почкѣ и къ печени. Большею частью отростокъ былъ свернутъ въ клубокъ, благодаря относительной короткости его брыжжейки.

Въ большинствѣ случаевъ отростокъ лежитъ между задней брюшной стѣнкой и покрывающими его слѣпой и подвздошной кишкой и ихъ общей брыжжейкой или брыжжейкой подвздошной кишки. Иногда бываетъ, что онъ спрятанъ въ брюшинныхъ складкахъ, идущихъ къ подвздошной ямѣ отъ подвздошной и слѣпой кишекъ. Получается, такимъ образомъ, впечатлѣніе, что въ большинствѣ случаевъ отростокъ отдѣленъ отъ общей полости брюшины вышеназванными органами. Приращеніе отростка дѣлаетъ его положеніе неизмѣняющимся. Приросшимъ его наблюдали лишь 31 разъ; изъ нихъ, 20 разъ вполне и 11 разъ частично. „Патологическаго ли происхожденія эти сращенія или нѣтъ, это вопросъ еще пока спорный, говоритъ Шиманъ. Противъ патологическаго происхожденія можетъ говорить нѣкоторая законность въ выборѣ органа, къ которому прирастаетъ отростокъ. Мы находили спаяніе съ почкой, чаще всего съ задней поверхностью восходящей ободочной и слѣпой кишкой, частью съ задней повер-

хностью общей брыжжейки слѣпой и подвздошной кишки. Намъ не приходилось находить сращеніе съ какимъ нибудь другимъ органомъ брюшной полости. Микроскопическое изслѣдованіе мѣста слипанія отростка не дало намъ указаній на бывшій воспалительный процессъ. Надо думать, что наклонность общей брыжжейки къ слипанію съ правосторонней задней брюшной стѣнкой передается и на брыжжейку отростка, которая и спаивается съ почкой, восходящей ободочной кишкой и проч., въ силу чего прикрѣпляется и отростокъ, ибо во всѣхъ случаяхъ закрѣпленнаго отростка, брыжжейка его исчезала для простого глаза“.

„Слипаніе отростка съ почкой неудивительно, если вспомнить, что слѣпая кишка и червеобразный отростокъ спускаются изъ почечной области въ подвздошную яму лишь впоследствии“.

„Резюмируя топографическое положеніе отростка, мы находили его подъ печенью, на почкѣ, вбокъ отъ слѣпой и восходящей ободочной кишки, ниже ихъ или кзади отъ нихъ, въ подвздошной ямѣ, медиально отъ слѣпой кишки, въ маломъ тазу, въ общей брюшной полости, въ грыжевомъ мѣшкѣ и въ плевральной полости“.

Въ работѣ Минца и Шимана, какъ и слѣдовало ожидать, вслѣдствіе большого матеріала, относящагося при этомъ къ одному опредѣленному возрасту, встрѣчаемся съ цѣлымъ рядомъ цѣнныхъ фактовъ о положеніи слѣпой кишки въ связи съ особенностями прикрѣпленія col. asc. Но авторы, въ виду опредѣленнаго задания, сузили свои изслѣдованія и не обратили совершенно вниманія на остальные части ободочной кишки, хотя матеріалъ и былъ вполне достаточенъ. Весьма интересны также указанія Шимана на то, что червеобразный отростокъ оказывается чаще свернутымъ въ клубокъ, что очень характерно для этого возраста, и что онъ часто спаянъ съ colon. Однако въ работѣ не приведено никакихъ цифровыхъ данныхъ, статистика отсутствуетъ совершенно, сообщеніе занимаетъ нѣсколько страницъ и носитъ характеръ случайнаго попутнаго изслѣдованія.

Въ настоящей главѣ мы привели вкратцѣ тѣ данныя, которыя мы могли почерпнуть изъ доступной намъ литературы. Нѣкоторыя данныя другихъ авторовъ объ анатоміи ободочной кишки дѣтскаго возраста слишкомъ кратки, случайны, отмѣчены попутно и не могутъ претендовать на значеніе специальныхъ изслѣдованій по дѣтскому возрасту. Они будутъ упомянуты въ соответственныхъ мѣстахъ слѣдующей главы. Къ числу такихъ относятся: Таренецкій³, Samson¹⁰, Smith⁷⁶, Alglave⁶⁸, Stocquart², Ancel et Cavaillon⁶⁴, Рѣзановъ⁸² и др.

Глава IV.

Собственные наблюденія.

А. Адоральная половина ободочной кишки.

а. Форма слѣпой кишки 1-го года жизни.

Слѣпая кишка и ея придатокъ привлекали вниманіе изслѣдователей съ давнихъ поръ. Вопросъ о развитіи этихъ частей толстой кишки, размѣровъ ихъ, формы, положенія ихъ въ брюшной полости, строеніи стѣнокъ, о функціяхъ и особенно о серозной оболочкѣ, въ виду большого практическаго значенія, подвергнуты многократно болѣе или менѣе тщательнымъ изслѣдованіямъ и освѣщены со всѣхъ сторонъ въ надлежащей мѣрѣ. Литература о слѣпой кишкѣ человѣка громадна. Поэтому, въ первой части настоящей главы мы, имѣя въ своемъ распоряженіи сравнительно большой матеріалъ, касающійся только перваго года жизни, сдѣлали только попытку опредѣлить, какія изъ установленныхъ другими авторами формъ слѣпой кишки чаще имѣютъ мѣсто въ указанномъ возрастѣ.

Въ работахъ о дѣтскомъ кишечникѣ этому вопросу удѣлено сравнительно мало вниманія. Однако для слѣпой кишки дѣтей также, какъ и взрослыхъ, очень важно съ самаго начала рѣшить вопросъ о томъ, что собственно слѣдуетъ назвать слѣпой кишкой. Намъ кажется, что прежде, чѣмъ говорить о формѣ слѣпой кишки, безусловно необходимо опредѣлить ея границы; всѣ разногласія въ описаніи формъ этого органа, по нашему мнѣнію, объясняются отсутствіемъ одного общаго представленія о предѣлахъ этого органа. Этотъ вопросъ имѣетъ свою исторію и вкратцѣ намъ необходимо на ней остановиться.

Hyrŕl *) подъ именемъ слѣпой кишки подразумѣвалъ „часть толстой кишки, выдающуюся подъ мѣстомъ прикрѣпленія подвздошной“. Cruveilhier **) болѣе опредѣленно указалъ верхнюю границу слѣпой кишки. По его мнѣнію, эта граница опредѣляется плоскостью, проведенной тотчасъ надъ мѣстомъ впаденія подвздошной кишки въ толстую. Другіе изслѣдователи, Treves,⁴ Tillaux,^{***} Tuffier,⁶ Luschka,^{****} Henle,^{*****} Таренецкій³ и др., верхнюю границу слѣпой опредѣляютъ плоскостью, проведенной черезъ нижній край подвздошной кишки.

*) Учебн. анат. челов. 1887 г.

**) Цит. по Турнеру.

***) Рук. топ. анат. 1896 г.

****) Anat. des Mensch. 1863.

*****) Handb. der Anat. des Mensch. 1866 г.

Struthers¹⁹ однако не согласенъ съ такимъ взглядомъ. „Если, говорить онъ, за верхнюю границу слѣпой кишки считать уровень нижняго края подвздошной кишки, то слѣпая кишка въ такомъ случаѣ можетъ оказаться слишкомъ короткой, особенно, когда нижній конецъ ея идетъ снизу косо вверхъ. Верхній край подвздошной кишки будетъ болѣе точнымъ указателемъ, чѣмъ нижній, т. к. онъ идетъ почти на $1/2$ дюйма выше уровня отверстия. Мы беремъ точкой нашего измѣренія середину между передней и задней бороздами уздечекъ, хотя эти борозды не всегда хорошо замѣтны снаружи“.

Berry²⁶, сдѣлавшій со слѣпой кишки 45 гипсовыхъ слѣпковъ, пришелъ къ убѣжденію, что мнѣніе Treves'a ошибочно. Но онъ находитъ, что уздечковые борозды Struthers'a также не всегда бываютъ выражены. Поэтому, считая вообще, что опредѣленіе верхней границы слѣпой кишки можетъ быть лишь приблизительнымъ, Berry предлагаетъ проводить линію посрединѣ между верхнимъ и нижнимъ краями подвздошной кишки, у мѣста впаденія ея въ слѣпую кишку. Эта линія, по его мнѣнію, и соотвѣтствуетъ верхней границѣ слѣпой кишки.

Мы съ своей стороны должны прибавить, что мнѣніе Berry о томъ, что уздечковые борозды Struthers'a можно наблюдать не на всякой слѣпой кишкѣ, справедливо главнымъ образомъ для слѣпой кишки взрослого человѣка. Что же касается дѣтской слѣпой кишки, то эта борозда совершенно ясно и необычайно рѣзко выражена въ большинствѣ случаевъ и почти абсолютно постоянно эту борозду можно наблюдать съ задней стороны. Въ мѣстѣ съ тѣмъ бороздамъ Struthers'a точно соотвѣтствуетъ линія Berry и, поэтому, мы во всѣхъ случаяхъ для опредѣленія верхней границы слѣпой кишки пользовались одновременно обоими этими способами.

Leguen¹⁴ рѣшительно не допускаетъ связи между возрастомъ объекта и развитіемъ его слѣпой кишки. Ему удалось установить ея полное отсутствіе у взрослыхъ и, наоборотъ, весьма значительную величину этого органа у дѣтей очень ранняго возраста.

„Въ большинствѣ случаевъ, говорить Lemaire³⁰, caecum имѣетъ форму ампулы, болѣе или менѣе правильно закругленной, обращенной кнаружи. У зародыша, а также у дѣтей въ возрастѣ отъ 2—6 мѣсяцъ, мы находимъ слѣпую кишку эмбриональной формы, т. е. безъ слѣплого конца, непосредственно продолжающуюся въ каналъ отростка; слѣпая кишка, такъ сказать, не существуетъ“.

Quénu и Heitz Boyer⁵³ произвели изслѣдованіе на 93 объектахъ (55 взр., 34 дѣт., 2 пл., 2 обез.) и описываютъ слѣпую кишку, какъ

изогнутый каналъ, вродѣ желудка, что особенно хорошо замѣтно сзади. Этотъ каналъ состоитъ изъ двухъ частей, образующихъ различной величины уголь: верхней—вертикальной части и нижней—косой. Уголь, который описываютъ эти двѣ части, открытъ кзади и кнутри; отростокъ заканчиваетъ вторую часть, названную различными авторами воронкообразной; онъ принимаетъ самыя разнообразныя направленія. Дно слѣпой кишки соотвѣтствуетъ вершинѣ угла. По величинѣ открытія угла различаются три типа слѣпой кишки: 1—классическій, нормальный типъ, при которомъ этотъ уголь равенъ прямому; 2—типъ раздвинутый или зародышевый, при которомъ указанный уголь является тупымъ, и 3—суженый, при которомъ уголь является острымъ; при тупомъ углѣ червеобразный отростокъ отходитъ низко, при остромъ онъ является восходящимъ и лежитъ то позади, то впереди подвздошной кишки.

Интересно здѣсь привести мнѣніе Parson'a⁶⁷ о формѣ слѣпой кишки, въ которой этотъ авторъ различаетъ три части: первая, вблизи отъ заслонокъ, цилиндрическая, загибается вверхъ и назадъ во вторую, коническую часть, которую онъ называетъ „conus appendicis“; второй загибъ находится у вершины этого конуса; онъ продолжается въ appendix. Эта форма, по мнѣнію Parson'a встрѣчается постоянно въ послѣднихъ мѣсяцахъ утробной и первыхъ внѣтробной жизни. Два описанныхъ изгиба слѣпой кишки онъ считаетъ очень важными, тогда какъ многочисленные изгибы самаго придатка являются непостоянными.

По классификаціи Robinzon'a,⁷⁴ произведеннаго свои изслѣдованія на 128 трупяхъ, формы слѣпой кишки раздѣляются на 4 типа: 1-ый—асимметричный (40:100); 2-ой—симметричный (20:100) 3-ий—зародышевый (30:100) и 4-ый—атрофическій (8:100).

Delmas^{56, 59, 60} признаетъ существованіе слѣпой кишки такой формы, какъ это описано у Quénu. При этомъ онъ прибавляетъ, что вершина угла всегда находится противъ соединенія ilium съ caecum и двѣ части толстой кишки окружаютъ valv. Bauhini., какъ шарниръ. Taenia post. int. сохраняетъ всегда прямолинейное направленіе и надъ угломъ загиба проходитъ въ видѣ моста для соединенія съ остальными taeniae. Это и есть, по автору, habenula caeci Krause. Въ мѣстѣ съ тѣмъ Delmas обращаетъ вниманіе на то, что на слѣпой кишкѣ, по сторонамъ отъ лентъ, расширенія бываютъ развиты неодинаково, отъ чего, по автору, главнымъ образомъ и зависитъ форма слѣпой кишки. Соотвѣтственно степени развитія того или иного выпячиванія авторъ сводитъ форму этого органа къ нѣсколькимъ

типамъ: 1—воронкообразный или зародышевый, 2—коническій, низкій и широкій, 3—промежуточный, въ которомъ надъ конусомъ выступаютъ два выпячиванія, 4—двудольный и 5—одnodольный, который авторъ принимаетъ въ виду его частоты за нормальный.

По изслѣдованіямъ Турнера слѣпая кишка на трупахъ дѣтей отъ самаго ранняго возраста и до года имѣетъ воронкообразную форму съ вершиной воронки, повернутой къзади и медиально, (чаще всего) къзади и кверху, къзади и латерально (рѣже всего).

Ionnescio и Charpy¹⁾ указываютъ, что у новорожденныхъ слѣпая кишка сохраняетъ еще зародышевый типъ. Форма ея коническая или воронкообразная. Направленіе косое сверху внизъ, справа налѣво. Она рѣзко пригнута къ восходящей ободочной кишкѣ. Основаніе ея расширено, обращено кверху и нѣсколько вправо и продолжается въ col. ascend. Верхушка, обращенная внизъ и нѣсколько влѣво, продолжается въ отростокъ. У дѣтей ея форма измѣняется; taen. longit., haustra ясно выражены; правая и передняя стѣнка замѣтно расширены, тогда какъ задняя и внутренняя мало развиты. Вся слѣпая кишка искривлена такъ, что ея основаніе повернуто болѣе вправо, въ то время какъ заостренная верхушка направляется влѣво. Такимъ образомъ дно слѣпой кишки не соотвѣтствуетъ болѣе вершинѣ конуса и начало отростка какъ бы перемѣщается на задне-внутреннюю стѣнку.

Ionnescio дѣлитъ всѣ формы слѣпой кишки на 3 типа: зародышевый, дѣтскій и взрослый, причемъ предыдущее описаніе слѣпой кишки ясно указываетъ на тотъ типъ, который по его мнѣнію свойственъ дѣтскому возрасту.

Тщательныя изслѣдованія формъ слѣпой кишки въ нашихъ случаяхъ показали, что о какой-либо одной общей основной дѣтской формѣ ея, характерной для перваго года жизни, не можетъ быть и рѣчи. При этомъ, коническая форма, характерная для утробной жизни, описанная Treves'омъ, и форма, соотвѣтствующая слѣпой кишкѣ взрослому, въ указанномъ возрастѣ встрѣчается рѣдко.

Нашъ матеріалъ далъ намъ формы, которыя въ однихъ случаяхъ близко подходятъ къ типу зародышевому, а въ другихъ—къ типу взрослыхъ. вмѣстѣ съ тѣмъ выяснилось, что между нѣсколькими рѣзко различными формами слѣпой кишки существуетъ много промежуточныхъ, переходныхъ формъ. Такое явленіе не представляетъ ничего неожиданнаго. Дѣйствительно, неравнобѣрный ростъ стѣнокъ слѣпой кишки находится въ тѣсной связи съ распредѣленіемъ сосу-

¹⁾ Цит. по Charpy

довъ на ея стѣнкахъ, какъ это доказала Treves; съ другой стороны, на ходъ ея развитія вліяютъ механическія причины, вызывающія неравнобѣрныя выпячиванія по сторонамъ продольныхъ лентъ, какъ на это указываетъ Tuffier; далѣе, опредѣленную роль въ образованіи тѣхъ или иныхъ формъ слѣпой кишки играютъ неравнобѣрный ростъ самой кишки съ одной стороны и особенности развитія ея брюшиннаго покрова съ другой, на что обратилъ вниманіе Laforgue *); наконецъ, невозможно отрицать огромнаго вліянія, которое должна оказывать вообще брюшина на развитіе слѣпой кишки и на ея форму, если принять во вниманіе, въ какія тѣсныя взаимоотношенія вступаетъ слѣпая кишка съ листками пристѣночной брюшины при своемъ медленномъ движеніи въ подвздошную яму, особенно начиная отъ лѣваго изгиба ободочной кишки. Несомнѣнно, что огромная масса всевозможныхъ брюшинныхъ складокъ, то тонкихъ и нѣжныхъ, безсосудистыхъ, то болѣе плотныхъ сосудистыхъ, которыя образуются при этомъ движеніи между слѣпой кишкой и многочисленными органами брюшной полости, а часто и полости таза, должны имѣть опредѣленное значеніе въ процессѣ постепенной формовки всей caput coli. **) А такъ какъ каждый изъ указанныхъ факторовъ на длинномъ протяженіи времени оказываетъ свое вліяніе въ различные періоды развитія и при этомъ въ различной степени, то вполне понятно, что слѣпая кишка въ первомъ году жизни, когда процессъ развитія находится еще на полномъ ходу, не можетъ имѣть одну, опредѣленную форму. Такимъ образомъ, слѣпая кишка новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста, въ общемъ являясь оригинальной, характеризуется многообразіемъ формъ, промежуточныхъ между зародышевой и взрослой.

При изученіи разнообразныхъ формъ слѣпой кишки 1-го года жизни намъ удалось уловить нѣсколько типовъ, изъ которыхъ одни уже описаны другими авторами, а другіе представляютъ нѣкоторыя довольно существенныя отклоненія отъ общезвѣстныхъ формъ слѣпой кишки. Всѣ разнообразныя формы этого органа мы привели къ четыремъ типамъ:

*) Цит. по Liertz.

**) *Примѣчаніе.* Этотъ терминъ, весьма удачно предложенный Treves'омъ, объединяетъ въ себѣ слѣпую кишку съ ея придаткомъ. Этому термину вполне соотвѣтствуетъ терминъ „ileo-caecal'ный сегментъ“, предложенный Alglave и обозначаетъ подвздошно—слѣпо-кишечное соединеніе съ ближайшимъ отрѣзкомъ восходящей ободочной кишки со всѣми особенностями отношенія къ этому отдѣлу кишечника серозной оболочки. Этими терминами мы будемъ пользоваться впредь.

Типъ I-ый. а) Рис. 24. Слѣпая кишка имѣетъ форму конуса, вершина котораго суживаясь равномерно и постепенно, безъ рѣзкихъ границъ, переходитъ въ червеобразный отростокъ. По классификаціи Treves'a такая форма слѣпой кишки встрѣчается въ зародышевой жизни, отнесена имъ къ 1 типу и описана въ его работѣ слѣдующимъ образомъ: „Слѣпая кишка 1-го типа имѣетъ коническую форму; отъ ея верхушки отходитъ appendix, при чемъ эта верхушка располагается на одной линіи съ длинной осью ободочной кишки и соотвѣтствуетъ приблизительно ея серединѣ. Изъ трехъ продольныхъ лентъ ободочной кишки, передняя (taenia libera), лучше другихъ развитая, идетъ по передней поверхности слѣпой кишки и соотвѣтствуетъ центрально отвѣсной оси colon ascend. На слѣпой кишкѣ



Рис. 24.

I типъ, а. (спереди).

зародыша три ленты лежатъ почти на одинаковомъ одна отъ другой разстояніи и раздѣляютъ окружность ободочной кишки почти на равныя части“. Среди нашихъ 300 случаевъ мы не встрѣтили такой формы ни разу. Разница сводилась къ тому, что ось слѣпой кишки никогда не совпадала съ осью col. asc. ободочной кишки. Эта ось обычно отклонена отъ оси восходящей въ медіальную сторону (рѣже—въ латеральную). Такимъ образомъ общая ось caput coli въ нашихъ случаяхъ представляла болѣе или менѣе изогнутую линію.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ величина слѣпой кишки ничтожна; восходящая ободочная, суживаясь постепенно непосредственно переходитъ въ отростокъ. Рѣзко бросаются при этомъ въ глаза ясно выраженныя haustra на латеральной периферіи слѣпой кишки и отчасти и на ея придаткѣ.

Къ первому типу надо отнести иныя коническія формы слѣпой кишки, представляющія слѣдующую ступень развитія этого органа; онѣ встрѣчаются чаще только что описанной и представляетъ слѣдующую картину:

б) Рис. 25 и 26. Слѣпая кишка представляетъ изогнутую трубку, состоящую изъ двухъ частей: нисходящей, съ направленіемъ сверху внизъ и справа налѣво и восходящей, съ направленіемъ влѣво, кверху и нѣсколько къзади. Последняя часть постепенно суживается, при чемъ верхушка ея безъ рѣзкихъ границъ, позади верхняго края подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія, переходитъ

въ червеобразный отростокъ. Поверхности соприкосновенія двухъ указанныхъ частей плотно прилежатъ одна къ другой, срастаются, и образуютъ на задней сторонѣ caput coli глубокую бороздку. Taenia libera спускается по передней сторонѣ colon ascend. и, дугообразно изгибаясь на caput coli влѣво и вверхъ, тянется къ основанію отростка. Taenia poster. lateralis спускается по задней стѣнкѣ colon ascend. и имѣетъ аналогичный ходъ на задней стѣнкѣ caput coli. Taenia poster. medialis спускается по медіальной стѣнкѣ col. ascend. и исчезаетъ въ щели между загнутыми частями caput coli. Характерными особенностями этой группы слѣпой кишки являются: 1) значительная разница въ калибрахъ нисходящаго и восходящаго колѣнъ слѣпой



Рис. 25.

I типъ, б. (спереди)



Рис. 26.

(съзади).

кишки, 2) коническая форма послѣдней 3) тѣсное соприкосновеніе ея съ colon ascend. и) незамѣтный переходъ въ отростокъ.

Необходимо при этомъ указать, что граница между col. ascend. и слѣпой кишкой опредѣляется въ этой группѣ очень легко поперечно проведенной линіей черезъ подвздошно-слѣпокишечное соединеніе, такъ какъ конечная часть подвздошной подходитъ къ colon ascend. почти подъ прямымъ угломъ.

Такимъ образомъ, обѣ описанныя разновидности слѣпой кишки представляютъ видоизмѣненный коническій 1-й типъ Treves'a. Описанная разновидность (б) 1-го типа во многихъ отношеніяхъ схожа съ формой описанной Heitz-Boyer и Parson'омъ. Однако нужно замѣтить, что второй изгибъ, отмѣченный у Parson'a, а также из-

гибы самага придатка не обязательны, въ тѣхъ случаяхъ, когда appendix на всемъ протяженіи (какъ мы увидимъ ниже) спаянъ съ col. asc. Первую разновидность 1-го типа мы наблюдали 36 разъ, вторую—80 разъ.

Типъ II-ой. а) Рис. 27 и 28. *Sarut coli* представляетъ трубку изогнутую подъ угломъ, вершина котораго обращена внизъ. Нисходящее, съ уклономъ внизъ и влѣво, и восходящее, съ уклономъ вверхъ и влѣво, колѣна этой трубки имѣютъ почти одинаковый поперечникъ съ той только разницей, что восходящее колѣно постепенно и равномерно суживается кверху. Верхушка восходящаго колѣна рѣзко сужена и червеобразный отростокъ, начинаясь отъ самага центра этой верхушки, рѣзко отдѣляется отъ слѣпой кишки. Во многихъ слу-



Рис. 27.

II типъ, а—спереди.



Рис. 28.

а—сзади.

чаяхъ на границѣ между слѣпой кишкой и ея придаткомъ имѣется перехватъ въ видѣ шейки. Передняя стѣнка изгиба гладка, имѣетъ иногда незначительныя выпячиванія; на задней же стѣнкѣ имѣется глубокая, косолежашая борозда, которой со стороны полости caecum соотвѣтствуетъ frenul. lab. post. Конечная часть подвздошной кишки вѣдряется въ открытый уголь, образованный указанными колѣнами *sarut coli* и такимъ образомъ подвздошная подходит къ col. asc. подъ острымъ угломъ. Эта форма, какъ видно изъ предыдущаго, напоминаетъ форму слѣпой кишки, описанную Heitz—Boyer.

Мы уже указывали, что за верхнюю границу слѣпой кишки мы приняли линію Veggy. Изучая слѣпую кишку съ соблюденіемъ этого условія, мы убѣдились, что вышеописанное нисходящее колѣно въ большей своей части представляетъ ничто иное, какъ адоральный конецъ col. ascend. и даже въ томъ случаѣ, если верхнюю границу слѣпой кишки провести по старымъ авторамъ, черезъ верхній край подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія, то и въ этомъ случаѣ положеніе дѣла мало измѣняется.

Такимъ образомъ, къ слѣпой кишкѣ относится главнымъ образомъ одно колѣно, расположенное по отношенію къ col. ascend. подъ угломъ. Оно имѣетъ восходящее направленіе влѣво и вверхъ, а широкое открытое основаніе ея обращено вправо и внизъ.

б) Рис. 29 и 30. Къ этому же типу мы относимъ еще не-



Рис. 29.

II типъ, б—спереди.



Рис. 30.

б—сзади.

описанную форму слѣпой кишки, при которой восходящая ободочная и слѣпая кишка не соединяются подъ угломъ, а образуютъ правильное, выпуклое кнаружи и книзу полу-кольцо. Эта форма очень характерна и встрѣчается чаще первой.

в) Рис. 31 и 32. Наиболѣе рѣзко второй типъ выраженъ



Рис. 31.

II типъ, в—спереди.



Рис. 32.

в—сзади.

тогда, когда восходящая и слѣпая лежатъ рядомъ, почти параллельно и ихъ отверстія сообщаются между собой посредствомъ горизонтально лежащей между ними трубки, въ верхній край которой впадаетъ подвздошная кишка.

Первую разновидность II-го типа мы наблюдали 26 разъ, вторую—51 разъ, и третью—2 раза.

Типъ III-й. Рис. 33 и 34. Слѣпая кишка той формы, которая у Treves'a отнесена къ третьему типу въ первомъ году жизни встрѣчается значительно рѣже. Описание приводимъ по тексту автора

„У слѣпой кишки третьяго типа, передняя стѣнка развивается быстрѣе задней; часть стѣнки *sarut coli*, лежащей

справа отъ передней продольной ленты, растетъ также быстрѣ лѣвой. Въ зависимости отъ этого истинная верхушка слѣпой кишки поворачивается болѣе и болѣе на лѣвую сторону, пока она не установится по сосѣдству съ подвздошно-слѣпокишечнымъ соединеніемъ. Такимъ образомъ, быстрѣ развившаяся часть слѣпой кишки на правой сторонѣ, свѣшивается книзу, образуя новую или ложную верхушку слѣпой кишки или ея арех. Истинная же верхушка слѣпой кишки передвигается къ задней сторонѣ сар. coli. Этотъ типъ наблюдается главнымъ образомъ во внѣутробной жизни“.

Эту форму Vegu считаетъ обычной для слѣпой кишки взрослога и указываетъ, что онъ встрѣчалъ ее въ 94% всѣхъ своихъ



Рис. 33.
III типъ; спереди.



Рис. 34.
сзади.

наблюдений, причѣмъ червеобразный отростокъ отходилъ всегда отъ задней стѣнки слѣпой кишки на 1, 7 см. ниже нижняго края подвздошной кишки у мѣста впаденія послѣдней въ толстую кишку.

Эта форма, дѣйствительно, обычная для слѣпой кишки взрослога, въ нашихъ случаяхъ наблюдалась 53 раза.

Типъ IV-ый. (Рис. 35 и 36). Слѣпая кишка IV-го типа представляетъ расширенную объемистую ампулу, ясно отдѣленную отъ восходящей ободочной глубокими бороздами съ латеральной, передней, а часто и съ задней стороны. Слѣпая кишка равномерно расширена и задняя медиальная стѣнка ея, (которая здѣсь, въ отличіе отъ III го типа Treves'a, развита хорошо), дѣлится на равныя, симметричныя части корнемъ отходящаго червеобразнаго отростка. Эти части представляются въ видѣ выпячиваній: двухъ боковыхъ и одного нижняго, соответствующаго ложной верхушкѣ Treves'a.

Этотъ типъ представляетъ весьма характерную форму, встрѣчается довольно часто, особенно въ случаяхъ общей дилатации адоральной половины ободочной кишки и можетъ быть отнесена ко II-му типу Robinson'a. Червеобразный отростокъ рѣзко отграниченъ отъ слѣпой кишки и обычно отходитъ отъ задне-медиальной стѣнки ея.

Такимъ образомъ, какъ видно изъ подробнаго описанія выше-



Рис. 35.
IV типъ, спереди.



Рис. 36.
сзади.

изложенныхъ четырехъ типовъ (Таблица 2-ая) слѣпая кишка на первомъ году жизни имѣетъ въ большинствѣ случаевъ коническую или воронкообразную форму съ характернымъ изгибомъ и постепеннымъ переходомъ въ отростокъ (116 на 300).

Зародышевый I-ый типъ Treves'a не встрѣчается, но формы, близкія къ этому типу все же имѣютъ мѣсто.

Таблица 2-ая.

Формы слѣпой кишки новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста.

I типъ		II типъ			III типъ	IV типъ	Итого
а	б	а	б	в			
36	80	26	51	2	53	52	300
116		79			53	52	300
(38,67%)		(26,33%)			(17,67%)	(17,33%)	

Изъ первыхъ двухъ типовъ чаще всего встрѣчаются варианты перваго типа—б, затѣмъ варианты втораго типа—б. Несмотря на различія формы двухъ первыхъ типовъ слѣпой кишки, общей и характерной чертой для нихъ является обычный, первый изгиб *caput coli*, что отмѣчается во всѣхъ учебникахъ анатоміи и специальныхъ сочиненіяхъ. „En haut et à droite le caecum se continue avec le colon ascendant, qui se coude assez brusquement à quelques centimetres au dessus, pour devenir vertical“, говоритъ Tuffier въ началѣ анатомической части своей работы.

Описанный нами II-ой типъ представляетъ оригинальную форму слѣпой кишки разсматриваемаго возраста, не встрѣчающуюся у взрослыхъ.

Третій типъ слѣпой кишки, обычный для взрослоаго, въ этомъ возрастѣ встрѣчается еще сравнительно рѣдко.

Слѣпая кишка IV-го типа встрѣчается чаще всего при значительной дилатации всей адоральной половины ободочной кишки. Слѣпая кишка въ такихъ случаяхъ часто очень велика, превышая въ поперечникѣ всѣ остальные части ободочной кишки, что противорѣчитъ изслѣдованіямъ Charpy³². Такая дилатация, повидимому, является результатомъ механическихъ причинъ и объясняется преимущественно давленіемъ, производимымъ газами, что подтверждается равномернымъ увеличеніемъ слѣпой кишки во всѣ стороны.

Интереснымъ является въ этомъ отношеніи взглядъ Robinson'a, который на расширенную слѣпую кишку человѣка смотритъ не какъ на патологическое явленіе. Основываясь на сравнительно—анатомическихъ данныхъ, онъ приходитъ къ заключенію, что расширенная слѣпая кишка соответствуетъ болѣе низшему состоянію ея и что человѣкъ нѣкогда былъ травояднымъ и, какъ таковой, имѣлъ большую слѣпую кишку. Впослѣдствіи онъ сдѣлался плотояднымъ, но несмотря на это, слѣпая кишка бываетъ часто большой. Эта мысль высказана и въ работѣ Clado¹³ о сравнительной анатоміи слѣпой кишки: „Сравнительная анатомія объясняетъ намъ, почему человѣкъ, какъ всеядное, представляетъ такіа рѣзкія различія въ калибрѣ слѣпой кишки, нижняя половина которой образуетъ appendix“.

Въ заключеніе, мы позволимъ себѣ представить свои выводы въ четырехъ положеніяхъ: 1) какой либо одной постоянной формы слѣпой кишки для перваго года жизни не существуетъ; въ это время встрѣчаются всѣ формы слѣпой кишки, описанныя различными авторами у дѣтей и взрослыхъ 2) Слѣпая кишка въ этомъ періодѣ еще часто хранитъ черты эмбриональной жизни.

3) На слѣпой кишкѣ въ это время проявляется отчасти вліяніе аттавизма. 4) Второю типъ слѣпой кишки является характернымъ для разсматриваемаго возраста и можетъ быть принятъ какъ переходный отъ типа зародышеваго къ типу взрослоаго.

Б) Восходящая ободочная кишка 1-го года жизни. Colon ascend. fixum totale et colon ascend. fixum partiale.

Vallée въ своей работѣ о положеніи слѣпой кишки и ея отростка у дѣтей говоритъ: „Положеніе червеобразнаго отростка въ брюшной полости крайне измѣнчиво не только у различныхъ видовъ, но еще у каждого индивида, смотря по возрасту. Изученіе отростка невозможно, не считаясь со слѣпой кишкой, съ которой онъ связанъ“. Этотъ выводъ слѣдуетъ расширить, такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ положеніе червеобразнаго отростка зависитъ не только отъ положенія слѣпой кишки, но положеніе самой слѣпой кишки всецѣло находится въ зависимости отъ особенностей восходящей ободочной кишкѣ, мы знаемъ, что въ большинствѣ случаевъ адоральный конецъ *col. asc.* на большемъ или меньшемъ протяженіи покрытъ со всѣхъ сторонъ брюшиной и, подобно тонкой кишкѣ, заключенъ въ дубликатуру *mesenterium*. Конечная часть *int. il.* и часть *col. asc.* такимъ образомъ лежатъ въ свободномъ краѣ брыжжейки тонкихъ кишекъ, правый или нижній конецъ которой оканчивается не въ области *art. sacro—il. dext.*, а нѣсколько выше и правѣе: на *cr. il.*, на нижнемъ концѣ почки или даже еще выше. Благодаря этому *col. ascend.* обладаетъ подвижностью и тѣмъ большей, чѣмъ длиннѣй эта свободная ея часть. Она можетъ принимать самое разнообразное положеніе и въ связи съ ней и слѣпая кишка съ придаткомъ могутъ оказаться почти во всѣхъ пунктахъ брюшной полости.

Такое отношеніе брюшины съ *colon ascend.* наблюдается въ большинствѣ случаевъ (179 разъ изъ 300—59,7%). Въ меньшинствѣ остаются случаи, когда *colon ascend.* на всемъ протяженіи или, по крайней мѣрѣ, часть ея, ближайшая къ *caput coli.*, оказывается спаянной задней своей стѣнкой съ подлежащими частями. Въ этомъ случаѣ, конечно, *col. ascend.* и вмѣстѣ съ ней и слѣпая кишка занимаютъ постоянное положеніе и не смѣщаются.

Положивъ въ основу двѣ вышеописанныя характерныя для 1-го года жизни особенности *col. asc.*, мы раздѣлили наши случаи на двѣ большія самостоятельныя серіи.

I. Къ первой серіи мы отнесли 121 случай, въ которыхъ colon ascend. на всемъ протяженіи не имѣетъ полного брюшиннаго покрова, фиксирована задней своей стѣнкой съ подлежащими частями. Эту

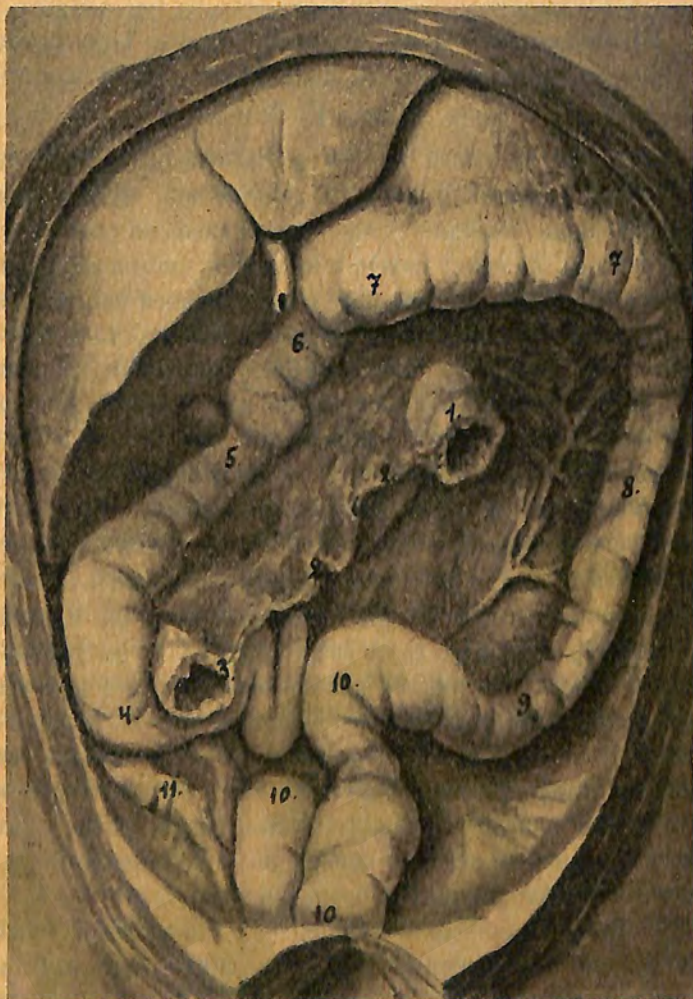


Рис. 37.
Ж. п. 1 $\frac{1}{2}$ м.
1—Flex. duod.-jejun.
2—Mesenter., 3—intest. ileum, 4—Caecum, 5—Col. asc. fix., 6—Глубок. часть col. transv., 7—поверх. часть col. transv., 8—col. desc., 9—col. iliac, 10—col. pelvic. 11—ovarium.

серію мы объединили подъ названіемъ colon ascendens fixum totale. (Рис. 37—68).

Характерной особенностью этой серіи является полная фиксация colon ascend. и малая смѣщаемость caput coli. Col. ascend. намѣченной 1-ой серіи всегда располагается въ правой брыжжеечной

пазухѣ. Варіируютъ только направленіе кишки, длина ея и фигуры, которыя она описываетъ. Разнообразіе въ этомъ смыслѣ зависить отъ



Рис. 38.
М. п. 1 мѣс.
1—Caecum, 2—Col. asc. fix., 3—Col. transv., 4—Flex. lienal. 5—Col. desc. 6—Col. iliac. 7—Col. pelvic., 8—Flex. duoden-jejun. 9—intest. ileum, 10—Mesent.

степени опущенія caput coli и длины col. ascend. Длина col. asc. колеблется между $\frac{1}{2}$ —8 $\frac{1}{2}$ см.

Въ однихъ случаяхъ caput coli лежитъ на серединѣ, или

на нижнем концѣ почки, или на задней стѣнкѣ живота латерально отъ почки (позиція печени II ая или III-ья) и тогда, colon asc. имѣеть косое направленіе, лежитъ на почкѣ, отъ нижняго конца ея до 12-ти перстной кишки—41 разъ. (Рис. 37, 50). Если при этомъ colon ascend. настолько длина, что не помѣщается въ видѣ прямой трубки, она многократно изгибается, образуя, то мелкія, то крупныя петли, но все же сохраняя косое направленіе—21 разъ (Рис. 38, 39, 46, 61, 67). Часто сар. colі можетъ быть опущена до сг. il. (Рис. 46, 49, 61.) Если же сар. colі спустилась уже въ foss. il. (позиція печени 1-ая), то col. ascend. складывается въ два отрѣзка, лежащихъ подъ угломъ съ вершиной, обращенной кнаружи. Оба отрѣзка могутъ помѣщаться на почкѣ, но чаще первый, адоральный отрѣзокъ лежитъ латерально отъ почки въ вертикальномъ направленіи, второй, аборальный отрѣзокъ лежитъ въ косомъ направленіи на почкѣ до duodenum вдоль нижняго края печени—20 разъ (Рис. 5, 45, 54, 58, 59, 63).

Часто указанные два отрѣзка лежатъ не подъ угломъ, а образуютъ дугу, выпуклой стороной обращенную кнаружи и кверху—16 разъ. Только что описанная фигура colon ascend. можетъ принять обратное положеніе, т. е. она складывается въ два отрѣзка подъ прямымъ угломъ, открытымъ кнаружи; вершина угла обращена внутрь и внизъ и располагается въ большинствѣ случаевъ на musc. ps. maj. dext. на уровнѣ 4-го поясничнаго позвонка. Адоральный отрѣзокъ лежитъ горизонтально, сращенъ съ почкой и съ круглой поясничной мышцей; сарut colі—у боковой стѣнки живота; аборальный отрѣзокъ лежитъ вертикально на почкѣ и нисходящей части 12-типерстной кишки—6 разъ (Рис. 4, 55, 56, 60). Въ тѣхъ случаяхъ, когда вершина угла образованнаго двумя отрѣзками col. asc. лежитъ высоко, адоральный отрѣзокъ принимаетъ косое направленіе и тогда сарut colі можетъ опуститься въ подвздошную яму. (Рис. 44). Если адоральный отрѣзокъ фиксированъ высоко или вершина угла между двумя отрѣзками col. ascend. опущена ниже 4-го поясничнаго позвонка, то сарut colі помѣщается высоко на почкѣ или на задней стѣнкѣ живота, латерально отъ почки. (Рис. 47).

Col. ascend. часто имѣеть вертикальное направленіе (Рис. 66) снизу вверхъ, отъ подвздошнаго гребня до нижней поверхности печени, лежа или латерально отъ почки—6 разъ, или на самой почкѣ, рядомъ съ нисходящей частью duoden.—5 разъ. Въ первомъ случаѣ col. asc. короче, передняя поверхность почки покрыта брюшиной, а поперечная ободочная кишка продолжаетъ ходъ восходящей, выдвигаясь впередъ и вверхъ по нижней поверхности печени къ передней стѣнкѣ

живота. Часто съ перваго взгляда ходъ ободочной кишки въ этихъ случаяхъ напоминаетъ обычную схему, принятую для взрослыхъ.

Иногда col. ascend. весьма коротка, равняется максимум $1\frac{1}{2}$ см.,



Рис. 39.
Ж. п. 3 мѣс.
1—Caecum,
2—int. ilium,
3—Col. asc. fix.
4—Перехватъ
начала flex.
col. dex., 5—
Flex. coli dex.,
6—петля col.
transv. соот-
вѣств. lig.
susp. hep. 7—
flex. col. sin.
8—Col. desc.,
9—Col. iliac,
10, 11—Тазо-
вая и брюш-
ная петли
col. pelvic.
12—Mesent.
13—pars. asc.
duod. 14—
flex. duod-
jejun.

часто рѣзко сокращена и фиксирована, или на нижнемъ концѣ почки—4 раза, или на серединѣ почки—2 раза. Въ этихъ случаяхъ длина поперечной ободочной увеличивается въ ущербъ восходящей, т. к. отъ нижняго конца или отъ середины правой почки col. снабжена брыжейкой—mesocol. transvers. (Рис. 42, 62, 65, 68).

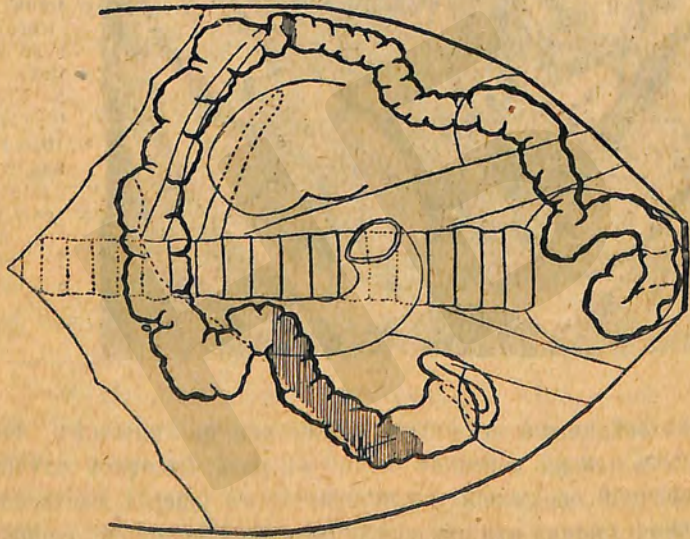


Рис. 40.
М. п., 3 нед., недонос.

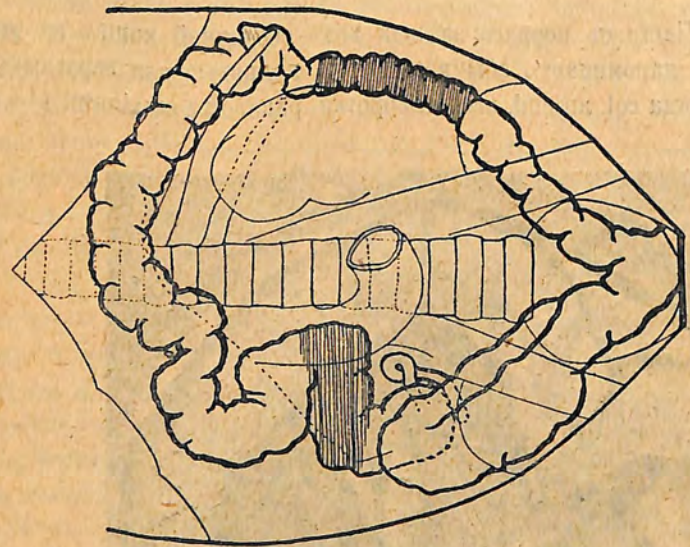


Рис. 41.
Ж. п., 1 мѣс., недонос.

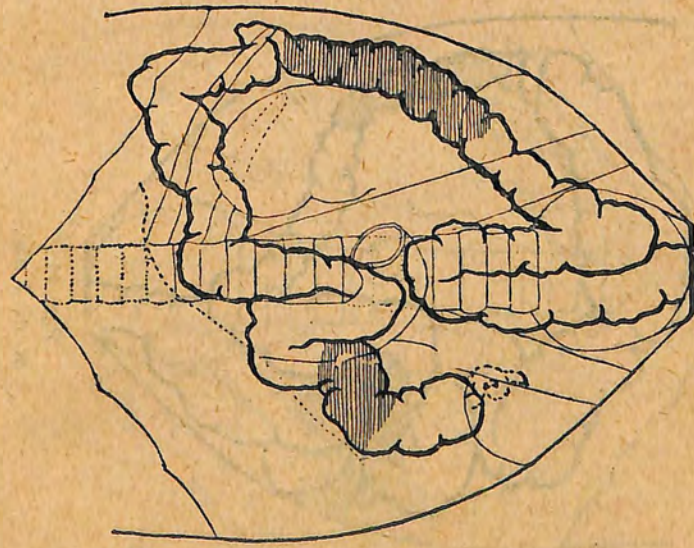


Рис. 42.
Ж. п., 3 нед.

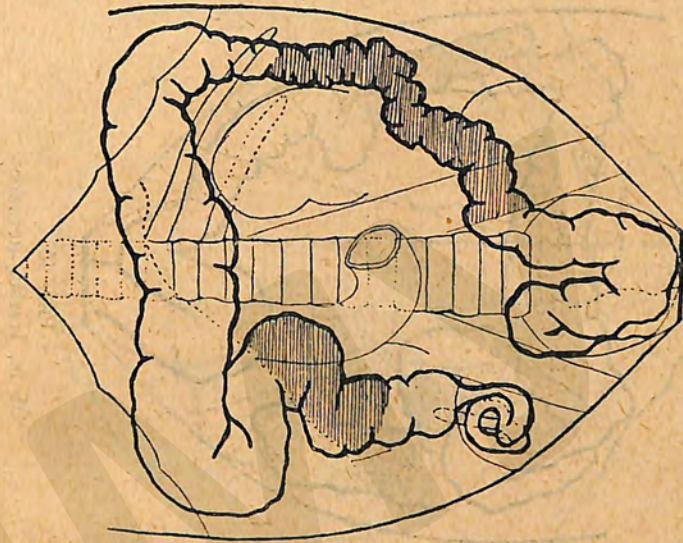


Рис. 43.
М. п., 1 мѣс., недонос.

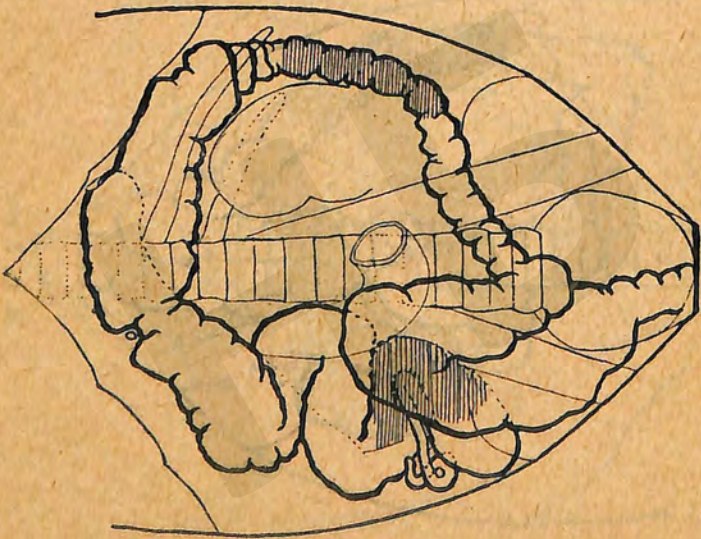


Рис. 44.
Ж. п., 1 мбс.

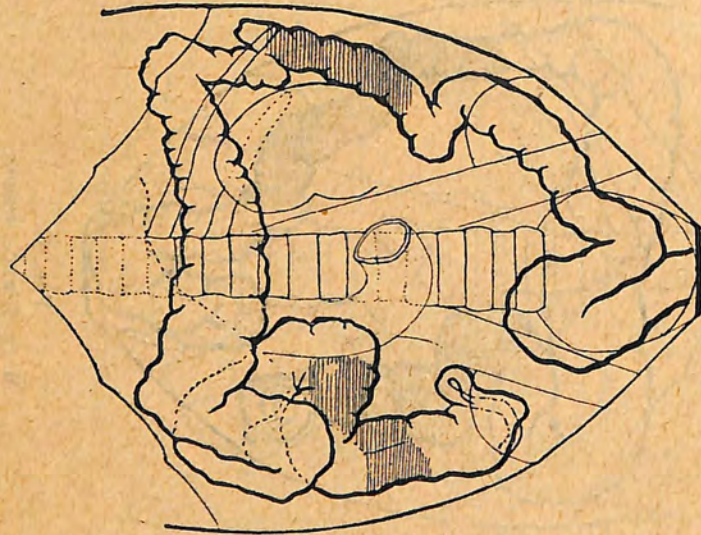


Рис. 45.
М. п., 1 мбс, недонос.

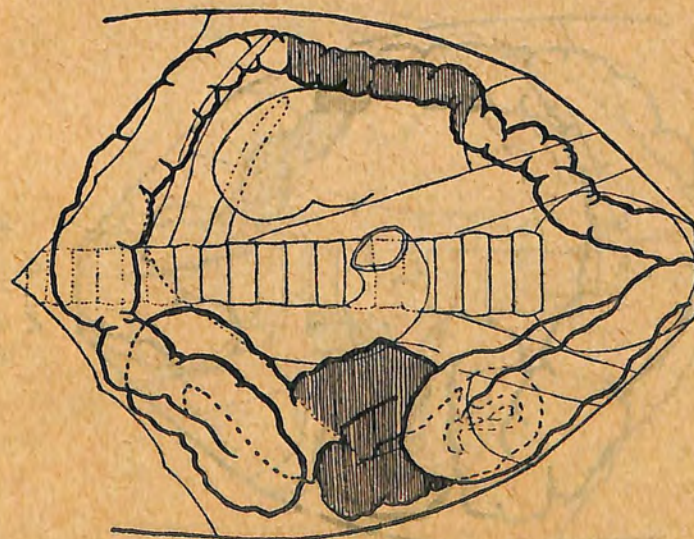


Рис. 46.
Ж. п., 1 мбс.

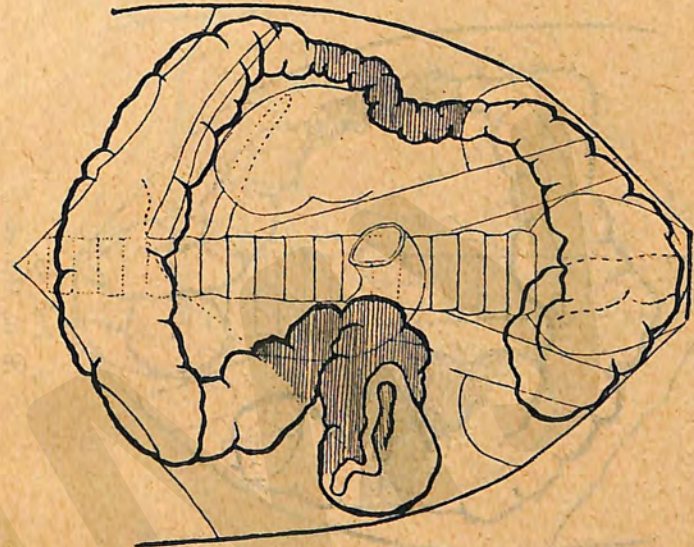


Рис. 47.
Ж. п., 1 мбс.

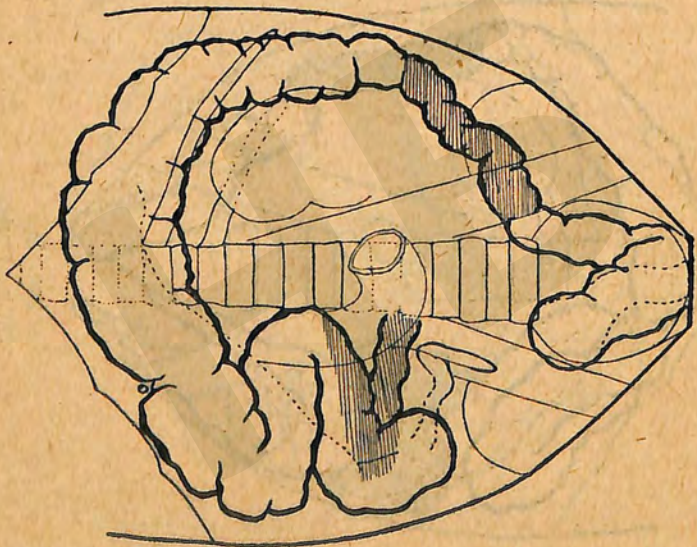


Рис. 48.
Ж. п., 1 $\frac{1}{2}$ мбс.

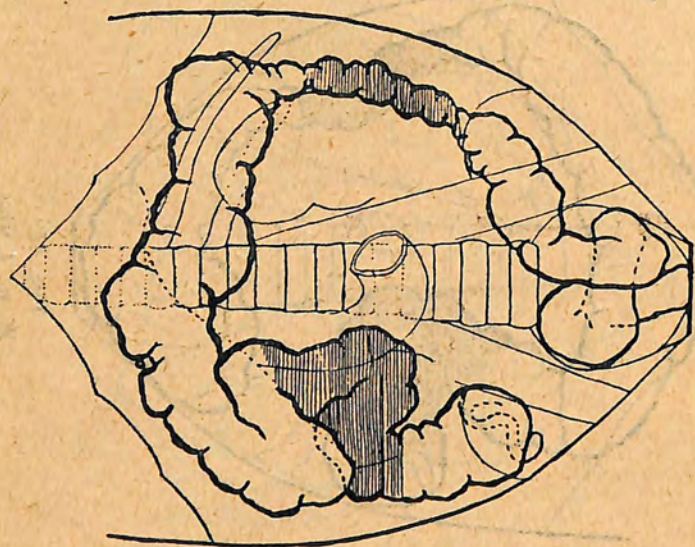


Рис. 49.
Ж. п., 1 $\frac{1}{2}$ мбс.

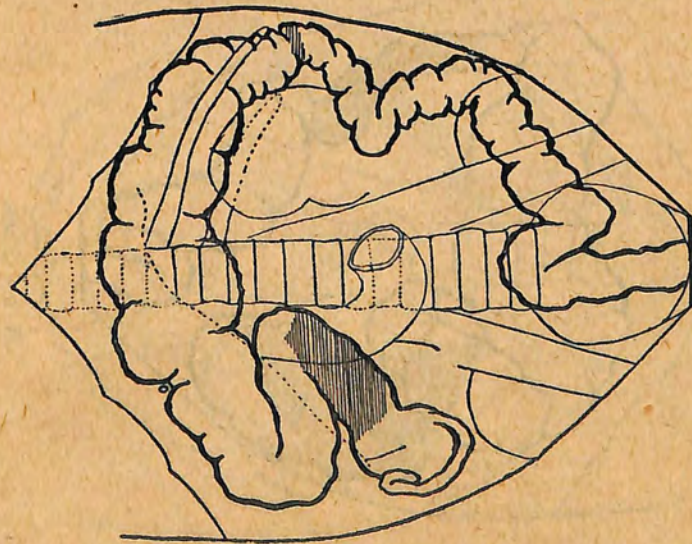


Рис. 50.
М. п., 1 $\frac{1}{2}$ мбс.

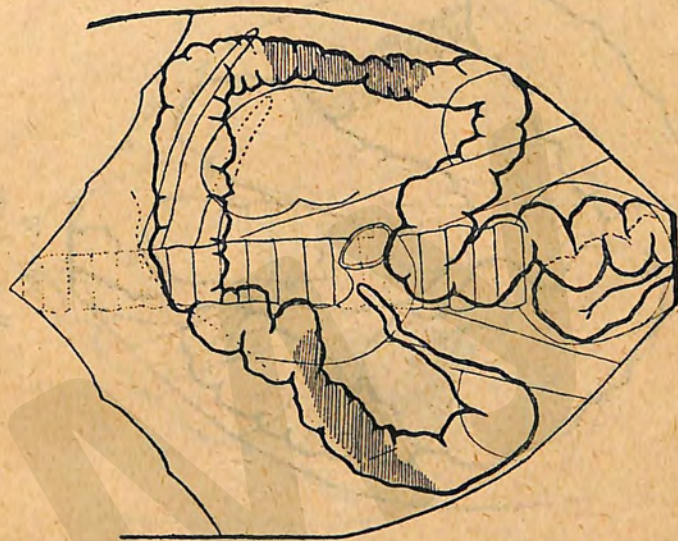


Рис. 51.
Ж. п., 1 $\frac{1}{2}$ мбс.

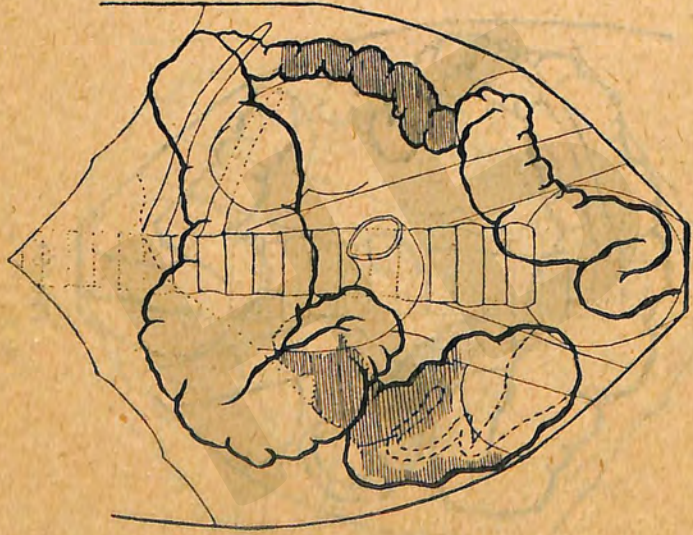


Рис. 52.
М. п., 12 мфс.

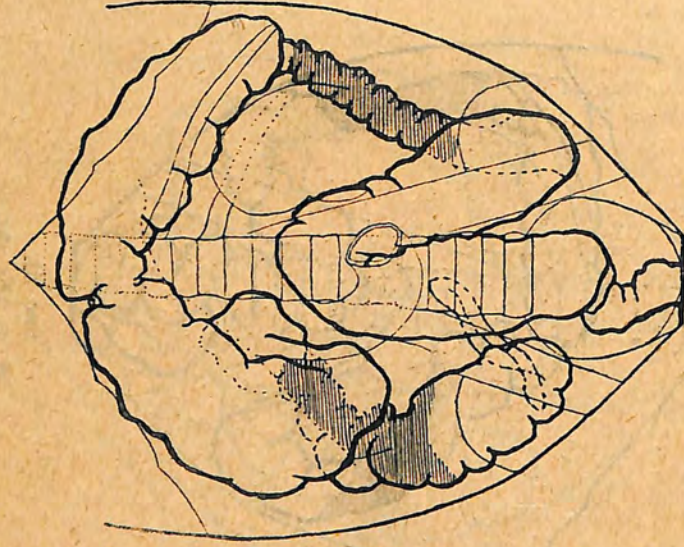


Рис. 53.
М. п., 12 мфс.

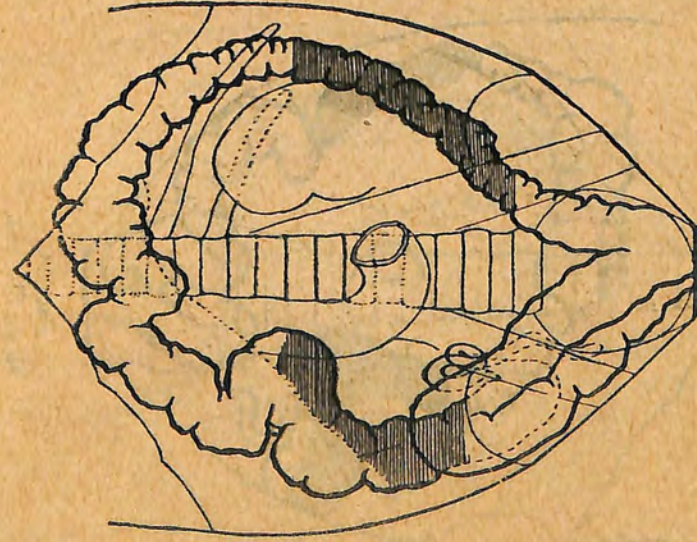


Рис. 54.
М. п., 2 1/2 мфс.

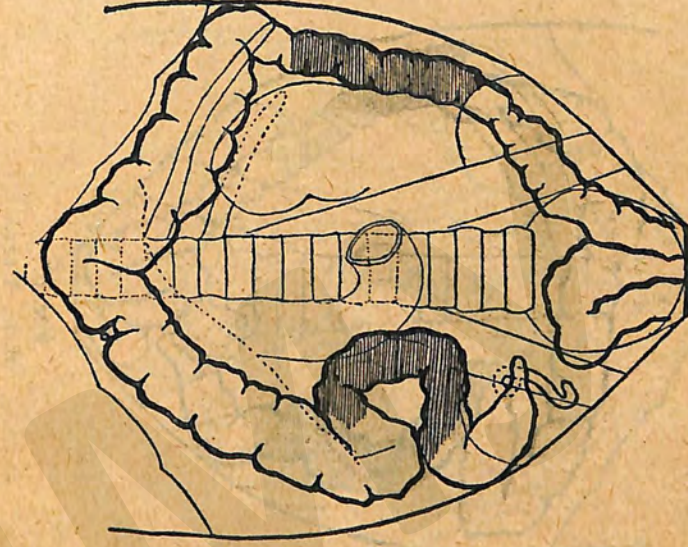


Рис. 55.
Ж. п., 1 1/2 мфс.

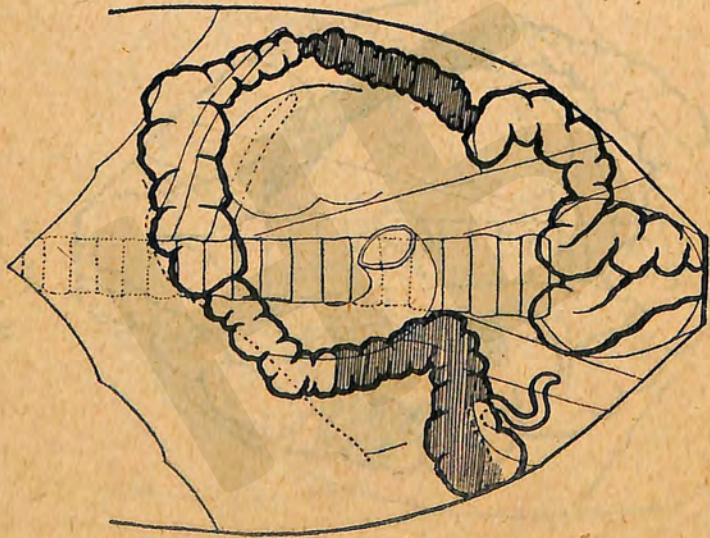


Рис. 56.
М. п., 3 1/2 нед.

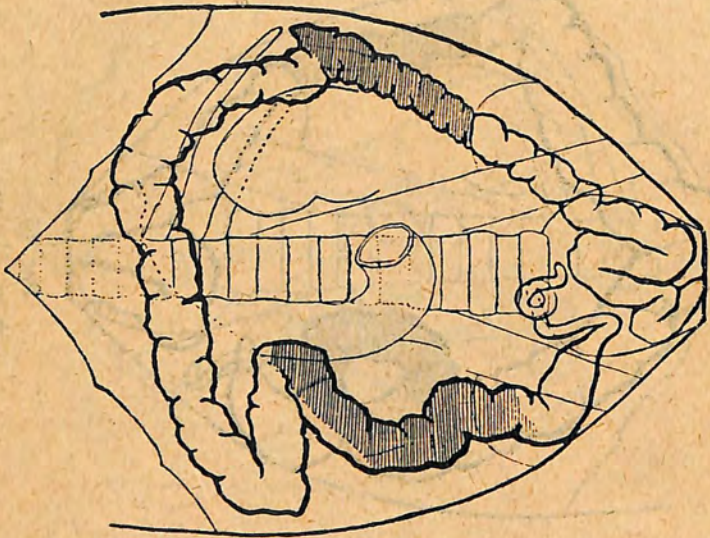


Рис. 57.
М. п., 3 нед.

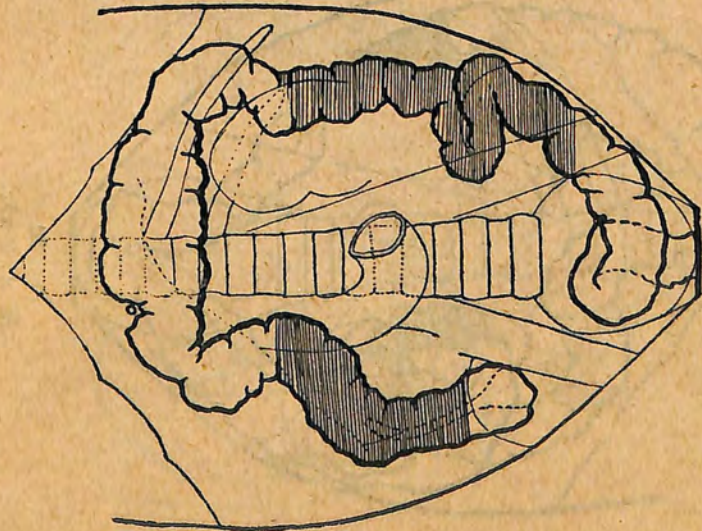


Рис. 58.
Ж. п., 3 нед., недонос.

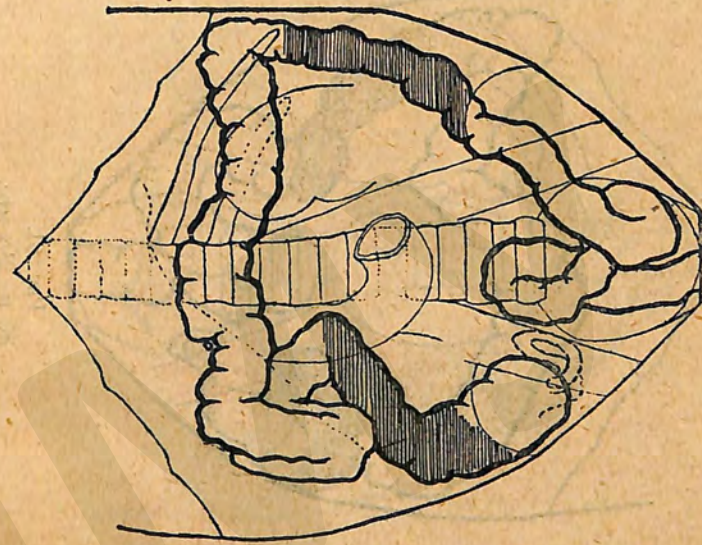


Рис. 59.
Ж. п., 1 1/2 мѣс.

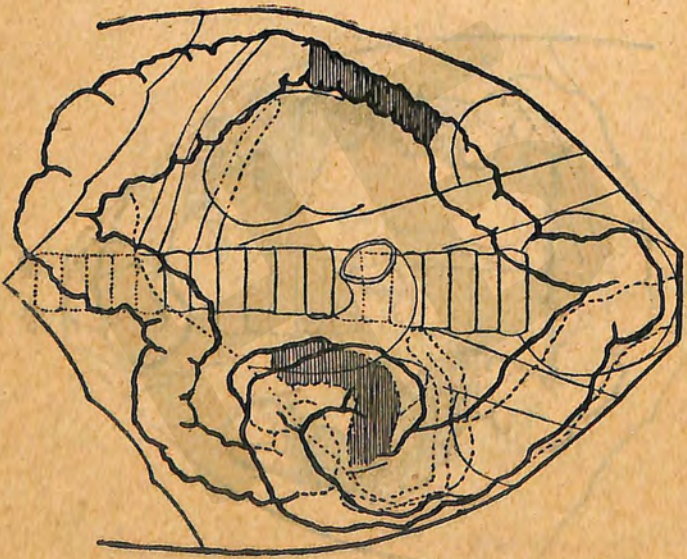


Рис. 60.
Ж. п., 2 мѣс.

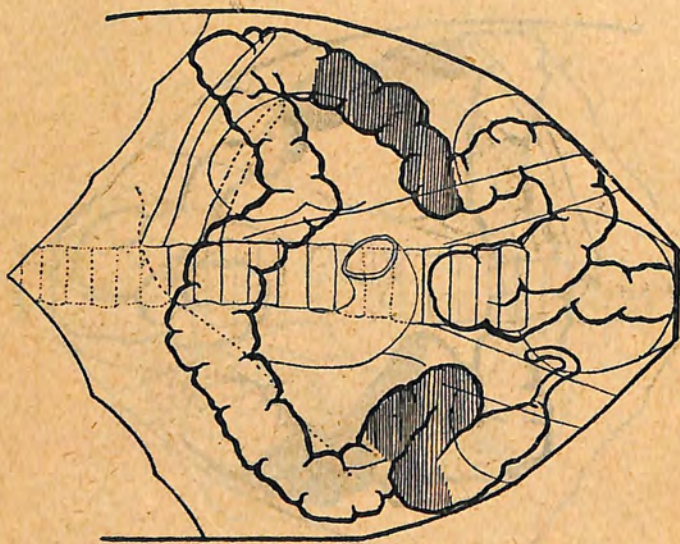


Рис. 61.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

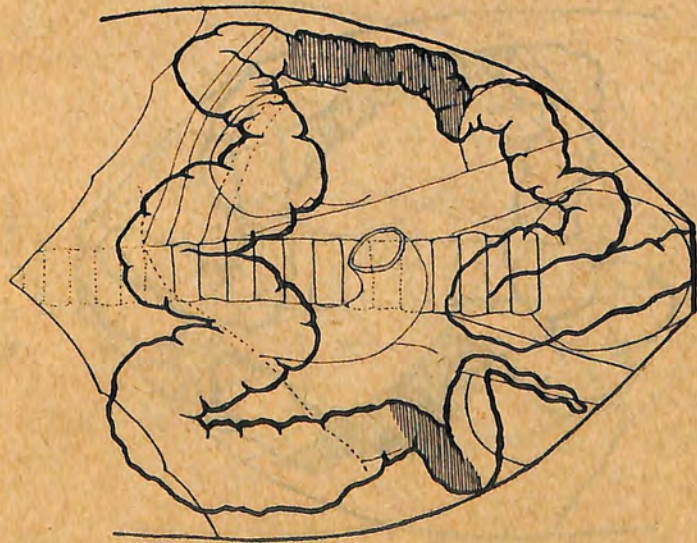


Рис. 62.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

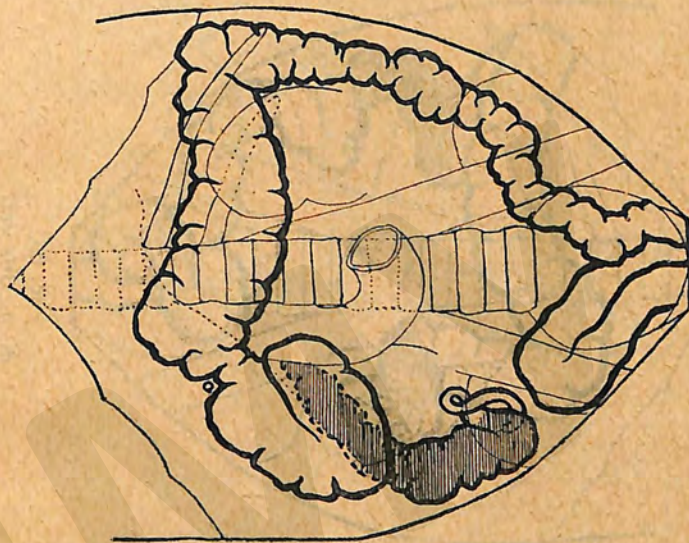


Рис. 63.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

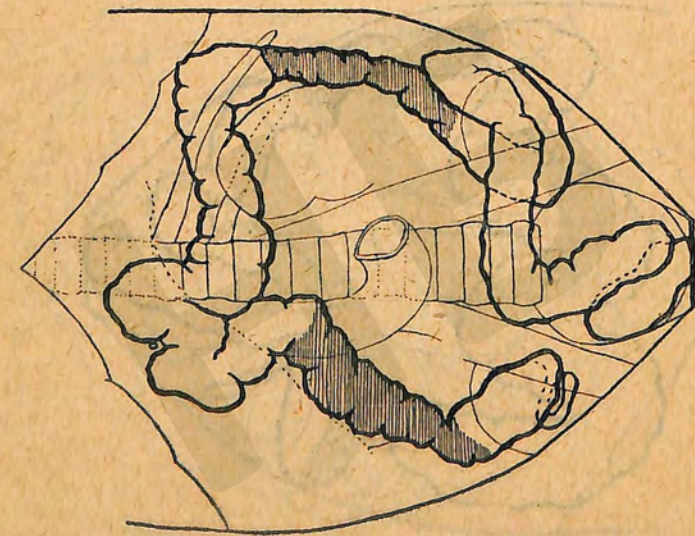


Рис. 64.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

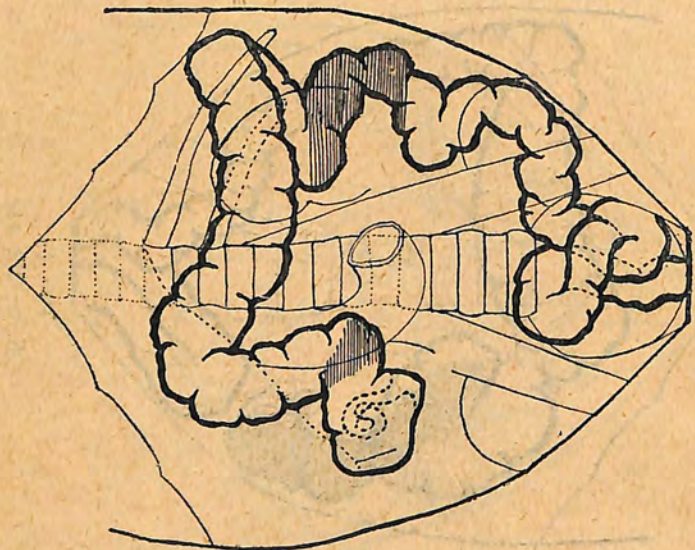


Рис. 65.
Ж. п., 3 1/2 мѣс.

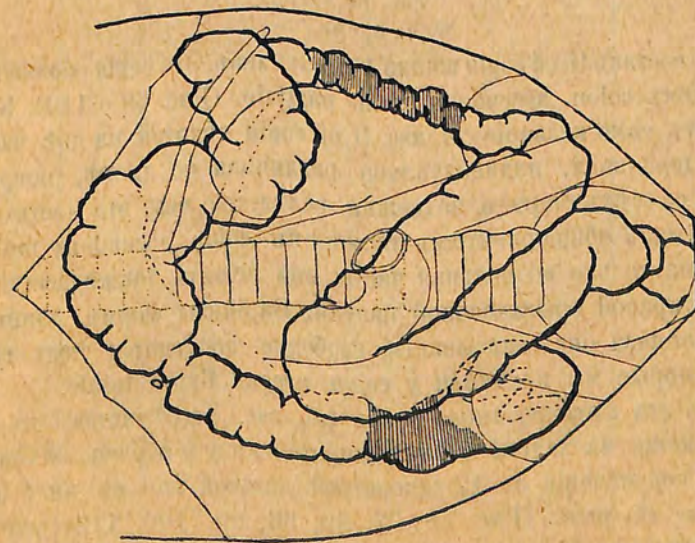


Рис. 66.
Ж. п., 5 мѣс.



Рис. 67.
Ж. п., 5 1/2 мѣс.

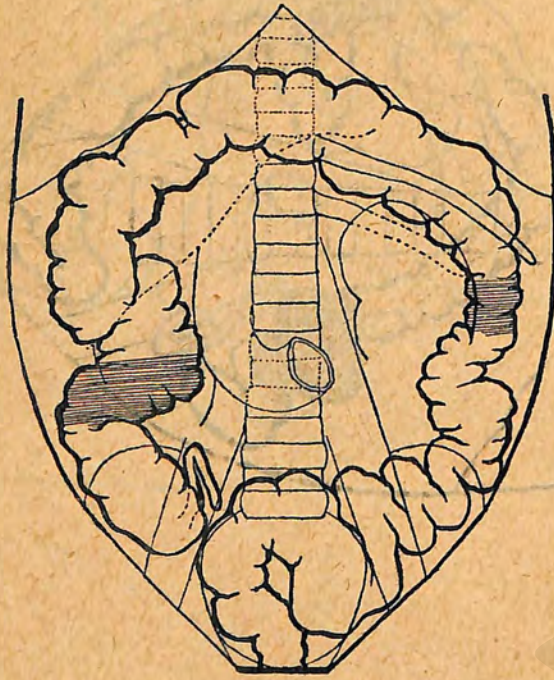


Рис. 68.
М. п., 8 мѣс.

II. Въ составъ II-ой серіи вошло 179 случаевъ. Эта серія обозначена подъ именемъ *colon. ascendens fixum partiale*. (Рис. 69—113). Какъ показываетъ само названіе *col. asc.* II-ой серіи дѣлится на двѣ части: первая, адоральная, индивидуально различная по длинѣ, покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ, подвижна, вѣдствие чего эта часть еще названа у насъ общепринятымъ терминомъ *colon ascendens mobile*. Фиксирована только аборальная часть; она лежитъ также всегда въ предѣлахъ правой брыжжеечной пазухи. Варианты формъ, длины и фигуръ, которыя она описываетъ, свободно подводятся подъ тѣже группы, которыя мы намѣтили у *colon. ascend. fixum totale*.

Здѣсь эта фиксированная часть *col. asc.* встрѣчается: въ косомъ положеніи на задней стѣнкѣ живота снизу и справа, налѣво и вверхъ до пересѣченія съ 12-типерстной кишкой или въ видѣ прямой трубки—60 разъ. (Рис. 76, 77, 80, 86, 90, 106, 112) или въ видѣ извилистой—10 разъ. (Рис. 85, 107); она состоитъ изъ двухъ отрѣзковъ, сложенныхъ подъ угломъ съ вершиной, обращенной кнаружи—12 разъ (Рис. 92, 110, 111) или въ видѣ дуги,

Таблица 3.

Варианты положеній и формъ *colon ascendens fixum* обычныхъ серій.

СЕРИИ	1		2		3		4		5							6		ИТОГИ
	На почкѣ и задней стѣн. живота.	Направленіе косое.	2 отрѣзка, лежащ. подл. угломъ, съ верш. вправо и вверхъ или въ видѣ дуги, изогнутой кнаружи	Форма обратная № 2	Направленіе вертикальное.	Направление вертикальное.	Латерально отъ почки	На почкѣ, рядомъ съ дугой	На уровне нижн. конца почки.	На сред. почки.	На задн. ст. жив., латер. отъ почки.	На почк. зад. стѣн. жив.	Надъ стѣн. л.	На musc ps. ма.	Col. asc. fix. не существуетъ.			
I	41	21	20	6	6	5	4	2	4	2	—	—	—	—	—	121		
II	60	10	12	4	10	11	12	2	17	7	4	1	10	1	8	179		
Итого .	101	31	32	10	16	16	16	4	19	7	4	1	10	1	8	300		
																58		
																32		
																12		
																58		
																132		
																8		

изогнутой въ ту же сторону—10 разъ (Рис. 100, 105, 113); или же она складывается въ два отрѣзка подь угломъ, съ вершиной, близко лежащей отъ средней линіи, на правой поясничной мышцѣ, на уровнѣ

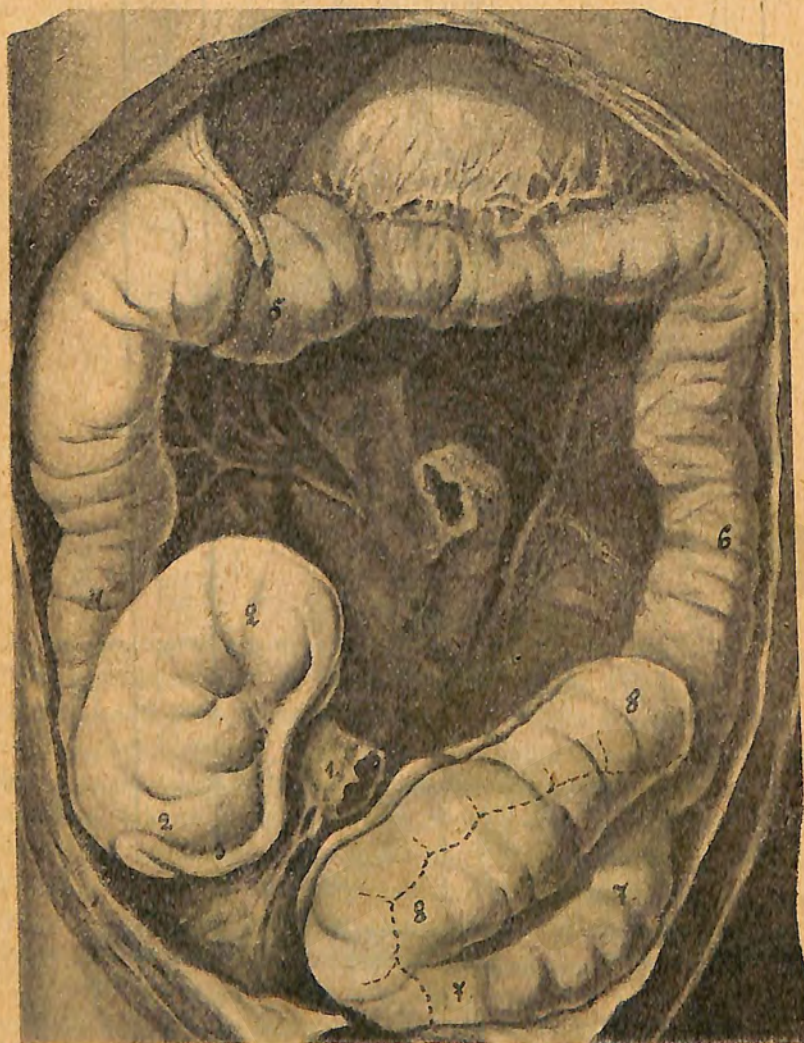


Рис. 69.
М. п. 1 $\frac{1}{2}$ м.
1—Intest. il.,
2—Caecum.
3—Apend.
спаян. съ col.
asc. mob.,
4 Col. transv.,
5—Вдавление и прогибъ col. transv., соотвѣт. лиг. ter. h., 6—Col. desc., 7—Col. iliac., 8—Брюш. петл. col. pelvic., 9—Mesent., 10—Flex. duod. — jejun.

3, 4 или 5 го позвонковъ—4 раза (Рис. 6, 95); или въ видѣ дуги, обращенной выпуклой стороной внутрь и книзу, что, какъ мы видѣли, и въ 1-ой серіи является легкимъ видоизмѣненіемъ предыдущей фи-

гуры—2 раза. Далѣе, col. asc. fix. можетъ, какъ и въ первой серіи, принять вертикальное положеніе, въ однихъ случаяхъ рас-

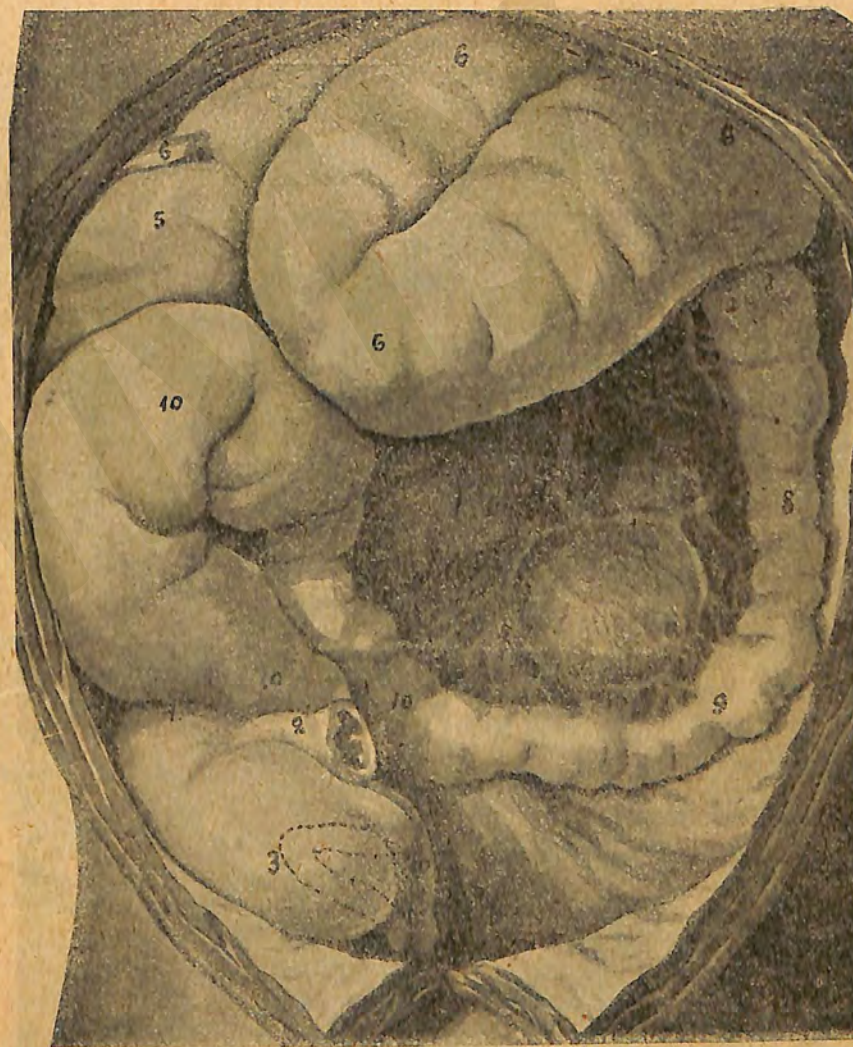


Рис. 70.
Ж. п. 2 $\frac{1}{2}$ мѣс.
1—Duod.,
2—Int. il.,
3—Caecum,
4—Col. asc. mob., 5 и 6 Col. transv., 7—Lig. ter. hep., 8—Col. desc., 9—Col. iliac., 10—Брюш. петл. col pelvic.

полагаясь на задней стѣнкѣ живота, латерально отъ почки—10 разъ, а въ другихъ непосредственно на передней поверхности почки, рядомъ съ нисходящей частью 12-типертной кишки—11 разъ (Рис. 78, 108).

Заслуживают особенного внимания те случаи II-ой серии, в которых col. asc. fix., также как в I-й серии, очень коротка ($1\frac{1}{2}$ см. minimum и $1\frac{1}{2}$ см.—maximum). В этих случаях вся адоральная

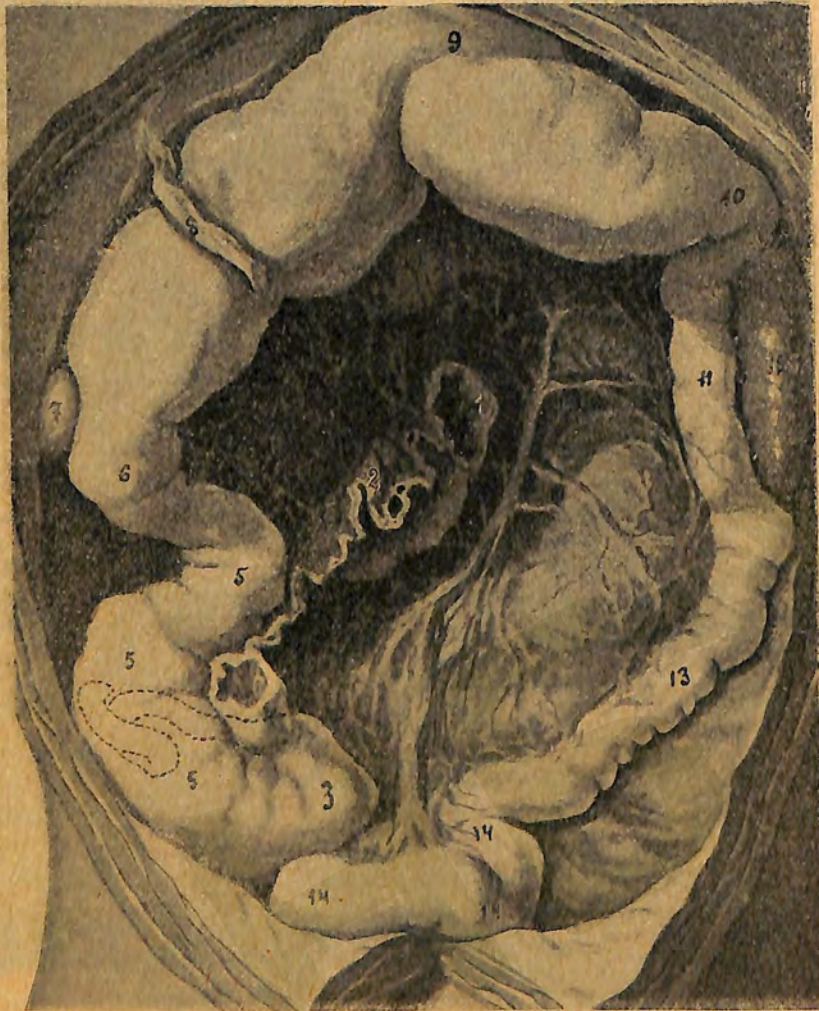


Рис. 71.
Ж. п. 4 м.
1—Duoden.,
2—Mesenter.,
3—Caecum.,
4—Int. il., 5—
Col. asc. mob.,
6—Fl. col.
dex., 7—Fun-
dus fel., 8—
Lig. ter. h.,
9 и 10—Ansa
gastr. Fromon-
ta, 11—Flex.
col. sin. 12—
Lien, 13—
Col. desc. и
col. il. 14—
Col. pelv.

половина ободочной кишки, от caput coli до flex. coli sin., оказывается фиксированной только на этом весьма коротком участке. Вследствие этого, с одной стороны, восходящая ободочная, от caput coli до фиксированной части ее, заключена в дубликатуру mesente-

rium вместе с концом подвздошной кишки; с другой стороны, ободочная кишка, от фиксированной части до flex. coli. sinistr.,

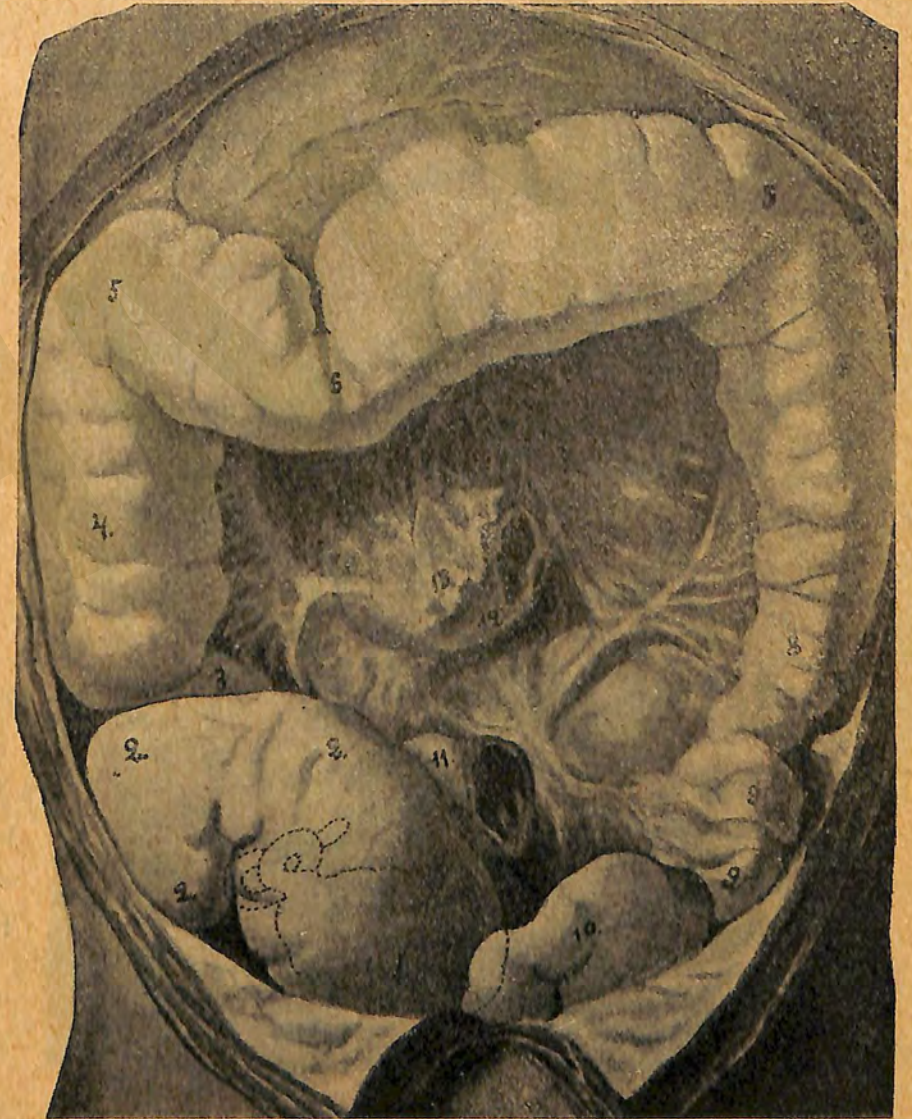


Рис. 72.
Ж. п. 5 мѣс.
1—Caecum,
2—Col. asc.
mob., 3—Col.
asc. fix., 4—
Flex. col. dex.
5—Ansa ga-
str. Fromon-
ta, 6—Пере-
варь, соотв.
7—Lig. ter. h.,
8—Flex. col.
sin., 9—Col.
desc. 10—Пе-
листая col.
11—Ляс., 12—
рюш. петля
col. pelv.
13—Int. il.
14—Duoden.,
15—Mesent.

также свободна и заключена в свободном крае mesocolon transversum. Таким образом, фиксированный отрезок ободочной

кишки является единственнымъ пунктомъ, указывающимъ на границу между colon ascend. и colon transvers. Мѣсто, которое зани-

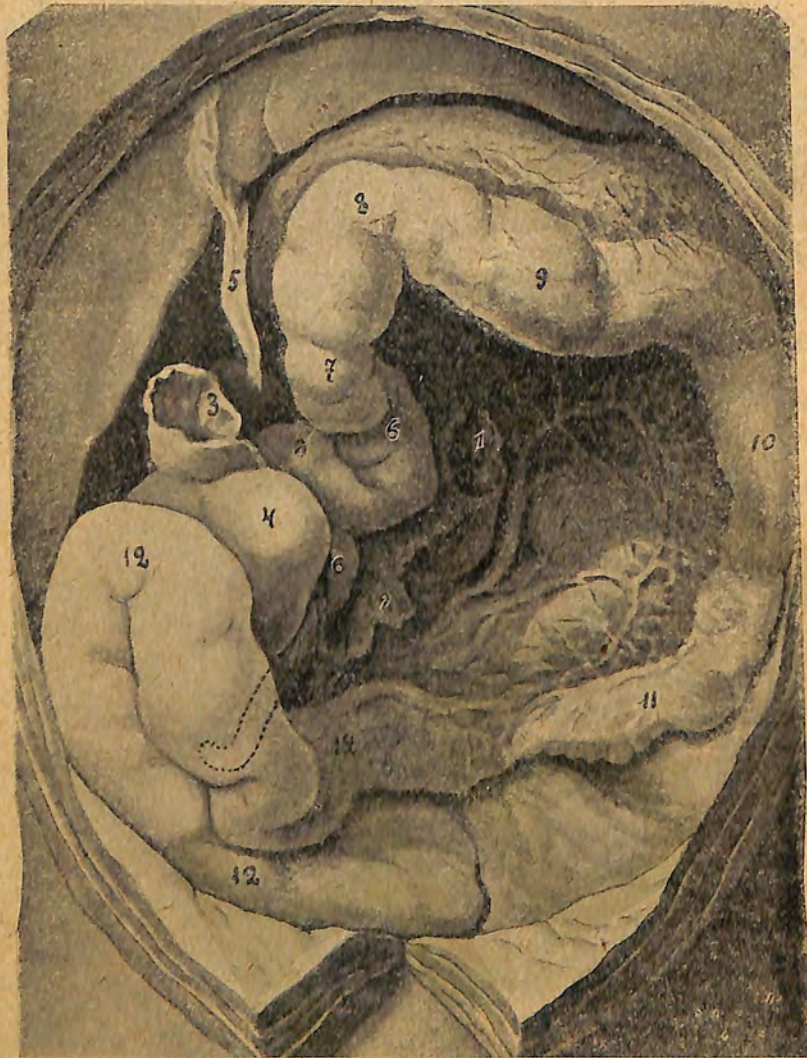


Рис. 73.
Ж. п. 6 мѣс.
1—Duoden.,
2—Mesent.,
3—Int. il.,
4—Caecum.,
5—Lig. susp. hep. 6—петл. flex. col. dex.; 7, 8, 9—Ansa gastr., 10—Col. desc., 11—Col. il. 12—Брюш. петл. col. pelv.

маетъ короткій, фиксированный отрѣзокъ colon. asc. можетъ располагаться на различныхъ уровняхъ задней брюшной стѣнки: на нижнемъ концѣ почки—12 разъ (Рис. 101.), на серединѣ ея, подъ печенью—17 разъ (Рис. 81, 98, 99), на серединѣ нисходящей части

12-типерстной кишки,—7 разъ (Рис. 94), латерально отъ почки, подъ правымъ угломъ печени—4 раза (Рис. 84), на задней стѣнкѣ

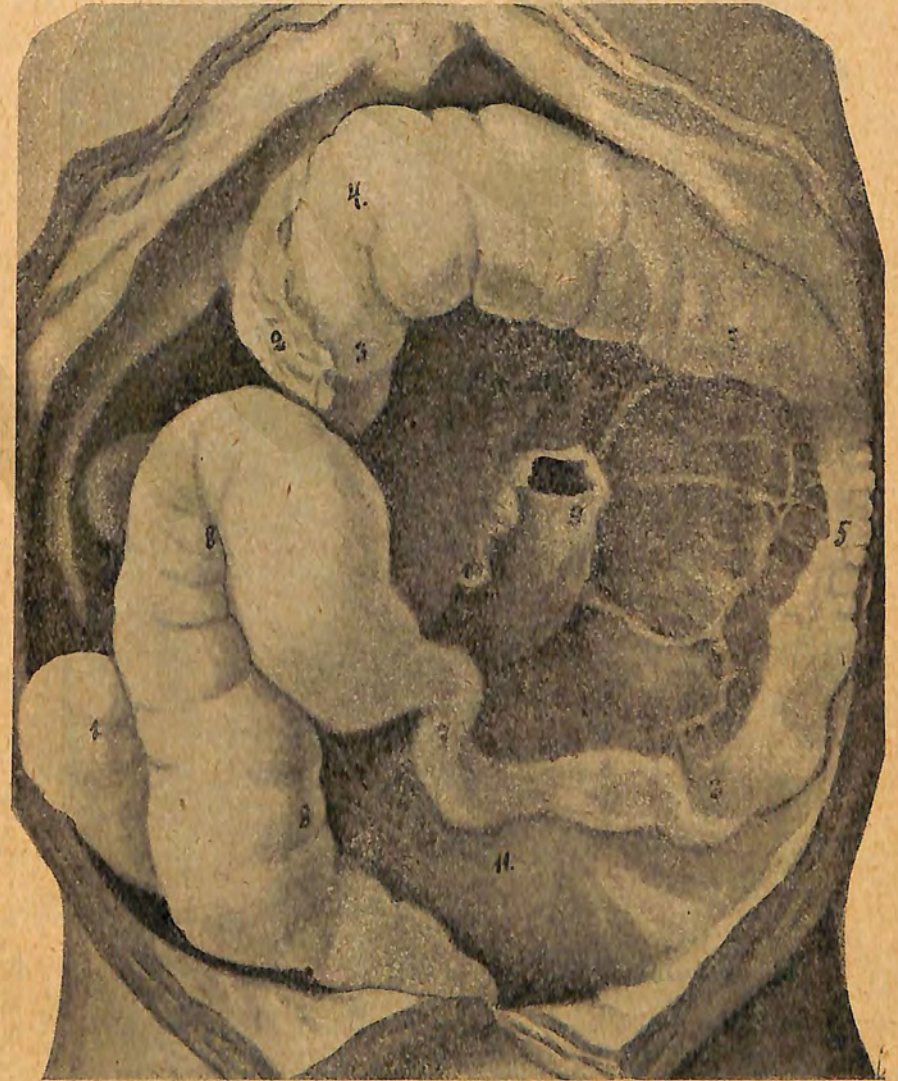


Рис. 74.
М. п. 3 мѣс.
1—Caecum.,
2—Lig. suspens. hep.,
3 и 4—Col. transv., 5—Col. desc., 6—Col. iliac., 7—8—8—Брюш. петля col. pelv., 9—Duoden., 10—Mesenter.

живота и на латеральномъ краѣ почки—1 разъ (Рис. 97), на задней стѣнкѣ живота въ промежуткѣ между нижнимъ концомъ почки

asc. Отъ *caput coli* и до *flex. coli sin.* ободочная кишка на всемъ протяженіи была покрыта брюшиной со всѣхъ сторонъ и имѣла брыжжейку. *Flexura hepatica* совершенно отсутствовала и пограничная часть между *colon ascend.* и *col. transv.* могла быть опредѣлена только на основаніи замѣтнаго укороченія въ этой области брыжжейки, которая и притягивала ободочную кишку къ задней стѣнкѣ живота, фиксируя ее въ большей или меньшей степени къ почкѣ или къ 12-типерстной кишкѣ. Брыжжейка тонкихъ кишекъ непрерывно продолжалась въ брыжжейку ободочной кишки, представляя одно цѣлое, неразграниченное образование—*mesenterium commune* (Рис. 104). Такимъ образомъ, въ 8-ми случаяхъ II-ой серіи мы встрѣтились, такъ сказать, съ наличностью крайняго проявленія *colon ascendens mobile*, напоминающаго такое отношеніе брюшины къ тонкимъ и толстымъ кишкамъ, какое наблюдается въ эмбриональной жизни.

Сопоставляя теперь фиксированныя части обѣихъ серій, какъ это представлено въ 3-ей таблицѣ, мы имѣемъ возможность такимъ образомъ установить, что *colon ascendens fixum* въ большинствѣ случаевъ существуетъ, причемъ положеніе ея и ходъ отличаются значительнымъ разнообразіемъ. Крайнимъ пунктомъ фиксаціи для аборального конца ея является *pars descendens duodeni*. Чаще всего она имѣетъ косое направленіе, снизу вверхъ и справа налѣво, или въ видѣ прямой, или въ видѣ болѣе или менѣе извилистой трубки—132 раза (44%). Въ порядкѣ частоты за ней слѣдуютъ формы, состоящія изъ двухъ отрѣзковъ, изогнутыхъ въ видѣ дуги или лежащихъ подъ угломъ, открытымъ кнутри и книзу—58 разъ (19,33%) или въ видѣ дуги или угла, открытаго вверхъ и кнаружи—12 разъ (4%). Далѣе слѣдуютъ формы короткихъ *colon ascend. fixum*, занимающихъ различные пункты въ правой брыжжеечной пазухѣ (58 разъ—19,33%); рѣже встрѣчаются случаи съ вертикальнымъ положеніемъ *colon asc. fixum* на почкѣ или латерально отъ нея, на задней стѣнкѣ живота—32 раза (10,67%); еще рѣже *colon asc. fix.* вовсе отсутствуетъ, влѣдствіе того, что склейка серознаго покрова ободочной кишки съ пристѣночной брюшиной еще не произошла—8 разъ (2,67%).

Чтобы закончить обзоръ особенностей восходящей ободочной кишки, остается разсмотрѣть еще положеніе аборальной, свободной части *col. asc.* II-ой серіи, т. е. *colon asc. mobile*, которая, какъ мы уже указывали и является отличительной особенностью этой серіи. Варіанты положенія ея отличаются необыкновеннымъ разнообра-

зіемъ, зависящимъ отъ длины ея, отъ мѣста, откуда восходящая кишка оказывается уже фиксированной и отъ нѣкоторыхъ брюшинныхъ связокъ, которыя иногда весьма рѣзко могутъ понизить подвижность и смѣщаемость *col. asc. mob.*, несмотря на то, что брюшинный покровъ у нея имѣется со всѣхъ сторонъ.

1. Несмотря на значительную смѣщаемость, *col. asc. mob.* въ большинствѣ случаевъ все же остается въ правой брыжжеечной пазухѣ (74 раза); она дугообразно изогнута и выпуклой стороной обращена въ латеральную сторону, причемъ, какъ *saesum*, такъ и ближайшая часть *col. asc.*, могутъ помѣщаться въ *foss. il. dextr.* до внутренняго края *musc. ps. maj. dex.* (Рис. 16, 70, 71). Длина *col. asc. mob.* при этомъ будетъ различна, смотря по тому, на какомъ уровнѣ начинается фиксированная часть восходящей ободочной кишки. Въ нашихъ случаяхъ *col. asc. fix.* начиналась на нижнемъ концѣ почки или на серединѣ ея, или отъ задней стѣнки живота, латерально отъ почки, (45 разъ), отъ нисходящей части 12-типерстной кишки (7 разъ). Въ первомъ случаѣ длина *col. asc. mob.* колебалась между 2 и 5 см., во второмъ—3 до 7 см. въ третьемъ—5^{1/2} до 10 см. Иногда *col. asc. mob.* отъ уровня подвздошнаго гребня приподнимается надъ подвздошной ямой, располагаясь въ горизонтальной плоскости, съ направленіемъ сзади напередъ. Въ этихъ случаяхъ въ *foss. il.*, подъ приподнятой *saesum*, ложатся петли тонкихъ кишекъ или петля *flex. sigmoidea*.—13 разъ (Рис. 85). Рѣже наблюдаются случаи, въ которыхъ *col. asc. mob.* лежитъ вертикально въ правой брыжжеечной пазухѣ въ видѣ изогнутой трубки, выпуклая сторона которой обращена впередъ. При этомъ, *saesum* и аборальный конецъ *col. asc. mob.* лежатъ въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота, а выпуклая, средняя часть *colon* лежитъ поверхностно и соприкасается съ передней стѣнкой живота—5 разъ (Рис. 81, 91). Еще рѣже она образуетъ крупно-извилистыя петли—3 раза (Рис. 72). Наконецъ, одинъ разъ она была изогнута вокругъ сагитальной оси, располагаясь въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота (Рис. 96).

2. *Col. asc. mob.* лежитъ справа отъ средней линіи отъ уровня *st. il.*, отвернута вверхъ къ печени (49 разъ). При этомъ, по отношенію къ фиксированной части *col. asc.* она занимаетъ, обычно, поверхностное положеніе и прилежитъ къ передне боковой стѣнкѣ живота—36 разъ (Рис. 74, 75, 77, 78, 107, 108). Иногда же отклоняется въ медіальную сторону и принимаетъ косое положеніе справа и снизу, влѣво и вверхъ—10 разъ; въ этихъ случаяхъ она прикрываетъ петли тонкихъ кишекъ или петлю *flex. sigm.*, а при

удалені послѣднихъ, обнажаются *col. asc. fixum*, а часто и *flex. coli dextr.* (Рис. 69,73,106). При поверхностномъ положеніи *col. asc. mob.* *sarut coli* можетъ оказаться очень высоко у реберной дуги или на средней линіи подъ мечевиднымъ отросткомъ (рис. 141). Надо отмѣтить, что 3 раза *colon asc.* была отвернута кверху не отъ уровня *st. il.*, а медиальнѣе, а именно, отъ передней поверхности *m. ps. maj. dex.* на уровнѣ 4-го поясничнаго позвонка.

3. Если *colon asc.* достаточно длинна, то она можетъ занимать не только правую брыжжеечную пазуху и правую подвздошную яму, но вмѣстѣ съ *saesum* опускается въ малый тазъ—30 разъ (Рис. 14,92,100,101,113).

4. Сравнительно рѣже *col. asc. mob.* переходитъ изъ правой брыжжеечной пазухи влѣво отъ средней линіи (18 разъ) отъ середины или нижняго конца почки, или отъ подвздошнаго гребня. Она можетъ располагаться при этомъ поверхностно вдоль передней стѣнки живота или, наоборотъ, въ глубинѣ на задней стѣнкѣ ея, будучи въ такомъ случаѣ прикрыта петлями тонкихъ кишекъ. Смотря по длинѣ, она доходитъ до лѣвой поясничной мышцы, до лѣвой подвздошной ямы, до лѣвой почки или даже до селезенки. (Рис. 13, 19,79,89,104).

5. Наконецъ, особеннаго вниманія заслуживаютъ тѣ случаи, когда *col. asc.* совсѣмъ не имѣетъ фиксированной части и когда ея брыжжейка непосредственно, безъ перерыва продолжается въ *mesocolon transvers.*—8 разъ. Смѣщаемость *col. asc. mob.* въ этихъ случаяхъ огромна и въ зависимости отъ физическаго состоянія толстой кишки, она, а въ связи съ ней и *sarut coli*, могутъ оказаться во всѣхъ пунктахъ брюшной и тазовой полостей (Рис. 104). Въ нашихъ 8 случаяхъ адоральный конецъ *colon. asc. mob.* былъ найденъ на правой поясничной мышцѣ (2 раза), въ маломъ тазу (2 раза), у *flexura coli sin.* (1 разъ) и 2 раза на лѣвой почкѣ (См. табл. IV).

в. Положеніе слѣпой кишки.

Теперь, когда мы разсмотрѣли особенности восходящей ободочной кишки I-ой и II-ой серіи и разнообразныя варианты положенія ея, является полная возможность связать съ ней и положеніе слѣпой кишки. Ясно, что положеніе этого органа въ первомъ году жизни находится въ тѣсной связи съ тѣмъ, фиксирована или нѣтъ восходящая ободочная кишка. Значительно смѣщенная *saesum* наблюдается, конечно,

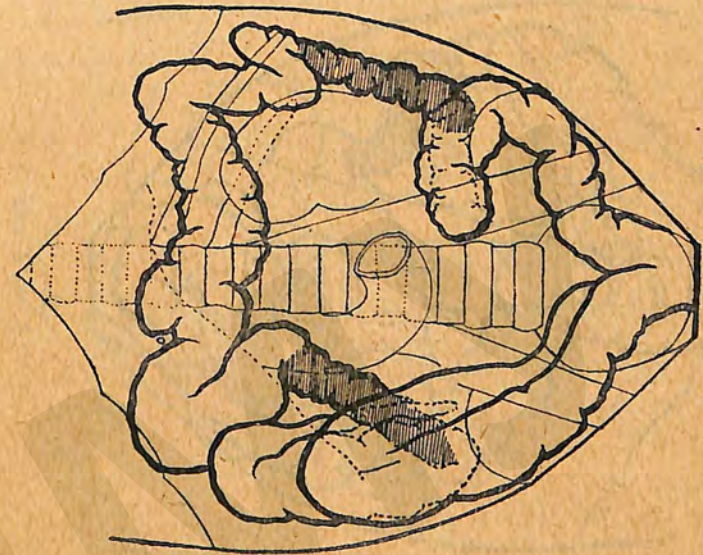


Рис. 77.
М. п., 3 нед.

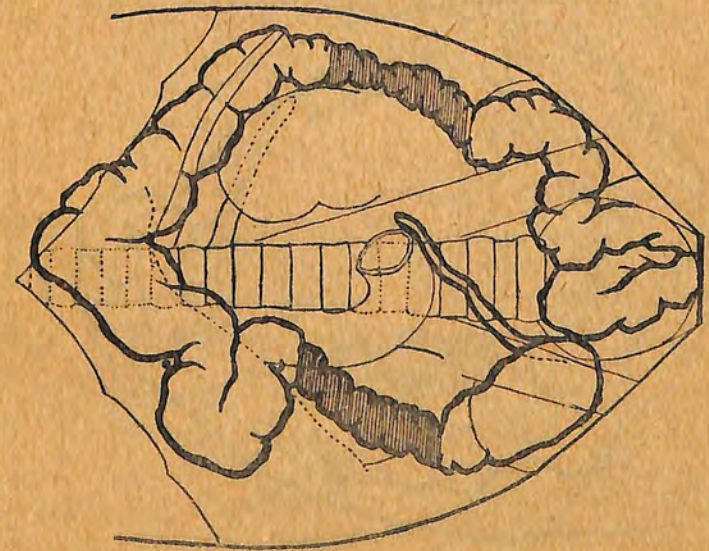


Рис. 76.
М. п., 3 нед.

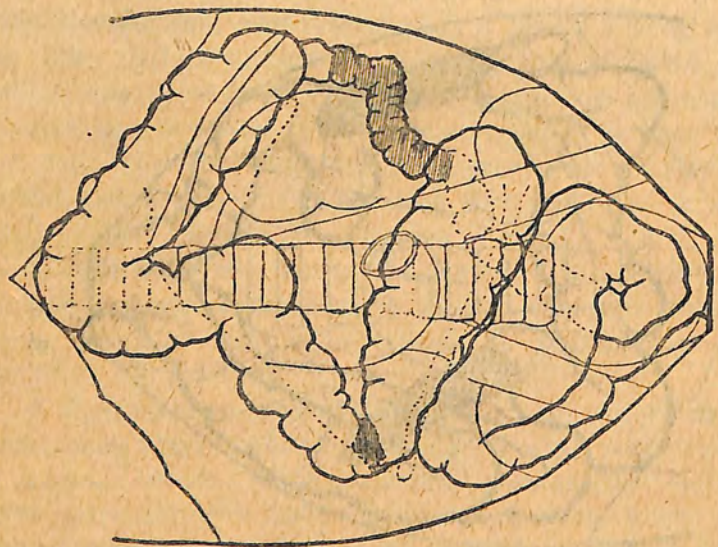


Рис. 79.
Ж. п., 1 мѣс.

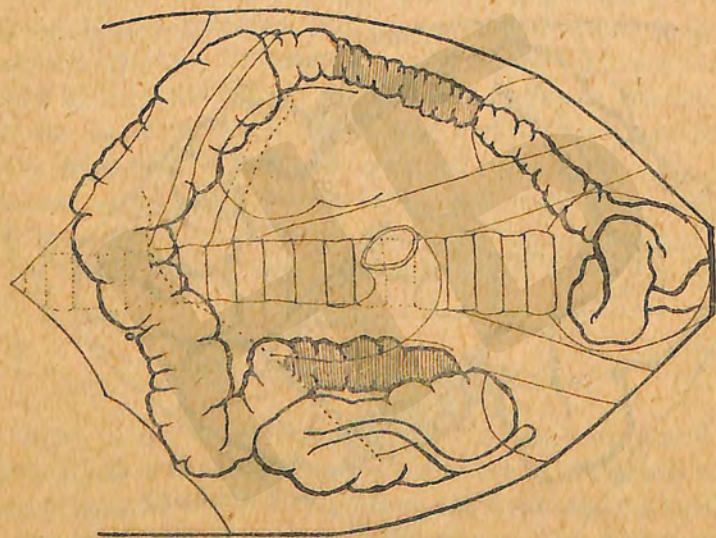


Рис. 78.
Ж. п., 1 мѣс. Недонос.

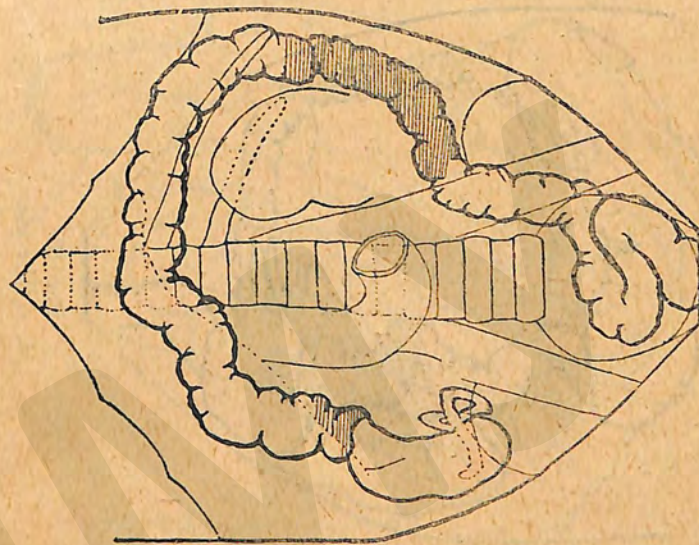


Рис. 81.
М. п., 1 1/2 мѣс.

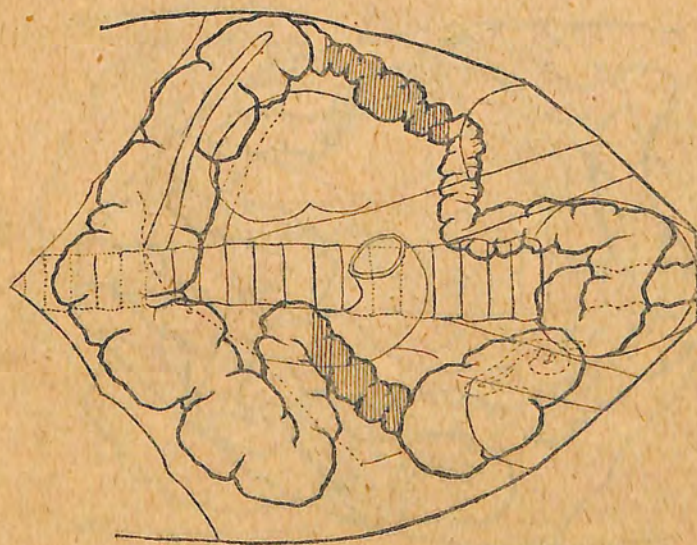


Рис. 80.
М. п., 1 1/2 мѣс.

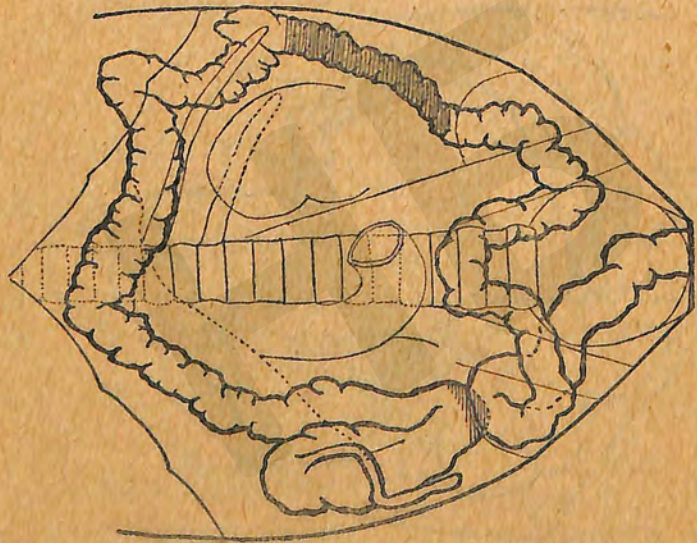


Рис. 82.
М. п., 1 1/2 мбс.

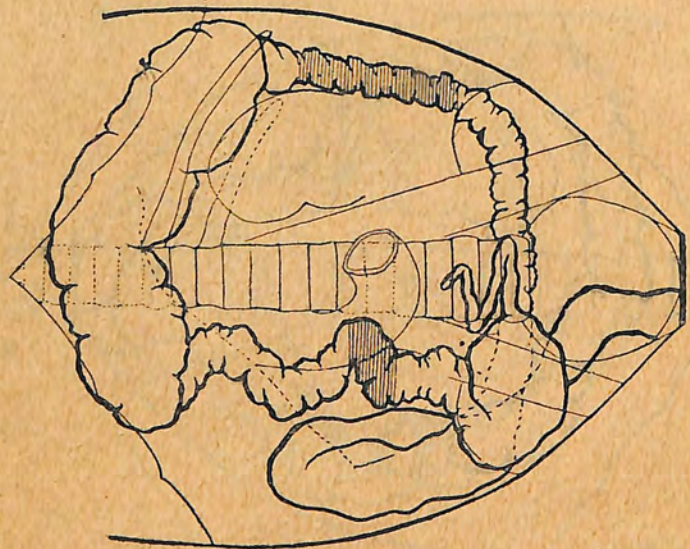


Рис. 83.
М. п., 1 1/2 мбс.

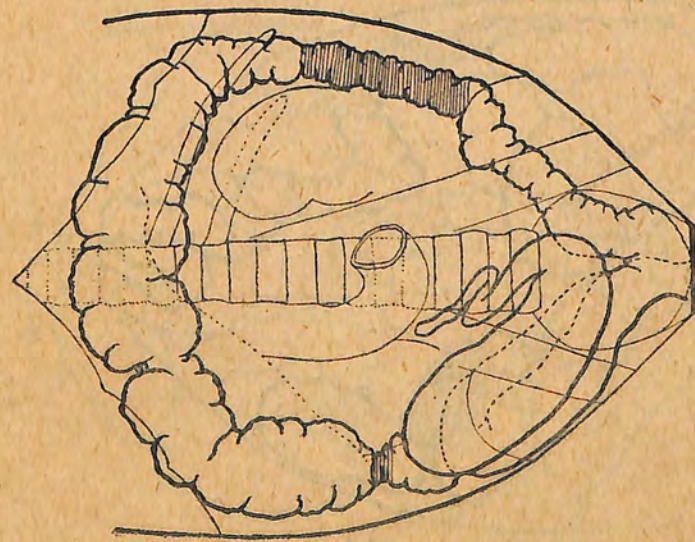


Рис. 84.
М. п., 2 мбс.

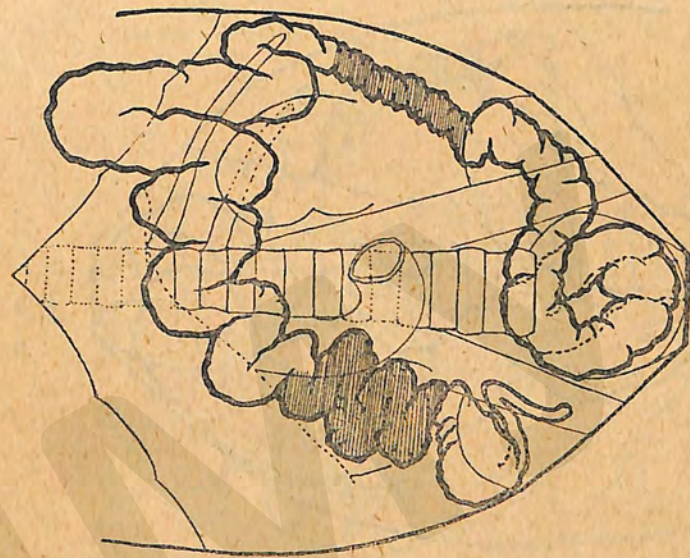


Рис. 85.
М. п., 2 мбс.

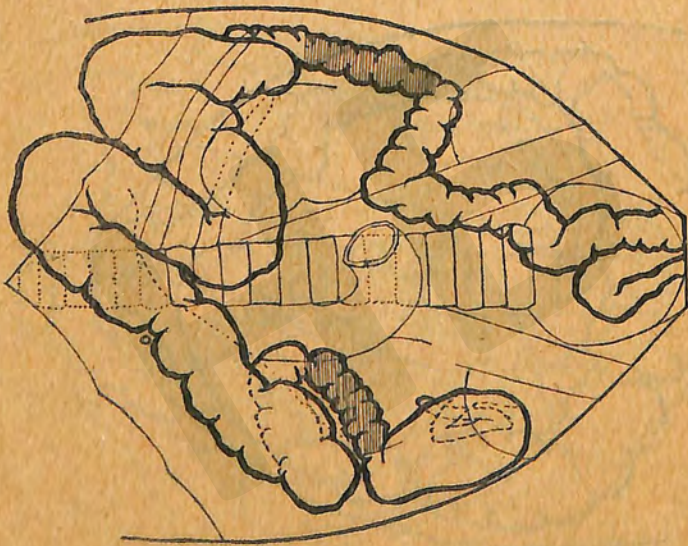


Рис. 86.
Ж. п., 2 мѣс.

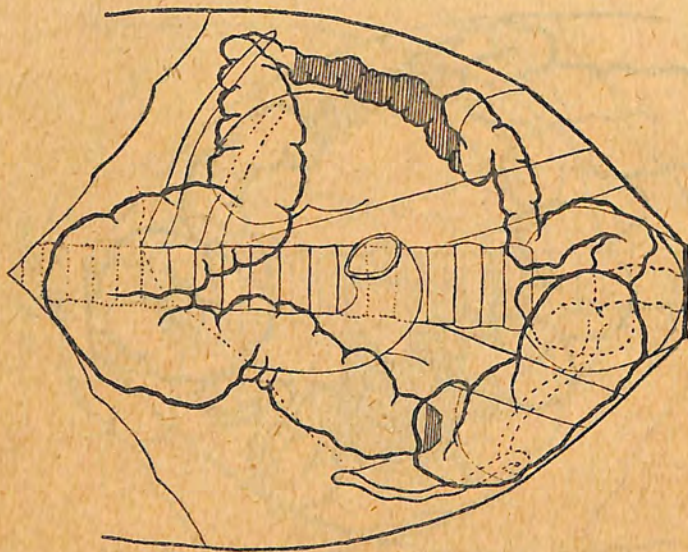


Рис. 87.
Ж. п., 2 мѣс.

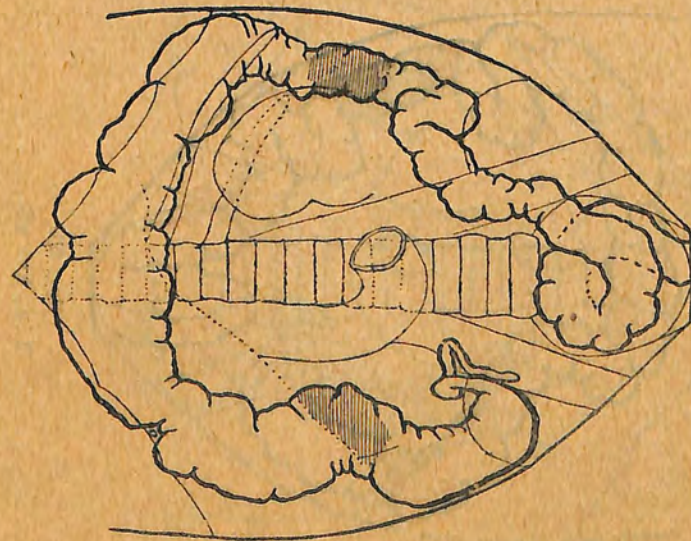


Рис. 88.
Ж. п., 2 мѣс.

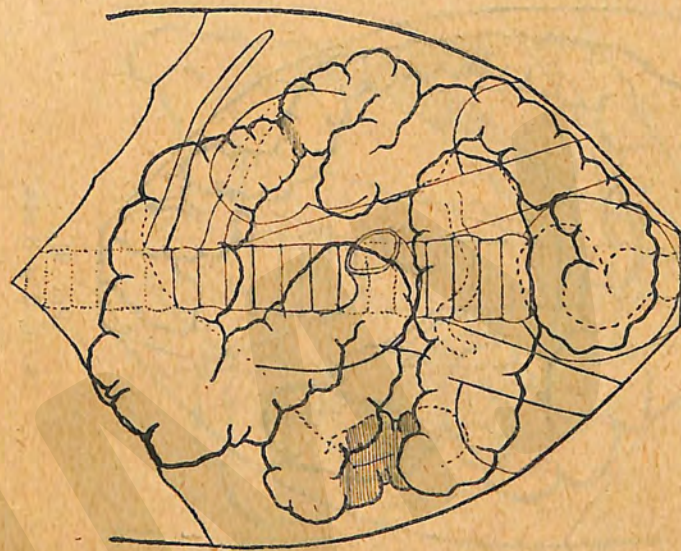


Рис. 89.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

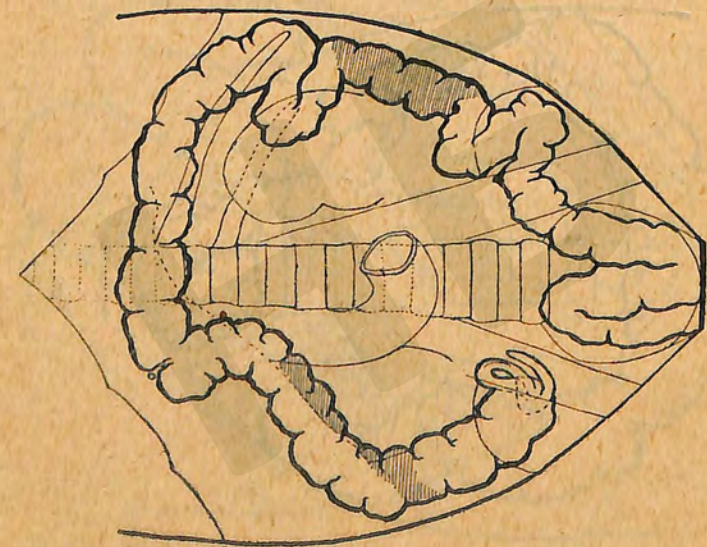


Рис. 90.
Ж. п., 2 1/2 мѣс.

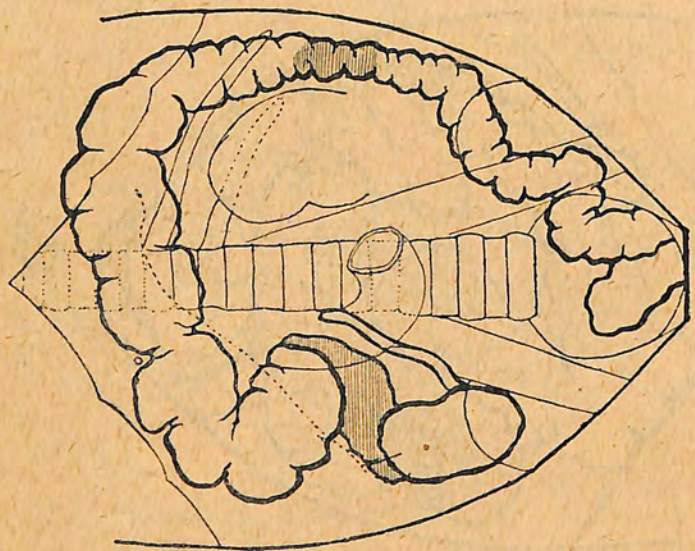


Рис. 91.
[Ж. п., 2 м. 3 нед.]

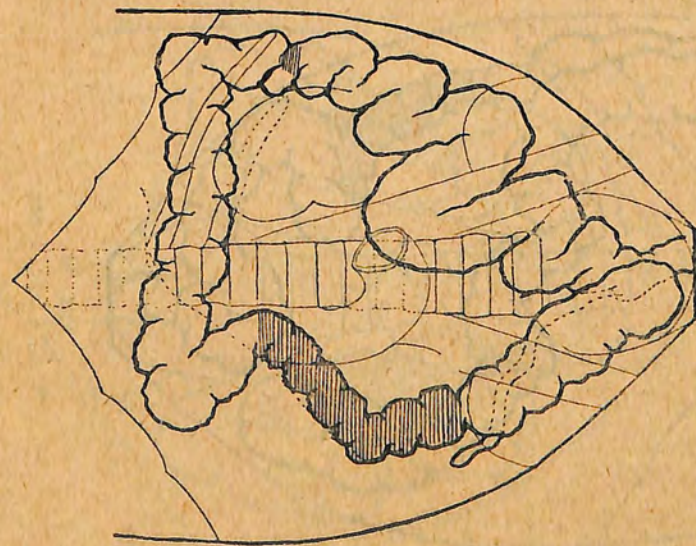


Рис. 92.
М. п., 2 мѣс. 3 нед.

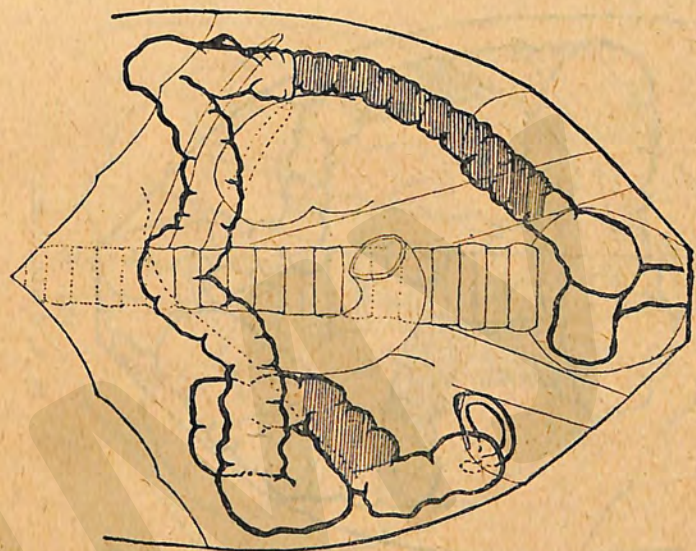


Рис. 93.
Ж. п., 3 мѣс.

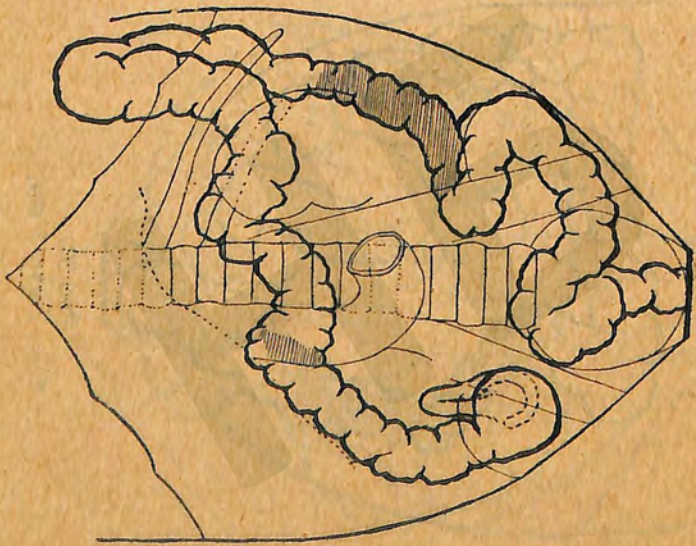


Рис. 94.
М. п., 4 мѣс. 1 нед.

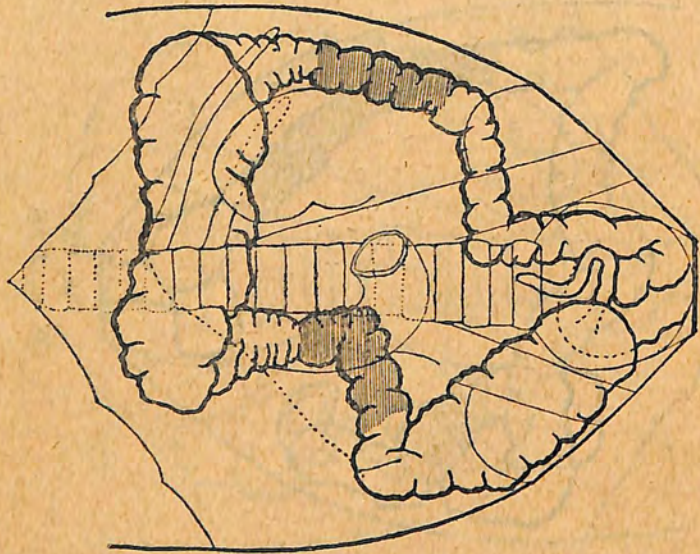


Рис. 95.
М. п., 4 мѣс. 2 нед.

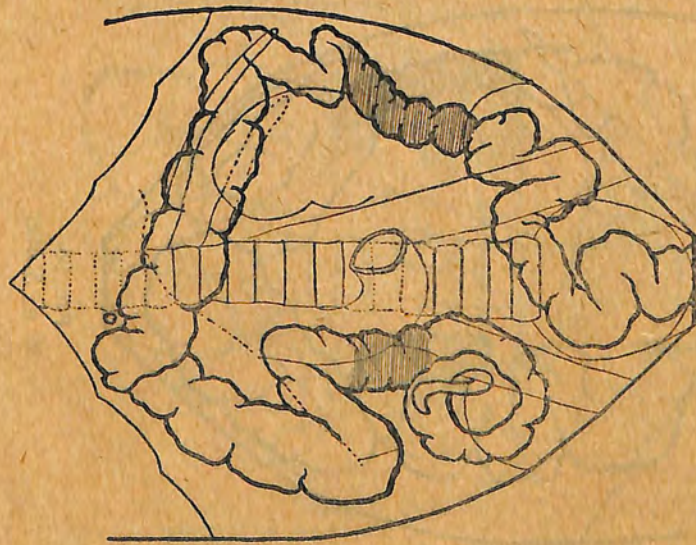


Рис. 96.
Ж. п., 4 м. 1 нед.

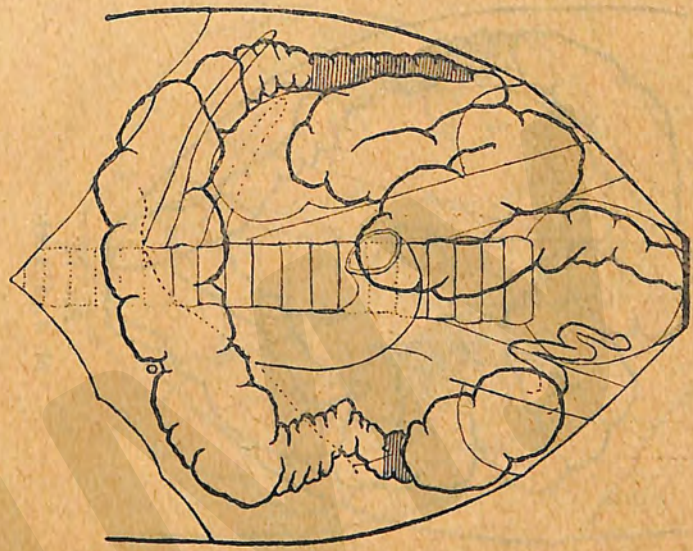


Рис. 97.
М. п., 4 мѣс. 3 нед.

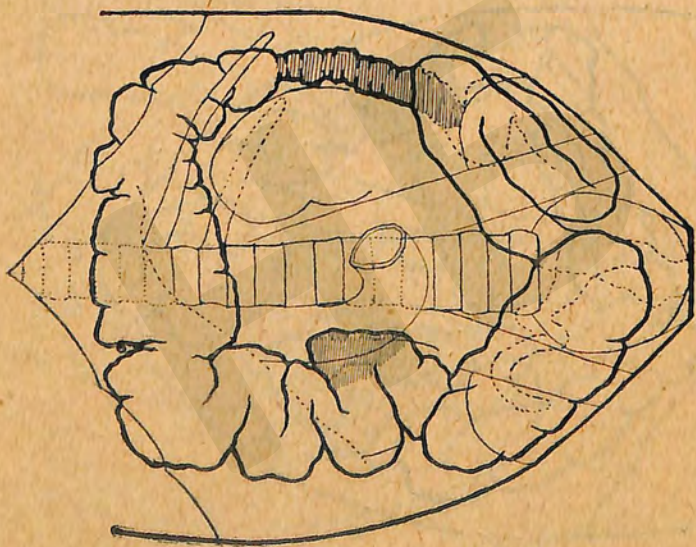


Рис. 98.
М. п., 5 мфс.

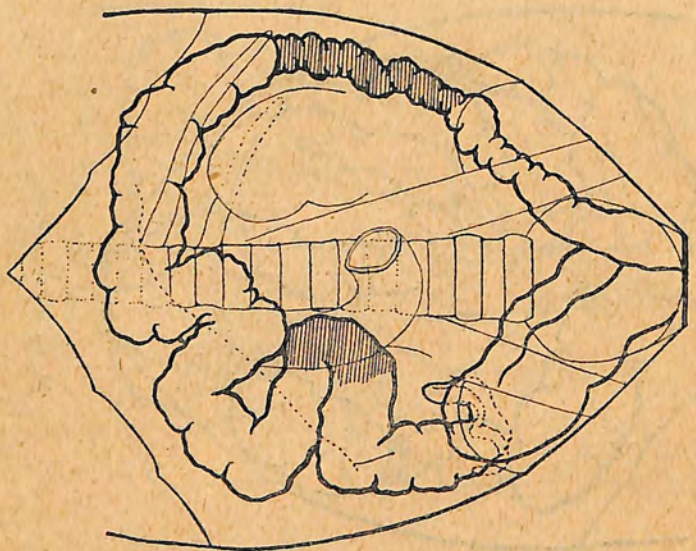


Рис. 99.
М. п., 5 1/2 мфс.

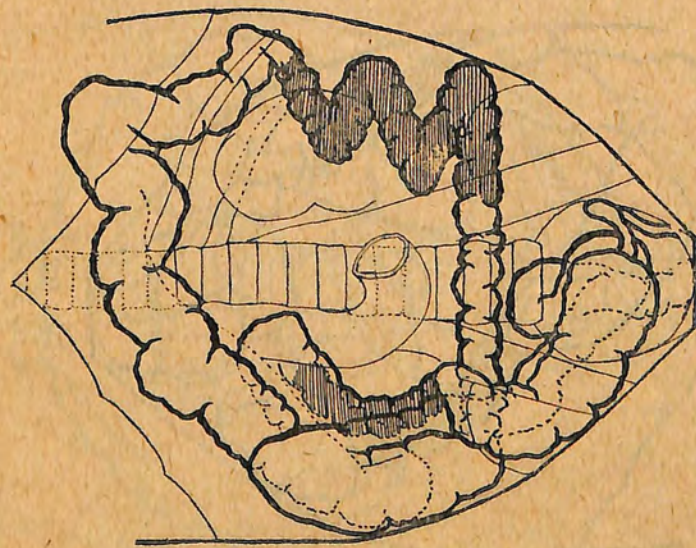


Рис. 100.
Ж. п., 5 1/2 мфс.

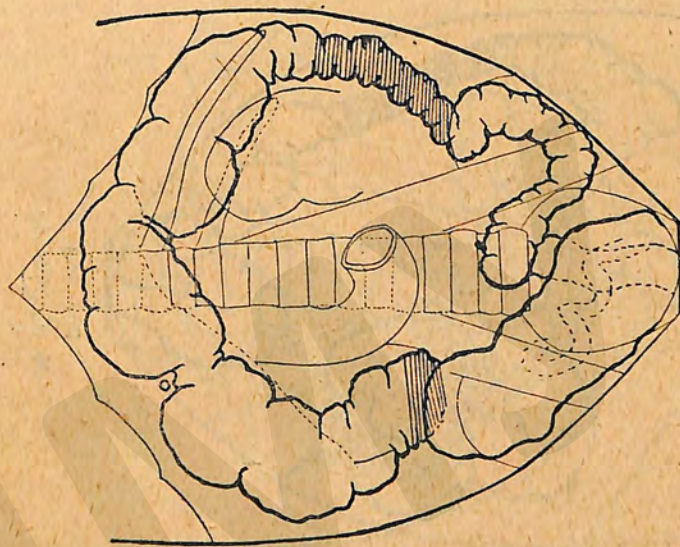


Рис. 101.
Ж. п., 5 1/2 мфс.

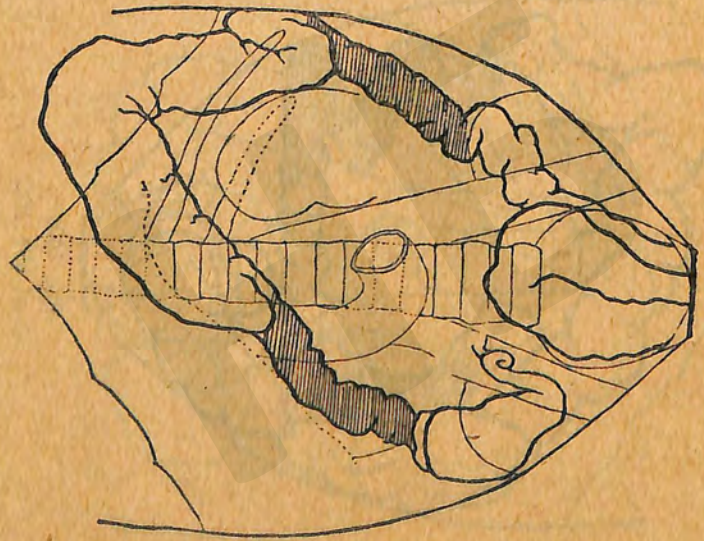


Рис. 102.
М. п., 5 1/2 мбс.

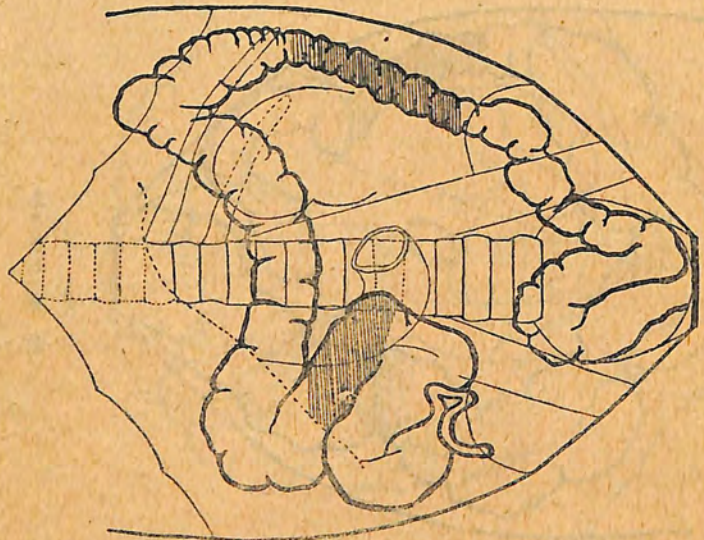


Рис. 103.
М. п., 5 1/2 мбс.

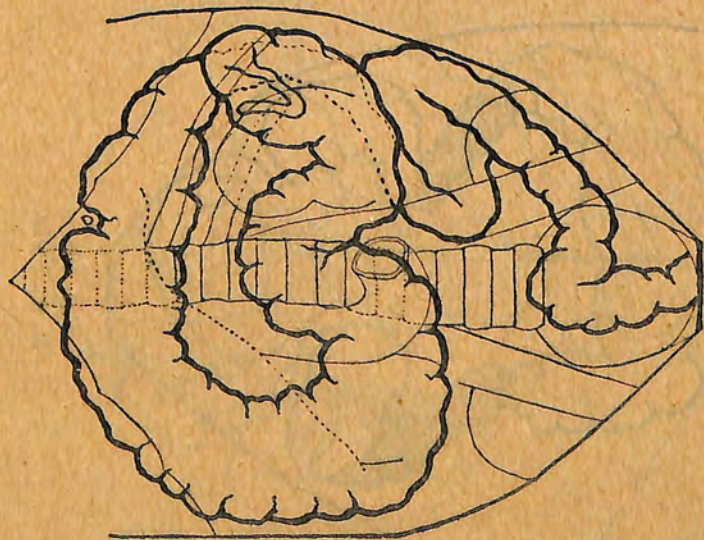


Рис. 104.
М. п., 6 мбс.

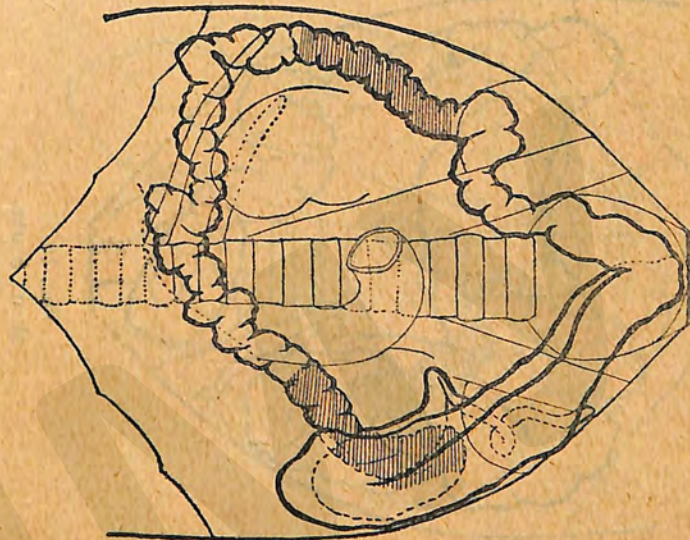


Рис. 105.
М. п., 4 мбс.

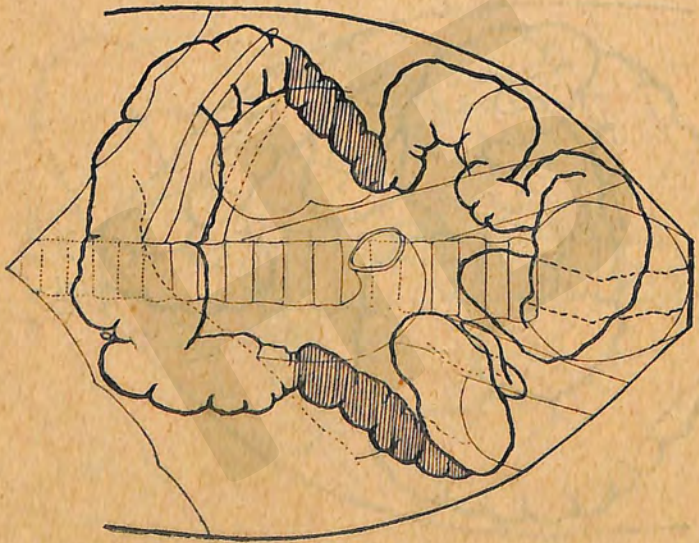


Рис. 106.
М. п., 7 мфс.

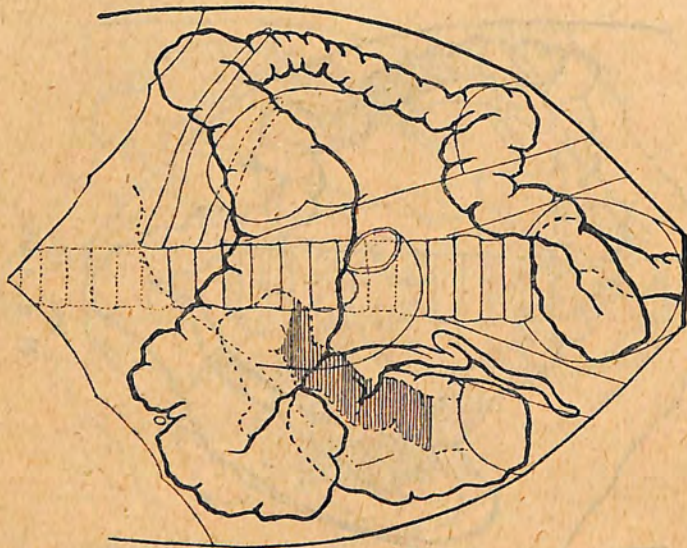


Рис. 107.
М. п., 8 мфс.

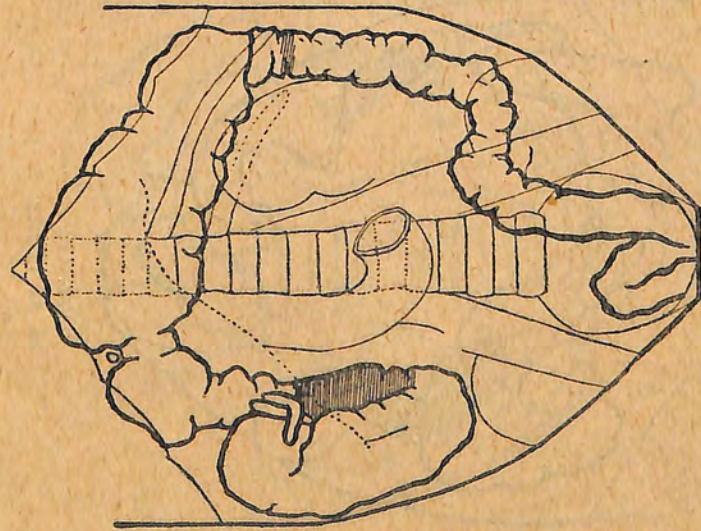


Рис. 108.
Ж. п., 9 мфс.

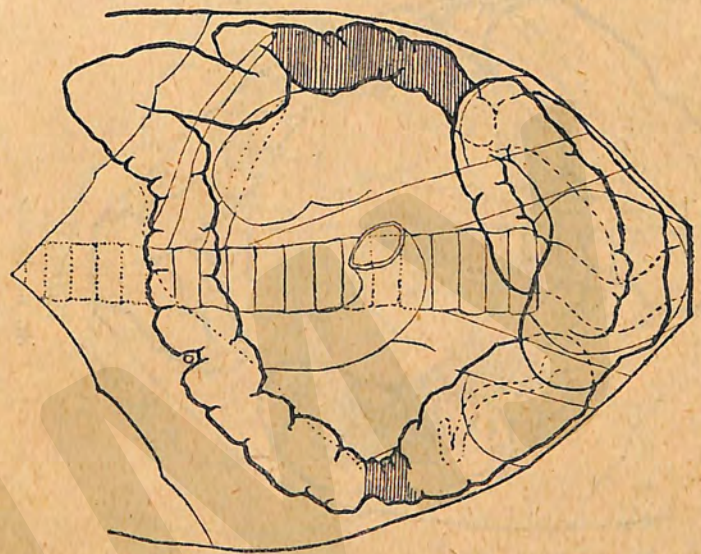


Рис. 109.
Ж. п., 7 мфс.

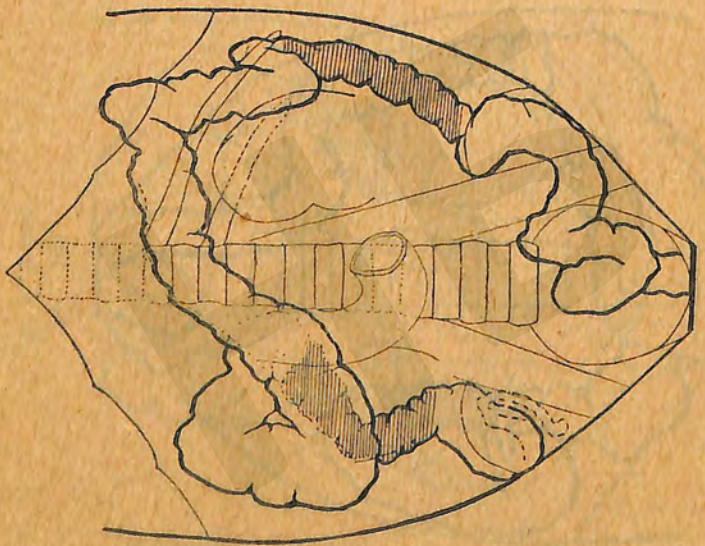


Рис. 110.
М. п., 12 мѣс.

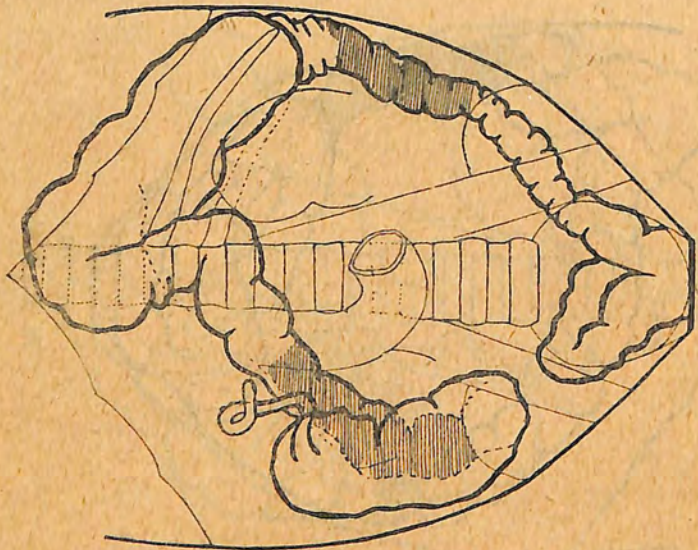


Рис. 111.
Ж. п., 12 мѣс.

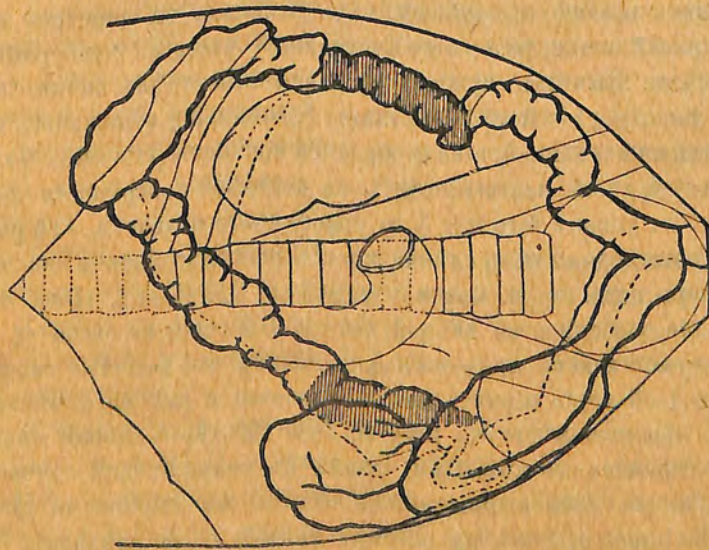


Рис. 112.
Ж. п., 12 мѣс.

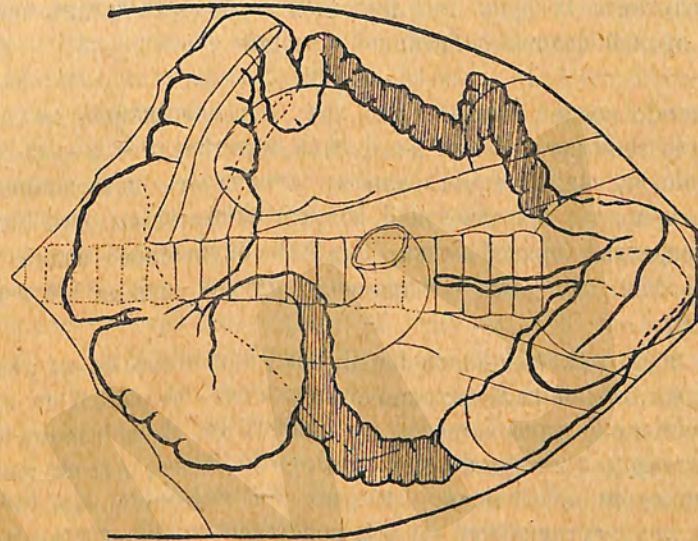


Рис. 113.
Ж. п., 12 мѣс.

только въ случаяхъ II серіи, хотя и въ этой серіи этотъ органъ часто лежитъ въ правой половинѣ брюшной полости.

Вслѣдствіе полной фиксаціи col. asc. слѣпая кишка въ случаяхъ I серіи занимаетъ болѣе или менѣе опредѣленное и постоянное положеніе на задней стѣнкѣ живота, справа отъ позвоночника, въ предѣлахъ правой брыжеечной пазухи: наиболѣе высокое положеніе—на серединѣ правой почки; наиболѣе опущенное—задніе отдѣлы foss. il. dextr. Поэтому, смѣщаемость слѣпой кишки I-й серіи незначительна.

Чаще всего она занимаетъ fos. il. dex., при этомъ, очень рѣдко не всю эту яму, а чаще глубокіе задніе отдѣлы ея—38 разъ (Рис. 39). Столь же часто она располагается на уровнѣ cr. il. и, такимъ образомъ, большая часть слѣпой кишки лежитъ на задней стѣнкѣ живота или на нижнемъ концѣ почки—49 разъ. Это положеніе чаще всего встрѣчается при вертикальной colon ascend., фиксированной на почкѣ, рядомъ съ нисходящей частью 12-типерстной кишки. (Рис. 37, 38, 41, 43). Далѣе caecum встрѣчается фиксированной на задней стѣнкѣ живота, нѣсколько выше уровня cr. il., латерально отъ правой почки—14 разъ. Такое положеніе чаще всего наблюдается при косомъ направленіи col. asc. а также и тогда, когда она сложена подъ угломъ, открытымъ кнутри и книзу. (Рис. 47, 48, 50, 60.) Рѣже caecum лежитъ высоко, въ глубинѣ, подъ печенью, на передней поверхности правой почки, рядомъ съ нисходящей частью 12-типерстной кишки—5 разъ. Въ этихъ случаяхъ нижележащій отдѣлъ почки, задняя стѣнка живота и foss. il. dex. выстланы брюшиной и выполнены, петлями тонкихъ кишекъ или петель S-образной кривизны, (Рис. 65). Чаще caecum большей своей частью лежитъ на передней поверхности mus. pr. maj. dex. на уровнѣ 4-го или 5-го поясничнаго позвонка—14 разъ (Рис. 68). Только одинъ разъ слѣпая кишка располагалась у боковой стѣнки живота, надъ cr. il. почти у самой sp. il. ant. sup. (Рис. 56).

Изученіе особенностей слѣпой кишки I-й серіи въ связи съ ея положеніемъ заставляетъ придти къ заключенію, что развитіе caecum въ случаяхъ I-ой серіи значительно замедляется и она не успѣваетъ занять свое обычное мѣсто въ foss. il. dex. Размѣры слѣпой кишки обычно оказывались ничтожными, форма въ большинствѣ случаевъ—коническая, со слабо выраженными, но все же замѣтными plicae sigmoideae и haustra, какъ на caecum, такъ и на ея придаткѣ. Такимъ образомъ, слѣпая кишка I-ой серіи по своему высокому положенію и по своему наружному виду сохраняетъ еще эмбриональ-

ныя черты. вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ col. asc., такъ и слѣпая кишка плотно фиксированы не только къ подлежащимъ частямъ, но многочисленными складками брюшины связаны съ нижней поверхностью печени, желчнымъ пузыремъ, съ правой почкой и съ задней стѣнкой живота, съ подвздошной ямой и внутренними половыми органами. Часто при этомъ слѣпая кишка оказывается окутанной тончайшими нѣжными пленками брюшины, расходящимися радіально кнаружи и книзу. Слѣпая кишка у взрослога, дѣйствительно, является покрытой въ нормальныхъ случаяхъ брюшиной со всѣхъ сторонъ, не исключая и задней поверхности ея, какъ на это указываютъ Hurlt, Henke*), Bardelèben, Bergu, Таренецкій, Турнеръ, Treves, Tuffier и др. Но этого нельзя утверждать о слѣпой кишкѣ дѣтей разсматриваемаго возраста, такъ какъ не только задняя стѣнка, но иногда и вся слѣпая кишка вмѣстѣ съ ея придаткомъ оказывается скованной съ подлежащими органами и лежитъ въ забрюшинномъ пространствѣ. Это положеніе слѣдуетъ особенно подчеркнуть, такъ какъ Таренецкій при своихъ изслѣдованіяхъ ни разу не встрѣтилъ слѣпую кишку въ дѣтскомъ возрастѣ плотно фиксированной въ подвздошной ямѣ.

„Вся caecum и начальная часть col. ascend., говоритъ онъ, на уровнѣ впаденія ilii со всѣхъ сторонъ покрыты брюшиной и совершенно подвижны“.

Однако, Турнеръ изъ 28 изслѣдованныхъ имъ труповъ младенцевъ нашелъ все же одинъ случай неподвижно укрѣпленной слѣпой кишки.

„Могу сказать, говоритъ Соколовъ, что вынимая въ 200 трупахъ caecum и часть восходящей, я въ большинствѣ случаевъ находилъ ихъ свободными и покрытыми со всѣхъ сторонъ брюшиной, хотя помню, изрѣдка попадались и случаи довольно значительнаго прикрѣпленія caeci въ fossa iliaca“.

Tuffier изъ своихъ 120 случаевъ нашелъ 9 разъ caecum неподвижно укрѣпленной и лишенной сзади серознаго покрова.

Legueu на 100 труповъ дѣтей у 94-хъ нашелъ caecum съ полнымъ брюшиннымъ покровомъ, а у остальныхъ шести она была укрѣплена неподвижно.

Дебеле изъ 76 труповъ дѣтей отъ рожденія до 1-го года „72 раза (т. е. 94,7%) встрѣтилъ слѣпую кишку съ полнымъ брюшиннымъ покровомъ, покрывавшимъ часто и col. ascend. со всѣхъ сторонъ на большемъ или меньшемъ протяженіи, а въ нѣкоторыхъ,

*) Zur Anat. des Kindesalters. 1877 г.

Таблица 5.
Варианты положения слѣпой кишки I-й и II-й серий.

С Е Р И И	Варианты положения слѣпой кишки I-й и II-й серий.																	И Т О Г И	
	Въ маломъ тазу.		Справа отъ средней линіи.																Слѣва отъ ср. линіи.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Итого		
I	—	38	—	5	49	14	1	14	—	—	—	—	—	—	—	—	121		
II	32	19	12	1	7	4	3	19	30	5	6	17	6	4	8	3	179		
Итого	32	57	12	6	56	18	4	33	30	5	6	17	6	4	8	3	300		
	32			216							31			18		3	300		

рѣдкихъ случаяхъ даже по всей ея длинѣ. 4 раза саесум была неподвижна, что составляетъ 5,3%.

Для опредѣленія верхней границы слѣпой кишки мы въ нашихъ изслѣдованіяхъ придерживались линіи Berry, которая, какъ было уже указано выше, соответствуетъ приблизительно плоскости, проведенной въ поперечномъ направленіи черезъ середину подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія. Такимъ образомъ, мы пришли къ убѣжденію, что слѣпая кишка не только во всѣхъ случаяхъ II-ой серии, но и въ большинствѣ случаевъ I-ой серии имѣетъ полный брюшинный покровъ. Однако 6 разъ мы встрѣтили фиксированную саесум, покрытую съ боковъ и отчасти и спереди нѣжными брюшинными пленками. Но и въ этихъ случаяхъ легкія поглаживанія пальцемъ дали возможность высвободить ее изъ этихъ отложеній, при чемъ слѣпая кишка оказалась покрытой брюшиной и сзади и только коническій конецъ ея и придатокъ располагались позади col. asc. въ забрюшинной клѣтчаткѣ (Рис. 58). Одинъ разъ за брюшиной оказались: часть саесум, узкая полоса col. asc. и конецъ int. ilii на протяженіи 2 см. (Рис. 48).

Особенности col. ascend. mobile, о которыхъ уже подробно говорилось въ этой главѣ, уже a priori заставляютъ предположить несравненно большую смѣщаемость слѣпой кишки въ случаяхъ II-ой серии. Дѣйствительно, слѣпая кишка II-ой серии сравнительно рѣдко остается въ предѣлахъ правой брыжжеечной пазухи и въ правой подвздошной ямѣ.

Вся foss. il. dextr. (и часть брыжжеечной пазухи) при этомъ оказывается высланной брюшиной и занята или свободной col. asc. и саесум, или петлями тонкихъ кишекъ, или петлей S-образной кривизны, или еще не спустившейся въ полость малаго таза половой железой, что особенно часто наблюдается на трупахъ женскаго пола.

Мы встрѣчали слѣпую кишку чаще всего въ полости малаго таза—32 раза, у правой стѣнки его, спереди или сзади отъ прямой кишки (рис. 72, 87, 92, 98, 101); затѣмъ справа отъ средней линіи: въ правой подвздошной ямѣ—19 разъ, и почти столько же разъ—12 надъ этой ямой, („saesum erectum“ Alglave), приподнятой кверху и къ передней стѣнкѣ живота петлей S-образной кривизны до уровня lineae spiracum (Рис. 83, 100). 15 разъ мы ее нашли въ правой брыжжеечной пазухѣ, на задней стѣнкѣ живота, при чемъ одинъ разъ она лежала на срединѣ почки (Рис. 103), семь разъ на нижнемъ концѣ ея, до уровня crist. il., четыре раза на задней стѣнкѣ живота, латерально отъ почки и три раза у латеральной стѣнки живота надъ

сг. il. (Рис. 85). 19 разъ она располагалась на передней поверхности правой круглой поясничной мышцы на различныхъ уровняхъ до Пупартовой связки включительно (Рис. 76, 80, 109), причемъ, одинъ разъ она располагалась высоко на этой мышцѣ непосредственно передъ flexura duodeni infer. (Рис. 106).

Въ тѣхъ случаяхъ, когда colon ascend. mobile была отвернута отъ подвздошнаго гребня кверху, слѣпая кишка, опрокинутая дномъ также кверху, располагалась подъ переднимъ краемъ печени, въ большинствѣ случаевъ поверхностно, у передней стѣнки живота. Смотри по тому, была ли col. ascend. mobile отвернута въ латеральную или медиальную сторону, слѣпая кишка располагалась то справа отъ дна желчнаго пузыря (18 разъ), то прикрывала его (10 разъ), то слѣва отъ него, (2 раза), т. е. уже подъ квадратной долей печени, по сосѣдству съ пилорической частью желудка—причемъ съ медиальной стороны, обычно, къ caecum прилегала натянутая lig. suspensor. hep. Такимъ образомъ, въ общемъ caecum отвернутую вверхъ, къ печени, мы встрѣтили 30 разъ (Рис. 73, 75, 77, 78, 82, 107, 108, 111, 112.)

Далѣе, въ связи съ значительной длиной colon ascend. mobile смѣщенная caecum располагалась на различныхъ уровняхъ по средней линіи тѣла—31 разъ; при этомъ три раза, при отвернутой кверху и медиально ободочной кишкѣ, она находилась высоко, передъ желудкомъ, у мечевиднаго отростка, пять разъ у передней стѣнки живота на уровнѣ пупка, шесть разъ въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота, надъ promontorium, и семнадцать разъ поверхностно, надъ входомъ въ малый тазъ, выше уровня лобковаго соединенія, на суженной верхушкѣ мочевого пузыря (Рис. 84).

Далѣе слѣпая кишка встрѣчалась слѣва отъ средней линіи на лѣвой круглой поясничной мышцѣ—6 разъ (Рис. 89), въ лѣвой подвздошной ямѣ—4 раза (Рис. 79) и въ лѣвой брыжжеечной пазухѣ, на лѣвой почкѣ, нисходящей ободочной, у flex. coli lienalis, въ сосѣдствѣ съ селезенкой—8 разъ (Рис. 104). Наконецъ, 3 раза слѣпая кишка помѣщалась между петлями тонкихъ кишекъ, не приходя въ соприкосновеніе ни съ одной стѣнкой полости живота.

Значительная смѣщаемость слѣпой кишки въ первомъ году жизни отмѣчена многими изслѣдователями. Такъ, напр., Дебеле говорить, что, „въ 6 случаяхъ на первомъ году жизни caecum была перегнута кпереди такъ, что передняя поверхность ея соприкасалась на нѣкоторомъ протяженіи съ передней поверхностью colon ascend., а дно смотрѣло кпереди и кверху“. При этомъ онъ указываетъ, что такое

положеніе caecum совпадало съ захожденіемъ въ fossa il. dex. вздутой S-Romanum и что подобное положеніе слѣпой кишки послѣ года онъ не наблюдалъ ни разу. Кроме того, этому автору одинъ разъ пришлось видѣть у ребенка 1 г. 8 мѣс. caecum въ foss. il. sin., при чемъ colon ascend. была длиннѣй обыкновеннаго (17, 5 см), имѣла полную брыжжейку и поперечное направление, изъ лѣвой подвздошной ямы косвенно вверхъ и вправо.

Отвернутую вверхъ слѣпую кишку у дѣтей до года наблюдалъ и Турнеръ—7 разъ (изъ 28 случаевъ).

Такое же смѣщеніе наблюдалъ Д. Соколовъ. Интересно при этомъ то, что даже послѣ года авторъ отмѣтилъ отвернутую кверху слѣпую кишку—13 разъ (изъ 76 сл.).

Указанія на счетъ отвернутой кверху слѣпой кишки или опущенія въ малый тазъ мы встрѣтили и у Минца.

Турнеръ и Соколовъ относятъ такое положеніе caecum въ связи съ особенностями col. ascend. къ явленіямъ ненормальнымъ или аномальнымъ. Между тѣмъ Luschka утверждаетъ, что colon ascend. у новорожденныхъ вполне окружена брюшиной и подвижна; Toldt же, наоборотъ, допускаетъ, что въ этомъ возрастѣ вся colon ascend. обычно фиксирована, только начальная часть ея не всегда приращена къ брюшной стѣнкѣ и подвѣшена вмѣстѣ съ caecum на брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ. По мнѣнію Legueu малые размеры брюшной полости и подавляющая величина печени у дѣтей влечетъ за собой или складываніе col. asc. подъ печенью или потерю ея длины въ пользу colon transvers.

Alglove^{63, 72}, также приходилось наблюдать смѣщеніе слѣпой кишки вмѣстѣ съ прилегающими къ ней частями кишечника („ileo-caecal'ный сегментъ“ автора) въ различныхъ мѣстахъ брюшной полости, какъ у дѣтей, такъ и у взрослыхъ. Онъ различаетъ однако три основныхъ положенія: въ fossa lumbalis, въ fossa iliaca и въ маломъ тазу. Первое у взрослыхъ встрѣчается рѣдко, второе—очень часто, третье чаще наблюдается у женщинъ.

Если опредѣлять положеніе caecum вмѣстѣ съ ileo-caecal'нымъ сегментомъ I и II серій въ общихъ чертахъ, не детализируя топографіи ея, какъ это мы сдѣлали въ началѣ этой главы (табл. 5-ая), то получается картина болѣе рѣзко и въ тоже время правильно отмѣняющая смѣщаемость слѣпой кишки: 1—справа отъ средней линіи: въ правой половинѣ живота—216 разъ (72⁰/₀); 2—по средней линіи тѣла: у мечевиднаго отростка, впереди promontorium, надъ

входомъ въ малый тазъ—31 разъ (10,3⁰/₀); 3—въ самомъ маломъ тазу—32 раза (10,6⁰/₀); 4—слѣва отъ средней линіи: въ лѣвой брыжжеечной пазухѣ и въ лѣвой подвздошной ямѣ 18 разъ (6⁰/₀); 5—неопредѣленно, въ брюшной полости, между петлями тонкихъ кишекъ 3 раза (1⁰/₀). См. табл. 6.

Таблица 6.

Варианты положенія подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія.

С Е Р И И.	1	2	3	4	5	6	7	8	И Т О Г И.
	Въ fossa il. dextr. и sin. mesent. dext.	у реберной дуги, справа.	у перед. стѣн. жив. надъ lin. spirag.	отъ angul. infrastern. до пупка.	отъ пупка до входа въ тазъ.	въ маломъ тазу.	въ fos. il. sin и sin. mes. sin.	между петл. тонкихъ кишекъ.	
I	121	—	—	—	—	—	—	—	121
II	50	30	15	8	23	32	18	3	179
Итого	171	30	15	8	23	32	18	3	300

S. Peronidi ⁴⁴ въ своей работѣ о слѣпой кишкѣ и ея придаткѣ говоритъ, что „мнѣніе многихъ анатомовъ о томъ, что fos. il. dex. есть обычное и постоянное мѣсто для слѣпой кишки, преувеличено и что старыя изслѣдованія Engel'я, подтвержденныя наблюденіями Treves'a, Tuffier, Legueu, Perignon и др., указываютъ на частоту аномалій положенія слѣпой кишки“.

Такимъ образомъ, на основаніи нашихъ изслѣдованій мы имѣемъ возможность подтвердить и расширить существующее мнѣніе о смѣщаемости саеситъ въ зависимости отъ описанныхъ особенностей col. asc. въ первомъ году жизни. Въмѣстѣ съ тѣмъ представляется возможность окончательно установить то, что подобные факты не

могутъ быть отнесены ни къ ненормальнымъ, ни къ аномалійнымъ, ни къ патологическимъ. Наоборотъ, слѣдуетъ подчеркнуть, что необычайно измѣнчивое положеніе слѣпой кишки въ первомъ году жизни является характерной индивидуально-возрастной особенностью даннаго періода жизни. Слѣпая кишка легко можетъ мѣнять свое положеніе и при томъ въ весьма широкихъ предѣлахъ у одного и того же субъекта, въ различное время, въ зависимости отъ того или иного физическаго состоянія кишечника вообще и толстыхъ кишекъ въ частности. И если въ періодъ эмбриональной жизни *sacut coli* лежитъ еще высоко, подъ печенью, постепенно спускаясь ко времени рожденія по стѣнкѣ правой брыжжеечной пазухи къ правой подвздошной ямѣ, а у взрослого она уже лежитъ въ ней и болѣе или менѣе стойко фиксируется въ этой области, то относительно 1-го года жизни, приходится заключить, что 1) слѣпая кишка въ этомъ возрастѣ можетъ располагаться въ любомъ мѣстѣ брюшной полости и въ маломъ тазу; 2) рѣже всего она занимаетъ правую подвздошную яму; 3) послѣдняя, вся, или въ большей своей части, оказывается занятой другими частями кишечной трубки и 4) фиксированная слѣпая кишка въ связи съ нѣкоторыми другими анатомическими данными, заставляетъ подозрѣвать задержку въ нормальномъ развитіи толстыхъ кишекъ.

г. Червеобразный отростокъ.

„Анатомія червеобразнаго отростка тѣсно связана съ анатоміей слѣпой кишки и изслѣдованіе одного неизмѣнно влечетъ за собой изслѣдованіе другого“, говоритъ Berry. Это мнѣніе почти въ тождественныхъ выраженіяхъ было уже высказано раньше Vallée, котораго мы цитировали въ 3-ей главѣ.

Съ своей стороны, измѣнивъ обычный порядокъ изложенія положенія отдѣльныхъ частей адоральной половины ободочной кишки, мы имѣли въ виду тѣмъ самымъ подчеркнуть рѣзко то, что положеніе слѣпой кишки въ первомъ году жизни находится въ связи съ тѣмъ, является ли *colon ascendens* фиксированной на всемъ протяженіи, или адоральная часть ея является подвижной на большемъ или меньшемъ протяженіи. Все то, что нами было изложено до сихъ поръ объ особенностяхъ *col. ascend.* дѣтей перваго года жизни, намъ кажется, подкрѣпляетъ и оправдываетъ принятый нами планъ изложенія.

Положительно нѣтъ возможности представить какую-либо схему, объединяющую съ точностью всѣ случаи положенія червеобразнаго отростка. „Стоитъ ли приводить, говоритъ Peronidi, различныя опи-

По Турнеру у дѣтей червеобразный отростокъ чаще всего свѣшивается внизъ, а положеніе его позади саесум составляетъ 25%.

Соколовъ на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что до года въ огромномъ большинствѣ случаевъ отростокъ покрытъ брюшиной со всѣхъ сторонъ, за исключеніемъ верхушки, которая иногда оказывается фиксированной; но послѣ года онъ рѣдко бываетъ свободнымъ и чаще всего располагается позади col. ascend. Изрѣдка онъ свѣшивается въ малый тазъ, или лежитъ впереди саесум, или вмѣстѣ съ ней смѣщается въ различныя мѣста брюшной полости. Интересно указаніе Соколова о томъ, что appendix въ первомъ году жизни часто начинается не отъ медиальной стѣнки саесум, а отъ дна ея.

Дебеле (76 случ.) у дѣтей до одного года нашелъ слѣдующее положеніе червеобразнаго отростка: 46 разъ онъ свѣшивался въ малый тазъ; 17 разъ имѣлъ восходящее положеніе и располагался сначала позади слѣпой и подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія, а потомъ латерально отъ col. asc., загибаясь въ нѣкоторыхъ случаяхъ верхушкой латерально и внизъ; 9 разъ отростокъ, поднявшись вверхъ на нѣкоторую высоту вдоль медиальной стѣнки col. asc., загибался дугообразно влево и свисалъ верхушкой внизъ, располагаясь на круглой поясничной мышцѣ. Такимъ образомъ, Дебеле встрѣтилъ червеобразный отростокъ въ восходящемъ положеніи въ 33%, что согласуется съ результатами Таренецкаго, полученными для положенія этого органа безъ отношенія къ возрасту (совпаденіе случайное.) Далѣе, 2 раза отростокъ былъ свернутъ спирально и лежалъ позади слѣпой кишки на подвздошной мышцѣ и 2 раза на передней поверхности слѣпой кишки съ направлениемъ вверхъ и кнаружи.

М. А. Play⁵⁵, изслѣдуя положеніе червеобразнаго отростка на многихъ трупахъ дѣтей, пришелъ къ убѣжденію, что онъ очень часто имѣетъ аномальное положеніе. Особенно рѣзко аномалія была выражена: у одного годовалаго ребенка, у котораго appendix лежалъ латерально отъ col. asc. въ восходящемъ направленіи; у трехъ новорожденныхъ, у которыхъ appendix находился подъ печенью и двухъ новорожденныхъ, у которыхъ appendix былъ свернутъ и располагался на нижнемъ концѣ почки.

Весьма интересны также выводы Mariau⁴³. Этотъ авторъ утверждаетъ, что измѣненія положенія червеобразнаго отростка зависятъ отъ степени наполненія его газами, и потому у живого его можно встрѣтить въ самыхъ разнообразныхъ положеніяхъ: „1) Относительная статистика о положеніи appendix на трупахъ не можетъ

быть примѣнена къ живымъ. 2) App. есть органъ крайне подвижный, можетъ занимать у одного и того же субъекта, смотря по обстоятельствамъ, всевозможныя позиціи. 3) Эксперименты, подкрѣпленные данными клиники, показываютъ, что первѣйшими причинами къ смѣщенію append. является переполненіе его газами“. Авторъ къ этому прибавляетъ, что смѣщенія app. не значительны, когда свободный край mesoappendix коротокъ.

Lemaire указываетъ, что червеобразный отростокъ можетъ встрѣтиться на почкѣ, на подвздошномъ гребнѣ и въ подвздошной ямѣ. Въ однихъ случаяхъ онъ скрытъ за слѣпой кишкой, что, по его мнѣнію, встрѣчается чаще всего, въ другихъ, окружаетъ ее, или направляется вертикально снизу вверхъ, позади восходящей ободочной или свѣшивается въ малый тазъ, или тянется горизонтально отъ слѣпой кишки къ средней линіи тѣла.

Berry²⁵ находитъ, что по вопросу о положеніи червеобразнаго отростка писалось очень много, что положеніе этого органа слишкомъ разнообразно и измѣнчиво и имѣетъ мало цѣны, но все же онъ предлагаетъ свою классификацію, которая по его мнѣнію является наиболѣе простой и соотвѣтствуетъ наиболѣе частымъ положеніямъ этого органа: 1—тазовое положеніе, 2—позади слѣпой кишки, 3—внутреннее положеніе (тянется къ селезенкѣ) и 4—неопредѣленное или смѣшанное.

P. Gilis³⁸ на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ выводу, что въ общемъ, несмотря на значительное разнообразіе, положеніе червеобразнаго отростка можно свести къ тремъ позиціямъ:

1—Position retro-caecal, которая можетъ иногда въ то же время быть retro-colique.

2—Position sous-ileale,—иногда предпозвоночная.

3—Position retro-pelviene.

Къ этимъ тремъ позиціямъ онъ приводитъ и 12 разнообразныхъ положеній, установленныхъ въ работѣ Tuffier и Jane и указываетъ, что его первая позиція есть наиболѣе часто встрѣчающаяся по указаніямъ и другихъ авторовъ: Hewson, Treves, Lockwood и Rolleston.

Изслѣдованія свои Gilis производилъ только на взрослыхъ и интересно то, что въ своемъ заключеніи онъ считаетъ безусловно аномальными тѣ случаи, которые онъ встрѣтилъ въ описаніяхъ другихъ авторовъ, гдѣ слѣпая кишка лежала позади пупка, надъ лобковымъ соединеніемъ, въ лѣвой подвздошной ямѣ, причемъ Gilis уже ничего не говоритъ о возрастѣ. „Но, замѣчаетъ онъ, я

не буду настаивать на этой стороне вопроса, имея в виду дать только одну общую формулу, применимую ко всем случаям, а не к исключениям“.

На основании своих исследований, произведенных на 104 мужчинах и 56 женщинах в возрасте от 13 недель до 81 года, Lockwood и Rolleston^{12a} различают следующие пять положений червеобразного отростка: 1) под нижним листком брыжейки тонких кишок с направлением к селезенке, 2) на краю малого таза или в малом тазу (чаще всего), 3) вправо от слепой и восходящей ободочной кишки (при длинной mesenterium, поднимается вверх до печени), 4) свободно над слепой и ободочной кишкой, 5) под слепой кишкой.

Приведенные краткие выноски из необычайно обширной литературы по данному вопросу указывают, насколько трудно согласовать отдельные мнения и придумать какую-либо действительно общую для всех случаев и простую схему для обозначения положения червеобразного отростка.

Работы G. Smith'a⁷⁶, изучавшего вопрос о положении слепой кишки и его придатка на 1050 дѣтских трупах, Letulle⁶², изучавшего те же органы на 1000 взрослых во время операции и на трупах, Ciechanowski и Glinski^{75a}, на 600 трупах, изучавших во всех деталях эту часть толстых кишок, только еще рѣзче подчеркивают высказанное положение.

Мы намеренно привели литературные данные, касающиеся не только дѣтского возраста, но и взрослых, чтобы показать, что даже для последних еще не найден выход из лабиринта безконечных вариантов положения этого органа.

Наши наблюдения показали нам, что положение отростка в первом году жизни зависит от положения слепой кишки, от особенностей col. asc. и от развития mesenterium.

В тех случаях, когда mesenterium хорошо развита и достаточно широка у основания отростка, последний обычно вытянут во всю длину и обладает широкой свободой в своих движениях. В тех случаях, когда mesenterium прикреплена к отростку по всей длине его и вместе с тем узка и мало развита, отросток спирально свернуть в клубок и занимает ограниченное пространство. Если mesenterium у свободного края, направляющегося к верхушке отростка, узка, то отросток складывается в два или больше отрезков или изгибается в вид кольца, занимая относительно небольшое пространство. Если mesenterium совсем отсут-

ствует, то appendix, оказывается припаянным к почке, к col. asc. или даже лежит в забрюшинном пространстве. Последнее положение наблюдается исключительно в случаях первой серии.

Между этими основными положениями отростка встречаются весьма часто и переходные и, таким образом, в этих случаях положение его будет смешанным.

Таким образом, принимая во внимание длину червеобразного отростка, формы изгибов, отношение к нему брюшины и развитие брыжейки, мы различаем две основных формы, от которых зависит и положение этого органа:

I. Формы, свернутые в клубок, или в вид зигзагообразно изогнутых мелких петель—142 раза (Рис. 37, 38, 39, 72).

II. Формы вытянутые во всю длину и слегка извилистые (148 раз).

Червеобразный отросток первой формы занимает весьма ограниченное пространство, при второй же форме, наоборот, растягивается в длину и конец отростка может оказаться в значительном отдалении от своего начала. Таблица 6-ая показывает, что caecum coli и, конечно, вместе с ней и основание отростка во всех случаях 1-ой серии оставались в пределах правой брыжеечной пазухи и правой подвздошной ямы. В случаях же второй серии caecum coli в указанной области мы нашли только 50 раз. В остальных 129 случаях второй серии основание отростка соответственно смещенной caecum coli мы нашли над входом в малый таз—23 раза, в малом тазу—32 раза, у реберной дуги и в области подгрудного угла—33 раза, между петлями тонких кишок—3 раза, слева от средней линии, в foss. il. sin. или в левой брыжеечной пазухе—18 раз, у передне-боковой стенки живота над уровнем cr. il.—15 раз и в области пупка—5 раз.

Далее, в зависимости от формы червеобразного отростка (свернутая или вытянутая во всю длину) и развития mesenterium положение червеобразного отростка мы разделили на три группы.

В первую группу вошли те случаи, в которых червеобразный отросток свернуть в клубок или сложен в несколько отрезков, лежащих один к другому. При такой форме отросток в случаях I-ой серии остается в пределах правой брыжеечной пазухи, правой подвздошной ямы, на правой круглой поясничной мышце и сравнительно редко у правой стенки таза или впереди мыса. В случаях II-ой серии отросток передвигается вместе

съ *carut coli* и можетъ оказаться въ любомъ отдѣлѣ брюшной полости: въ правой брыжжеечной пазухѣ и соотвѣтственной ямѣ, у передней стѣнки живота на уровнѣ *spin. il. ant. sup.*, на правой круглой поясничной мышцѣ, въ маломъ тазу, впереди мыса, у реберной дуги подъ переднимъ краемъ печени, между петлями тонкихъ кишекъ, въ лѣвой брыжжеечной пазухѣ и т. д.

Во вторую группу вошли случаи, въ которыхъ червеобразный отростокъ вытянутъ, свободенъ, имѣетъ хорошо развитую брыжжейку, подвиженъ и вслѣдствіе этого его слѣпая верхушка можетъ оказаться отъ *carut coli* на значительномъ отдаленіи. При этомъ, въ однихъ случаяхъ отростокъ принимаетъ по отношенію къ слѣпой кишкѣ нисходящее направленіе, въ другихъ, наоборотъ восходящее, въ третьихъ неопредѣленное. Вытянутая форма червеобразнаго отростка встрѣчается главнымъ образомъ въ случаяхъ второй серіи.

Здѣсь нужно отмѣтить, что червеобразный отростокъ, вытянутый во всю длину, иногда плотно прилежитъ къ стѣнкѣ восходящей ободочной кишки и почти припаянъ къ ней очень узкой брыжжейкой, повторяетъ въ точности ея ходъ и всѣ ея изгибы; въ такомъ видѣ отростокъ мы встрѣтили—11 разъ. (Рис. 69, 75). Еще рѣже отростокъ въ случаяхъ первой серіи лежитъ въ восходящемъ направленіи, латерально и рядомъ съ *col. asc.* и также фиксированъ къ почкѣ или къ задней стѣнкѣ живота. Въ такомъ положеніи отростокъ мы встрѣтили—7 разъ.

Въ третью группу вошли тѣ случаи, когда отростокъ весь или часть его, ближайшая къ верхушкѣ, лежитъ забрюшинно въ клетчаткѣ позади восходящей ободочной или нѣсколько латерально отъ нея. Эти случаи, всѣ безъ исключенія, пришлись на первую серію (10 разъ).

Длина червеобразнаго отростка въ нашихъ случаяхъ колебалась между 2 и 9,7 см. Средняя длина отростка 5,3 см.

Интересно то, что отростки, свободные и вытянутые, достигали наибольшей длины, тогда какъ наиболѣе короткими оказывались отростки свернутые въ клубокъ.

д. Поперечная ободочная кишка.

Обычное положеніе поперечной ободочной кишки въ первомъ году жизни вовсе не оправдываетъ такое названіе, такъ какъ въ дѣйствительности поперечное положеніе ея наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ. Объясняется это какъ особенностями величины и по

ложенія печени и желудка, оказывающихся, какъ мы уже это выяснили, вліяніе на ходъ *col. transv.*, такъ и значительной длиной самой кашки, а также отсутствіемъ въ большинствѣ случаевъ *flex. coli dext.* въ томъ видѣ, въ какомъ онъ часто встрѣчается у взрослога. Чтобы имѣть возможность составить правильное сужденіе объ особенностяхъ положенія *col. transv.*, мы старались во всѣхъ случаяхъ точно обозначить ея правую и лѣвую границы. „Каждый разъ, какъ мы изслѣдуемъ *colon transvers.*, мы должны равнымъ образомъ отмѣтить особенности и *col. ascend.* и *colon descend.*“, говоритъ E. Cohan.³³ Точное опредѣленіе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ пограничнаго участка между *col. ascend.* и *col. transv.* по нашему мнѣнію, является обязательнымъ, такъ какъ это даетъ возможность: 1) точно опредѣлить правую границу *col. transv.* въ тѣхъ случаяхъ, когда печеночный загибъ отсутствуетъ, 2) точно опредѣлить длину, ходъ и положеніе ея и 3) детально изучить особенности самого печеночнаго загиба.

Chr. Addison на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что пограничный пунктъ между *col. ascend.* и *col. transv.* соотвѣтствуетъ самой верхней точкѣ начальной части праваго конца ея и различаетъ 2 главныя формы печеночнаго загиба: 1) начало *col. transv.* принимаетъ сразу горизонтальное направленіе, 2) *col. transv.* отъ мѣста соединенія съ *col. asc.* идетъ сначала книзу, а послѣ уже принимаетъ горизонтальное направленіе. Вторая форма по Addison'у встрѣчается чаще. Вторая форма и въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчается чаще, но въ общемъ *flex. coli dext.* мало подходит къ нормамъ взрослога.

Д. Cunningham *) съ понятіемъ о „flexura“ связалъ представленіе объ опредѣленномъ сегментѣ, имѣющемъ нѣкоторую длину, причемъ къ *col. transv.* онъ отнесъ и *flex. coli dex.* и *flex. coli sin.*

Пограничный пунктъ между *col. asc.* и *col. transv.* ни одинъ изъ авторовъ, работавшихъ на дѣтскихъ трупахъ точно не обозначаетъ. Legueu и Lemaire, напр., не во всѣхъ случаяхъ находятъ возможнымъ говорить о *flexura coli dext.*, такъ какъ иногда *col. asc.* имѣетъ косое направленіе, печеночной загибъ отсутствуетъ и нѣтъ возможности разграничить *col. asc.* отъ *col. transv.* Часть кишки, соотвѣтствующая загибу или фиксирована совершенно, или имѣетъ крайне узкую брыжжейку, которая постепенно удлиняется по мѣрѣ перехода *col. asc.* въ *col. transv.* Желудокъ, вклиняясь въ промежутокъ между печенью и *colon* оттѣняетъ послѣднюю книзу и, расправляя различ-

*) Цит. по Б. Г. Пржевальскому.

ные ее изгибы, уменьшает длину восходящей ободочной, удлиняя тѣмъ самымъ col. transv. Такимъ образомъ, влияние желудка можетъ въ концѣ концовъ выразиться въ появленіи печеночнаго загиба, который и расположится между правой долей печени и привратникомъ. Этотъ изгибъ направляется изъ глубины къ поверхности и справа налѣво и у привратника поворачиваетъ влѣво.

Таблица 8.

Варианты начала flex. coli dextra.

С Е Р І И.	1	2	3	4	5	6	7	Итого.
	На серединѣ нисходящей части duoden.	На серединѣ правой почки, подъ нижнимъ краемъ печени.	На flex., duod. infer., на уровнѣ 4-го пояснич. позвонка.	На задней стѣнкѣ живота, латерально отъ почки.	На нижнемъ концѣ почки.	На уровнѣ crista il.	Col. asc и col. transv. на общей брыжжейкѣ.	
I	107	6	5	3	—	—	—	121
II	113	17	2	16	11	12	8	179
Итого . .	220	23	7	19	11	12	8	300

По мнѣнію E. Cohan'a положеніе праваго изгиба ободочной кишки отличается непостоянствомъ и въ однихъ случаяхъ онъ можетъ находиться въ foss. il. dext., въ другихъ—надъ подвздошнымъ гребнемъ, въ третьихъ—въ поясничномъ углубленіи, но чаще изгибъ лежитъ въ правомъ подреберьи, прилегая къ нижней поверхности правой доли печени, у дна желчнаго пузыря.

Fromont¹¹, подъ именемъ flexura coli dextra довольно неопредѣленно обозначаетъ „изгибъ, который совершаетъ ободочная кишка при переходѣ въ поперечную часть“.

Мы въ своихъ изслѣдованіяхъ границей между col. asc. и col. transvers. принимали каждый разъ тотъ пунктъ (гдѣ бы онъ не находился), гдѣ адоральный конецъ colon ascend. fixum приобрѣтаетъ вновь брыжжейку, считая послѣднюю за mesocol. transvers.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ этотъ пунктъ находился на правомъ краѣ нисходящей части 12-типерстной кишки (220 разъ). Въ остальныхъ 80-ти случаяхъ этотъ пунктъ занималъ слѣдующее положеніе: на серединѣ передней поверхности почки (23 раза), на правой поясничной мышцѣ, на уровнѣ 4 поясничнаго позвонка и flex. duodeni infer. (7 разъ), на задней стѣнкѣ живота, латерально отъ наружнаго края почки (19 разъ), на нижнемъ концѣ почки (11 разъ), въ промежуткѣ между нижнимъ концомъ почки и подвздошнымъ гребнемъ (12 разъ) и, наконецъ въ 8 случаяхъ col. asc. и col. transv. имѣли нераздѣленную брыжжейку и, такимъ образомъ, граница между указанными частями толстыхъ кишекъ не могла быть установлена.

Какъ показываетъ таблица № 8, чаще всего начало печеночнаго загиба располагается на 12-типерстной кишкѣ. Отсюда colon направляется вправо, впередъ и вверхъ и у передняго края печени, подъ дномъ желчнаго пузыря (или нѣсколько вправо или влѣво отъ него) переходитъ въ среднюю, поверхностную часть col. transvers. (Рис. 5, 43, 48, 57, 71, 77, 78, 91). Описанное положеніе праваго конца col. transv. встрѣчается чаще всего и представляетъ наиболѣе типичную форму flex. coli dex. Отступленіе отъ такого положенія печеночнаго загиба происходитъ чаще всего въ связи со смѣщеніемъ пограничнаго пункта между col. asc. и col. transv.

Къ числу интересныхъ вариантовъ flex. coli dex. относятся тѣ случаи, когда col. transv. отъ 12-типерстной тянется влѣво, не мѣняя направленія предыдущей части coli, сохраняетъ вмѣстѣ съ ней косою ходъ до самаго селезеночнаго загиба—col. obliquum (Рис. 38).

Въ другихъ случаяхъ (при длинной col. transvers.) печеночный загибъ принимаетъ иное положеніе: а именно, отъ 12-типерстной кишки colon идетъ подъ печенью не вверхъ и впередъ, а внизъ и вправо, и такимъ образомъ вершина печеночнаго загиба смѣщается книзу (Рис. 6, 7, 9, 49, 63, 80, 86, и др.) Часто можно наблюдать, что аборальный конецъ печеночнаго загиба отъ дна желчнаго пузыря сначала спускается вертикально внизъ до различнаго уровня и только затѣмъ вновь загибается влѣво и кверху, постепенно переходя въ лѣвое подреберье (Рис. 110). Болѣе сложные варианты печеночнаго загиба, необычайно разнообразны по формѣ, частью представлены на контурныхъ рисункахъ 46, 52, 53, 93, 98 и др. Формы печеночнаго загиба въ однихъ случаяхъ очень усложненные, петлистыя, въ другихъ—наоборотъ, упрощенныя, зависятъ отъ различной длины col. transv., отъ разнообразнаго положенія начала flex. coli

dext., отъ величины и позиціи печени, отъ степени дилатаціи желудка и отъ связочнаго аппарата (Рис. 4, 8, 12, 17, 19, 20, 42, 44, 45, 56, 59, 73, 82, 83, 89, 98). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, хотя и очень рѣдкихъ, печеночный загибъ совершенно отсутствуетъ и разграниченіе col. asc. и col. transv. не представляется возможнымъ (Рис. 104).

Въ виду описанныхъ особенностей flex. coli dextr. раздѣленіе col. transv. на отдѣльныя части въ дѣтскомъ возрастѣ представляетъ во многихъ отношеніяхъ большія трудности. Однако, средняя или поверхностная часть ея въ большинствѣ случаевъ выражена довольно ясно, выдвинута впередъ, къ передней брюшной стѣнкѣ, или на всемъ протяженіи или, по крайней мѣрѣ, въ части, лежащей слѣва отъ средней линіи (ansa gastro-colica Fromont'a). Чаще всего эта часть изогнута въ видѣ дуги, обращенной выпуклой стороною вверхъ (если передній край печени и желудокъ не выходятъ изъ подъ реберной дуги), (Рис. 48, 50, 68, и др.), или образуетъ уголь, обращенный верхушкой вверхъ, къ мечевидному отростку (Рис. 80). Это положеніе Сohan'омъ указано, какъ часто встрѣчающееся у взрослыхъ и названо „colon transv. à convex. sup.“.

Нельзя пройти мимо одного факта, который при описанномъ положеніи col. transv. наблюдается постоянно и по поводу котораго ни у одного изслѣдователя мы не встрѣтили никакихъ указаній. Касается это связки lig. teres hepatis, которая въ первомъ году жизни влѣдетвіе низкаго положенія пупка рѣзко разсѣкаетъ железистый отдѣлъ брюшной полости на двѣ части. Lig. teres hep., залегающая въ свободномъ ея краѣ, прорѣзаетъ верхнюю полуокружность col. transv., прогибая ея стѣнку почти на половину просвѣта кишки и оставляетъ на ней рѣзко выраженное вдавленіе, а во многихъ случаяхъ способствуетъ образованію особой кишечной петли, обхватывающей lig. suspens. hep. съ обѣихъ сторонъ (Рис. 39, 69, 71, 72).

Далѣе, средняя часть поперечной кишки бываетъ изогнута въ видѣ дуги, обращенной выпуклой стороною книзу (Рис. 103) или образуетъ уголь, съ вершинной обращенной къ пупку (если печень не выходитъ изъ подъ ребернаго края, а желудокъ болѣе или менѣе расширенъ (Рис. 75, 107). Эта форма очень характерна и встрѣчается также часто какъ и первая. При этомъ лѣвая часть поперечной ободочной кишки или ansa gastro-colica Fromont'a представляетъ небольшой и единственный отдѣлъ всей кишки, лежащей поверхностно, точно повторяющій изогнутость большой кривизны желудка.

Въ рѣдкихъ случаяхъ средняя часть col. transv. имѣетъ поперечное положеніе (Рис. 73). Поперечное же положеніе всей средней части поперечной кишки представляетъ исключительное явленіе (Рис. 69).

Довольно часто col. transv. лежитъ въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота въ косомъ, восходящемъ справа налѣво направленіи, причемъ, нерѣдко она вмѣстѣ съ восходящей ободочной, также лежащей косо, образуетъ весьма характерную эмбриональную форму colon obliquum (печень велика, желудокъ сокращенъ и скрытъ за реберной дугой). Особенно рѣзко эта форма бываетъ выражена въ случаяхъ первой серіи, т. е. когда вся восходящая ободочная фиксирована (Рис. 38). При такой формѣ часто вся ободочная кишка до селезенки имѣетъ косое направленіе, лежитъ въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота; печеночный загибъ не выраженъ. Косой ходъ въ общемъ часто сохраняется и въ томъ случаѣ, когда col. asc. и col. transvers. образуютъ рядъ изгибовъ въ видѣ болѣе или менѣе крупныхъ вертикально стоящихъ петель (Рис. 38, 51, 85, 94, 102, 105, 112).

Заслуживаетъ вниманія еще одно положеніе col. transv., которое, хотя встрѣчается и не очень часто, но за то все случаи паразитально похожи одинъ на другой. Col. transv. отъ аборального конца col. asc. fixum (на 12-типерстной кишкѣ) располагается большей своей частью слѣва отъ средней линіи, имѣетъ форму большой дугообразной петли, выпуклой верхушкой обращенной впередъ вверхъ и вправо. Верхушка петли плотно упирается въ натянутую lig. suspens. и прогибаетъ ее вправо. Печеночный загибъ совершенно отсутствуетъ; подъ правой долей печени лежатъ петли тонкихъ кишекъ, петля flex. sigmoid., или отвернутая кверху caecum; петля col. transv. лежитъ главнымъ образомъ въ лѣвомъ подреберьи, совершенно прикрывая желудокъ и селезенку. Въ такомъ положеніи col. transv. мы встрѣтили 16 разъ (Рис. 73, 74, 79, 111).

M-образныя, V-образныя, крупно-петлистые формы col. transv. зависящія отъ неравномѣрнаго развитія mesocolon, встрѣчаются рѣдко (Рис. 62, 70, 86).

„Селезеночный уголь ободочной кишки,—говоритъ Lemaire, есть болѣе фиксированный, постоянный и мало варирующій по положенію отдѣлъ ободочной кишки; онъ расположенъ ниже, чѣмъ у взрослыхъ“. Низкое положеніе селезеночнаго загиба онъ объясняетъ значительной величиной печени, лѣвая доля которой оттягиваетъ книзу желудокъ и селезенку и измѣняетъ общее направленіе толстой кишки. По Lemaire'у, селезеночный загибъ представляетъ

очень острый уголъ, открытый впередъ и книзу. Иногда два колѣна, его составляющія, тѣсно сближены, и одно обращено кнутри, къ желудку, а другое кнаружи и кзади, къ задней стѣнкѣ живота.

Наши изслѣдованія flex. coli sin. показали, что граница между col. transv. и col. desc., дѣйствительно, располагается ниже, чѣмъ у взрослага.

Flex. coli sin. также, какъ и flex. coli dex., слѣдуетъ разсматривать, какъ опредѣленный сегментъ ободочной кишки, имѣющій опредѣленную форму и протяженіе. Правда, въ тѣхъ случаяхъ, когда поперечная кишка имѣетъ форму дуги, обращенной выпуклостью вверхъ, flex. coli sin. не отграничивается отъ нея болѣе или менѣе замѣтно, а спускается внизъ и вглубь вдоль реберной дуги, прилегая спереди къ селезенкѣ и въ большинствѣ случаевъ прикрывая ее совершенно. Единственный при этомъ, всегда тупой, открытый впередъ, медиально и внизъ уголъ образуется при переходѣ col. transv. въ col. desc. Вершина этого угла, обычно указывающая на границу между ними, располагается на уровнѣ 10-го и 11-го реберъ и плотно прикрѣплена къ діафрагмѣ посредствомъ lig. phrenico col. sin.—147 разъ (Рис. 37, 38, 39, 43, 44 и др.). При нѣскольکو увеличенной и низко стоящей селезенкѣ, лѣвый загибъ coli обхватываетъ снизу селезенку, уходитъ вглубь и вверхъ, переходя въ col. desc. подь острымъ, открытымъ книзу угломъ—83 раза (Рис. 57). Во веѣхъ вышеописанныхъ случаяхъ flex. coli sin. не имѣетъ ясно выраженной адоральной границы.

Flex. coli sin. нерѣдко встрѣчается въ видѣ вполне обособленной части col. transv. Въ этихъ случаяхъ онъ представляетъ рѣзко выраженный сегментъ, расположенный между двумя острыми углами. Вершина перваго, адорального угла обращена вверхъ и располагается между желудкомъ и селезенкой; вершина второго, нижняго или аборального угла образована концомъ col. transv. и началомъ col. desc. и помѣщается между діафрагматической поверхностью селезенки и самой діафрагмой. Часть кишки, заключенная между этими двумя углами, дугообразно изогнута впередъ и медиально и образуетъ, какъ бы нишу, въ которую вложена селезенка своимъ нижнимъ концомъ и частью передняго своего края—35 разъ (Рис. 7, 12, 22, 77, 82, 85, 110 и др.).

Иногда въ лѣвомъ подреберьи col. transv. образуетъ высокую петлю съ верхушкой, скрытой за реберной дугой между желудкомъ и желудочной поверхностью селезенки. Аборальный конецъ этой петли переходить въ col. desc. или почти безъ изгиба, или подь

незамѣтнымъ угломъ—23 раза. Такая форма чаще всего встрѣчается при косомъ положеніи поперечной кишки, особенно, если она имѣетъ петлистый ходъ.

Такимъ образомъ, описанныя формы лѣваго загиба ободочной кишки даютъ полную возможность выдѣлить flex. coli sin., какъ отдѣльный сегментъ, имѣющій не только опредѣленную длину, но нерѣдко и рѣзко выраженные границы.

Что касается общаго хода поперечной кишки, то, по мнѣнію Lemaire'a, у дѣтей вполне поперечное положеніе ея встрѣчается рѣдко; онъ считаетъ, что положеніе этой кишки не зависитъ отъ желудка, а связано съ фиксаціей лѣваго угла ея, къ которому оттягиваются вся правая и поперечная части толстой кишки. Направленіе правой части поперечной кишки неправильно и рѣзко варьируетъ; длина ея зависитъ отъ положенія печеночнаго загиба; она образуетъ множество изгибовъ вдоль нижняго косога края печени, постепенно выдвигаясь изъ глубины впередъ; при этомъ, эта часть скрыта за петлями тонкихъ кишекъ и только отъ того мѣста, гдѣ она приходитъ въ соприкосновеніе съ привратникомъ, она направляется влѣво. Лѣвая часть отличается постоянствомъ.

Въ общемъ, поперечная кишка лежитъ поперѣкъ брюшной полости, проходитъ чрезъ пупокъ наискось, между реберными дугами. У дѣтей лѣвый загибъ col. transv. (въ отличіе отъ взрослага) болѣе опущенъ книзу. Lemaire'у часто удавалось наблюдать поперечную кишку на уровнѣ пупка. Эти случаи совпадали съ дилатаціей желудка и почти съ горизонтальнымъ его положеніемъ. Въ такихъ случаяхъ первая часть поперечной кишки очень коротка или совсѣмъ отсутствуетъ, вторая, наоборотъ, очень длинна, разрѣзаетъ брюшную полость на 2 части, изгибаясь въ видѣ дуги, открытой вверхъ.

Мы уже говорили, что дѣленіе col. transv. на отдѣльныя части предложенное различными авторами, изучившими эту кишку на взрослыхъ, далеко не всегда примѣнимо въ разсматриваемомъ возрастѣ. Fromont, Glenard, Mauclaire и Mouchet различаютъ въ col. transv. двѣ части, при чемъ границей между ними является вертикальная линия, проходящая черезъ привратникъ. Первая часть называется l'anse sous pylori-costale (Glenard) или l'anse transverse vrai (Fromont), или l'anse sinueuse (Mauclaire). Изъ этихъ названій наиболѣе удачнымъ для дѣтскаго возраста нужно считать послѣднее, такъ какъ эта часть col. transv. вмѣстѣ съ сегментомъ flex. coli dex., дѣйствительно, весьма часто образуетъ довольно сложные, иногда весьма

запутанные петли. При длинной *col. transv.* наличие этих извилин и петель есть обычное и обязательное явление.

Вторая или левая часть названа Fromont'ом *l'anse gastrico-colique*, встречается сравнительно чаще в том виде, как она представлена на рисунках цитируемого автора. Однако, деление *col. transv.* на эти две части не исчерпывает многочисленных изгибов, свойственных этой кишке. Сопан в результате своих исследований приходит к выводу, что „*col. transv.* есть самая подвижная часть ободочной кишки, что ее положение находится в прямой зависимости от длины ее самой и ее брыжжейки и что невозможно изобразить эту кишку в виде какой либо простой схемы“.

Maclaure и Mouchet²⁸ определяют общее положение поперечной кишки следующим образом: „*colon transv.* тянется от нижнего конца правой почки к верхнему концу левой; от нижней поверхности правой доли печени и дна желчного пузыря к внутренней поверхности селезенки и к нижнему ее концу; от уровня 11-го или 10-го ребра справа, по сосковой линии, до 9-го ребра слева, по подкрыльцовой“. По мнению этих авторов, *col. transv.* представляет крайние вариации и положения и направления. Имья два конца больше или меньше фиксированными, *col. transv.* между указанными концами никогда не бывает поперечной, как это должно быть, судя по названию. Средняя часть *col. transv.* не всегда может быть ограничена от печеночного загиба, в учебниках почти нигде эта граница не указывается и в исследованиях различных авторов никаких указаний в этом направлении не имеется.

На основании наших наблюдений мы пришли к заключению, что правая часть поперечной ободочной кишки, действительно, отличается большим разнообразием своего положения и хода, чем левая. Число изгибов и петель, а также и формы их зависят от положения печени, от места начала *flex. coli dext.* и от длины самой кишки. Вместе с тем правая часть поперечной ободочной кишки в рассматриваемом возрасте больше подвижна, что зависит от того, что в этом периоде жизни развитие, формовка и фиксация печеночного загиба еще не закончены.

Этот факт представляет, таким образом, явление обратное тому, что наблюдается у взрослых согласно указаниям Maclaure'a и Mouchet'a. По их мнению, „эта часть поперечной кишки постоянно извита, меньше подвижна и меньше подвержена перемещениям“.

Однако в известных, уже отмеченных нами, случаях *lig. teres hep.* и *lig. suspensorium hep.* несомненно, должны оказывать

известное фиксирующее влияние на правую часть поперечной кишки. Далее, *flex. coli dextra* часто скрыта за петлями тонких кишек или столь же часто за петлей S-образной кривизны; такое положение встречается только тогда, когда правая часть *col. transv.* сокращена, лежит в глубине под печенью больше или меньше в косом направлении. В противном же случае (что гораздо чаще) петли *flex. coli dext.* лежат довольно поверхностно над клубком петель тонких кишек. Левый загиб варьирует в меньшей степени и часто скрыт за петлями тонких кишек. Таким образом, все больше или меньше существенные особенности поперечной ободочной кишки находятся в прямой зависимости от той или иной формы и положения печеночного загиба.

В первом году жизни никогда не наблюдается опущение средней части поперечной кишки ниже уровня пупка.

В. Аборальная половина ободочной кишки. е. *Colon descendens.*

Переходя к рассмотрению положения аборальной половины толстых кишек, мы должны указать, что в этот отдел толстых кишек нами включены *col. desc.* и *flex. sigmoidea*. Прямая кишка нами в настоящей работе опущена.

Нижней границей *col. desc.* мы считаем уровень *cr. il.* Положение и ход *col. desc.* в большинстве случаев отличается значительной простотой, хотя она весьма часто бывает не строго вертикально нисходящей и прямой и столь же часто не на всем протяжении сращена с задней стенкой живота.

В одних случаях *col. desc.* имеет форму дуги, выпуклостью обращенной наружу; она лежит на задней стенке живота, огибая латеральный край почки. Такое положение наблюдается чаще всего — 122 раза (Рис. 41, 64, 110). В других — *col. desc.* имеет косое направление, но как и в предыдущем случае лежит на задней стенке живота, латерально от почки — 87 раз (Рис. 55, 56, 59, 66, 77, 78, 84, 85, 90, 102). Но довольно часто наблюдаются такие случаи, когда конец *col. desc.* ложится на почку, покрывает ее, заканчиваясь у латерального края левой *musc. ps. maj. sin.* — 34 раза. (Рис. 53, 57, 61, 64). Далее, нисходящая ободочная представляет извилистую трубку, состоящую или из двух отрезков лежащих под углом, вершина которого прикрывает почку (*hilus renals*), или она состоит из многих отрезков, образующих ломанную,

зигзагообразную трубку или изъ мелкихъ петель, лежащихъ одна на другой съ вершинами, обращенными впередъ.

Петли располагаются или на самой почкѣ или латерально отъ нея, на задней стѣнкѣ живота; число петель и зигзагъ, формы и величина ихъ разнообразны. Иногда петля имѣется, или только у верхняго конца, или на серединѣ протяженія, или у нижняго конца ея; верхушки петель обращены то въ медіальную сторону, то въ латеральную, то впередъ—49 разъ (Рис. 79, 100).

Особенностью нисходящей ободочной кишки въ указанномъ возрастѣ является весьма частое отсутствіе слипанія съ задней стѣнкой живота, вслѣдствіе чего эта часть ободочной кишки оказывается покрытой брюшиной со всѣхъ сторонъ и снабжена брыжжейкой или на всемъ протяженіи—33 раза (Рис. 40, 50, 63, 107). или въ нижней половинѣ—55 разъ (Рис. 67, 68, 88, 91), или, что встрѣчается весьма рѣдко, только въ средней части—1 разъ, или въ верхней половинѣ—2 раза (Рис. 48).

Мы были вынуждены выдѣлить въ особую группу тѣ случаи, въ которыхъ col. desc. и col. iliac., а иногда еще и col. relv. покрыты брюшиной со всѣхъ сторонъ и имѣютъ одну общую для всѣхъ трехъ частей брыжжейку, линія прикрѣпленія корня которой представляетъ одну прямую, или слегка извилистую линію отъ flex. coli sup. до крестца. Въ такихъ случаяхъ кишечная трубка образуетъ различной величины и формы петли и можетъ занять разнообразное положеніе. Раздѣленіе ея на отдѣльныя части не всегда представляется возможнымъ—8 сл. (Рис. 68, 89, 92, 97, 104).

Такимъ образомъ въ подавляющемъ большинствѣ (201 разъ 67%) случаевъ въ первомъ году жизни col. desc. оказывается фиксированной на всемъ протяженіи и только въ 33% всѣхъ случаевъ она еще сохраняетъ брыжжейку по всей длинѣ или еще чаще на нѣкоторой части своего протяженія.

Описаніе положенія col. desc. въ дѣтскомъ возрастѣ мы встрѣтили у Lemaître'a. По его мнѣнію, направленіе col. desc. или строго вертикально, или слегка изогнуто; или она огибаетъ наружный край почки, или же она имѣетъ косое направленіе внизъ и медіально и тогда она прикрываетъ край почки. Такое положеніе Lemaître считаетъ постояннымъ: „Вариация, говоритъ онъ, рѣдки и тѣ, которыя удавалось наблюдать (col. desc. приближена къ средней линіи и многократно изгибается), представляютъ временное состояніе ея, сохранившееся отъ внутриутробнаго періода жизни и послѣ рожденія“. Lemaître наблюдалъ только 2 раза короткую брыжжейку нисходящей

Таблица 9.

Варианты положенія col. descendens.

С Е Р И И	1				2		3			4			5		И Т О Г И
	Огибаетъ латеральный край почки.				Лежитъ латерально отъ почки, въ вертикальномъ направленіи.		Лежитъ въ косомъ направленіи.			Извилиста.			Не дифференцирована.		
	Фиксирована вся.	Вся на брыж-жейкѣ.	Фикс. въ верх. половинѣ.	Фикс. въ средней части.	Фиксирована вся.	Вся на брыж-жейкѣ.	Фикс. въ верхней половинѣ.	Вся на брыж-жейкѣ.	Фикс. въ верхней половинѣ.	Фикс. въ нижней половинѣ.	Фиксирована вся.	Вся на брыж-жейкѣ.	Фикс. въ нижней половинѣ.	Col. desc. и col. iliac.	Col. desc., col. iliac. и col. relvic.
I	39	2	10	1	23	5	9	9	1	3	4	6	7	—	2
II	63	2	5	—	33	5	12	18	1	—	2	11	9	1	5
Итого	102	4	15	1	56	10	21	27	2	3	2	16	16	1	7
			122			87			34			49		8	300

ободочной и поэтому, по его мнѣнію, эта кишка постоянно сращена со стѣнкой живота или почкой.

ж. Flexura sigmoidea.

Необычайное разнообразіе положенія flexura sigmoidea изучалось весьма многими изслѣдователями и отмѣчено какъ въ спеціальныхъ работахъ, такъ и въ учебникахъ: Luschka, Treves, Huschke, Блюменфельдъ, Mercel Schiefferdecker, Samson и многіе др., о которыхъ мы отчасти говорили уже въ общей части, и къ результатамъ изслѣдованій которыхъ мы должны возвратиться сейчасъ. Изслѣдованія, большинства изъ нихъ касаются главнымъ образомъ взрослыхъ. У послѣднихъ по мнѣнію Блюменфельда въ положеніи flex. sigmoid. наблюдается необычайное разнообразіе, непостоянство и „калейдоскопическая измѣнчивость“. Такое опредѣленіе особенно примѣнимо къ тому возрасту, къ которому относится настоящая работа.

Подъ именемъ flexura sigmoidea или S—Romanum подразумѣвается часть ободочной кишки, заключенная между col. desc. и rectum. Однако, границы этой кишки у авторовъ обозначаются различно и въ то время, какъ адоральный конецъ по однимъ начинается отъ сг. il., по другимъ онъ начинается отъ внутренняго края m. ps. maj. sin.

Отъ такого отношенія разумѣется, нѣсколько мѣняются результаты изслѣдованія какъ формы flex. sigmoid., такъ и положенія ея. Данныя же о flex. sigmoid. дѣтскаго возраста весьма ограничены и, вслѣдствіе не строгаго соблюденія опредѣленія границъ, нѣсколько противорѣчивы и не точны.

Hugier находитъ, что S образная кривизна въ концѣ утробной жизни, а также у новорожденныхъ, вслѣдствіе переполненія mesonium, сильно удлиняется и увеличивается въ объемѣ, вслѣдствіе чего она изъ foss. il. sin. направляется въ foss. il. dextr., гдѣ въ этомъ возрастѣ и можно ее всегда найти.

Jacobi, соглашаясь съ мнѣніемъ Hugier, прибавляетъ, что flex. sigmoid. находится въ стѣсненномъ положеніи вслѣдствіе небольшихъ размѣровъ таза и большой печени. Поэтому, она образуетъ большое число изгибовъ и лежитъ или по средней линіи тѣла или вправо отъ нея, чѣмъ и объясняются привычныя запоры въ дѣтскомъ возрастѣ. Hugier и Jacobi цитированы по Дебеле.

Миллеръ указываетъ, что конечная часть flex. sigmoid. у новорожденныхъ располагается въ правой сторонѣ и что такое положеніе у дѣтей преобладаетъ до 3-хъ лѣтъ.

Но уже Bourcart (цит. по Дебеле)—на 150 труповъ новорожденныхъ—нашелъ S—Romanum 112 разъ въ восходящемъ положеніи на лѣвой сторонѣ, 32 раза—лежащей поперекъ и 6 разъ—въ мольмъ тазу.

Samson изслѣдовалъ 23 трупа (возрастъ 1—6 мѣс.). Поднятая кверху flex. sigmoid. достигала половины разстоянія между пупкомъ и печенью. При умѣренномъ наполненіи и отсутствіи окоченѣнія она достигала правой паховой области, переходя поперекъ слѣва направо, на уровнѣ promontorium, къ слѣпой кишкѣ. Въ 3-хъ случаяхъ S-образная кривизна, прежде чѣмъ перейти направо, спускалась въ малый тазъ. Въ двухъ случаяхъ она, при умѣренномъ наполненіи, поднималась вверхъ до пупка, а отсюда, спустившись книзу до таза, снова загибалась вправо и доходила до правой паховой области. Въ тазу flex. sigmoid. встрѣчалась только въ случаѣ рѣзкаго сокращенія ея.

Perignon (цит. по Дебеле) считаетъ, что для новорожденныхъ, положеніе flex. sigmoid. надъ входомъ въ малый тазъ съ образованіемъ небольшой дуги является типичнымъ.

Описаніе, данное сигмовидной кишкѣ Treves'омъ, представляетъ большой интересъ, въ виду чего здѣсь оно приводится дословно. „Часть кишечника, называемая flex. sigmoidea и первая часть прямой кишки образуютъ вмѣстѣ простую одиночную петлю, которую нельзя раздѣлить на части. Эта петля начинается тамъ, гдѣ оканчивается col. desc. и оканчивается тамъ гдѣ, начинается вторая часть прямой кишки т. е. въ сущности, тамъ, гдѣ исчезаетъ mesorectum, напротивъ третьяго позвонка крестца. Эта петля, если она развита, описываетъ фигуру, которая можетъ быть сравнена съ буквой Ω. Если когда нибудь новые термины будутъ введены то можно будетъ назвать всю часть кишечника между концомъ col. descend. и mesorectum, „омега петлей“ и примѣнить терминъ „Rectum“ къ короткой и, дѣйствительно прямой части, которая въ настоящее время описывается, какъ вторая и третья части прямой кишки“...

У четырехдѣльныхъ дѣтей Treves находилъ всю flex. sigmoid. въ полости малаго таза. Flexura, по его мнѣнію, оставляетъ тазъ въ тѣхъ случаяхъ, когда матка или мочевоу пузырь растянуты, или, если полость малаго таза занята увеличенной слѣпой кишкой, или наконецъ, если рѣзко растянута сама петля flex. sigmoid. По отношенію къ послѣднему обстоятельству, Treves отмѣчаетъ, что какъ только растяженіе „омега flexurae“ увеличивается, петля сперва поднимается изъ таза и занимаетъ своей верхушкой reg. iliac. dextr. Затѣмъ она поднимается въ пупочную область и, при крайнемъ

растяжени, может достигнуть нижней поверхности правой доли печени. Таким образом, она может принять очертание и положение эмбриональной flex. sigm.

Въ третьей главѣ настоящей работы мы уже указывали на результаты изслѣдованій Соколова о положеніи S—Romanum на 200 дѣтскихъ трупахъ до года: отклоненна направо (55%), налѣво (24%), по срединѣ брюшной полости (18%), и одна петля на правой сторонѣ, другая—на лѣвой (3%).

Дебеле на основаніи своихъ изслѣдованій въ возрастѣ до года раздѣлил положеніе flex. sigm. на 4 группы и далъ слѣдующую таблицу: I. Flex. sigm. изъ лѣвой подвздошной ямы спускается въ полость малаго таза—9 разъ (12,5%), II. Flex. sigm. образуетъ петлю въ лѣвой сторонѣ полости живота—10 разъ (13,9%), III. Петля flex. sigm. лежитъ по средней линіи тѣла—21 разъ (29,2%), IV. Flex. sigm. образуетъ петлю, достигающую fossa iliaca dex.—32 раза (44%); такая flex. sigm. по Дебеле обычно имѣетъ наибольшую длину.

По изслѣдованіямъ Jonnesco въ развитіи flex. sigm. наблюдаются три стадіи: въ первой стадіи flex. sigm. въ видѣ двойной петли лежитъ въ fossa iliaca sin. Во второй стадіи, къ концу 4-го мѣс. утробной жизни, одна петля остается въ foss. il. sin., а другая или устанавливается надъ входомъ въ малый тазъ, или поднимается вверхъ въ брюшную полость. Въ третьей стадіи петля, занимавшая foss. il. sin. фиксируется, а будущая col. pelvicum рѣзко увеличивается, переходитъ надъ тазомъ вправо, въ foss. il. dext. и отсюда спускается въ малый тазъ; у новорожденныхъ только небольшая часть ея лежитъ въ маломъ тазу. На этомъ основаніи Jonnesco дѣлитъ flexura sigmoidea на двѣ части: colon. iliacum и col. pelvicum.

Съ дѣленіемъ, предложеннымъ Jonnesco, оказался солидарнымъ М. Cavalé⁴¹. Онъ утверждаетъ что colon iliacum и col. pelvicum различаются по калибру, и отношеніе перваго ко второму равно $\frac{2}{3}$ и что граница между ними ясно видна по ходу vasa iliaca.

Мы, на основаніи своихъ наблюденій, пришли къ заключенію, что такое дѣленіе представляетъ огромныя удобства для описанія и имѣетъ цѣлый рядъ весьма существенныхъ основаній: 1. Colon iliacum въ огромномъ большинствѣ случаевъ существуетъ и занимаетъ лѣвую подвздошную яму, 2) Colon iliacum есть малоподвижная часть flex. sigm. 3) Colon. iliac. нѣрѣдко совершенно лишена брыжейки и фиксирована въ лѣвой подвздошной ямѣ, 4) Colon. iliac. иногда совершенно отсутствуетъ, лѣвая подвздошная яма свободна отъ

толстой кишки и flex. sigmoidea представлена лишь одной colon pelvicum. 5) Наконецъ, весьма часто между colon iliac. и colon pelvicum на первомъ году жизни совершенно ясно обозначена пограничная линія, образованная давленіемъ на кишку брюшинной складки—plicae vesico-umbilical. later. которая въ большинствѣ случаевъ прекрасно выражена, и часто образуетъ какъ-бы медиальную приподнятую, тонкую, но напряженную стѣнку для лѣвой подвздошной ямы, состоящую изъ дубликатуры брюшины, въ свободномъ краѣ которой проходитъ еще не вполне облитерированная art. umbilic. Важно еще отмѣтить и то, что значительная смѣщаемость flex. sigmoid., указанная многими изслѣдователями, относится только ко второй ея части, именно къ colon pelvicum, тогда какъ colon iliacum. варьируетъ больше въ формахъ, а не въ положеніи. Colon. pelvicum нѣрѣдко вся помѣщается въ маломъ тазу, несмотря на небольшіе размѣры и малую вмѣстимость, которая еще больше уменьшается отъ наличности органовъ мочеполовой системы и прямой кишки.

Colon iliacum.

Colon iliacum обычно помѣщается въ foss. il. sin. Ея границы: отъ cr. il. до внутренняго края musc. ps. maj. sin. Формы ея разнообразны: дугообразныя, въ видѣ одного или двухъ полуколець, ломанныя, зигзагообразныя и прямыя, косо переходящія черезъ foss. iliac.

1. Первая, дугообразная форма, въ видѣ полукольца, встрѣчается наиболѣе часто (132 раза). Colon iliac. при этомъ отъ нижняго конца col. desc. направляется кнаружи и обходитъ вдоль наружной и передней периферіи подвздошную яму до внутренняго края musc. psoas maj. Въ тѣхъ случаяхъ, когда кишка сильно вздута, она прилегаетъ къ боковой стѣнкѣ живота надъ уровнемъ подвздошнаго гребня и къ передней стѣнкѣ живота надъ Пупартовой связкой, отгѣняя петли тонкихъ кишекъ кнутри и кверху (Рис. 56, 57). При умѣренномъ вздутіи она занимаетъ средніе отдѣлы foss. il. (Рис. 85, 112). Изрѣдка col. iliac. состоитъ или изъ двухъ полуколець, изогнутыхъ въ одну сторону и образующихъ цифру 3, или изъ колець, изогнутыхъ въ противоположныя стороны въ видѣ буквы S, или, наконецъ, она образуетъ рядъ мелкихъ дугообразно изогнутыхъ петель. При дугообразной формѣ, граница между col. desc. и col. iliac. всегда ясно выражена. Въ тѣхъ случаяхъ, когда col. iliac. вздута и занимаетъ всю яму, она вмѣстѣ съ тѣмъ имѣетъ брыжейку.

Наоборотъ, чѣмъ рѣзче сокращена, col. iliac., тѣмъ короче дуга, которую она образуетъ, тѣмъ меньше она занимаетъ мѣста въ подвздошной ямѣ, тѣмъ короче ея брыжжейка и тѣмъ менѣе она подвижна.

Таблица 10.

Варианты положенія colon iliacum.

С Е Р И И.	1		2	3		4			5			И Т О Г И.
	Дугообраз. формы.		Прямо- ли. форма.	Foss. iliac. свободна.		Ломанныя формы.			Не дифферен- цирован.			
	Въ видѣ кольца или полу- кольца, выпукл. кнаружи и впередь.	Въ видѣ буквы S или цифры 3.		Выпукл. обращена въ медіал. сторону.	Горизонталь, на уровнѣ ст. il.	Медіаль.	Латераль.	Сложена въ два от- рѣзка подь угломъ открыт.	Въ видѣ буквы Z или мелкихъ петель.	Col. desc. и col. il.	Col. il. и col. pelv.	
I	45	3	30	4	18	4	2	2	—	11	2	121
II	73	11	34	3	22	12	5	4	1	9	5	179
Итого	118	14	64	7	40	16	7	6	1	20	7	300
	132		64	47		29			28			300

2. Прямолинейная форма col. iliac. встрѣчается рѣже, чѣмъ дугообразная. При этомъ col. iliac. представляетъ или почти прямое продолженіе col. desc., или отходитъ отъ послѣдней подь едва выраженнымъ угломъ. Col. iliac. пересѣкаетъ foss. iliac., коротка, въ большинствѣ случаевъ сокращена; брыжжейка мало развита. Изъ 64 случаевъ 29 разъ col. il. совсѣмъ не имѣла брыжжейки.

3. Въ первомъ году жизни въ foss. il. sin. довольно часто ободочной кишки нѣтъ совсѣмъ; она выстлана брюшиной и выполнена или петлями тонкихъ кишекъ. Въ такихъ случаяхъ col. il. очень коротка, лежитъ въ глубинѣ на musc. ps. maj. sin. и большей частью сращена съ ней. Происходитъ это при слѣдующихъ усло-

віяхъ: col. iliac. отъ нижняго конца col. desc. подь прямымъ угломъ направляется въ медіальную сторону, располагаясь такимъ образомъ на нижнемъ концѣ почки, надъ уровнемъ crista iliac. (Рис. 79, 80); то же самое происходитъ и тогда, когда нижній конецъ col. desc., лежащей въ косомъ направленіи до musc. ps. maj. sin. безъ изгибовъ продолжается въ col. iliac. до artic. sacro-iliac. sin. (Рис. 5, 54); далѣе col. iliac. отъ нижняго конца col. desc. подь острымъ угломъ направляется медіально и кверху (Рис. 86); наконецъ, col. iliac. отъ нижняго конца col. desc. тянется вдоль медіальнаго края musc. psoas maj. sin., до Пупартовой связки (Рис. 81). Такимъ образомъ, foss. il. sin. мы встрѣтили свободной отъ col. iliac. 47 разъ.

4. Зигзагообразная форма col. il., состоящая изъ двухъ или болѣе отрѣзковъ, образующихъ различныя остроугольныя фигуры, въ видѣ V, Z и т. д., мы наблюдали 29 разъ. Чаще всего col. iliac. состоитъ только изъ двухъ отрѣзковъ, лежащихъ подь угломъ, открытымъ или въ медіальную сторону—16 разъ (Рис. 51, 58, 80, 113); или въ латеральную сторону—7 разъ (Рис. 80). Въ первомъ случаѣ, первый отрѣзокъ col. il. направляется отъ нижняго конца col. desc. кнаружи, во второмъ случаѣ—кнутри. Въ рѣдкихъ случаяхъ col. iliac. состоитъ изъ трехъ отрѣзковъ: первый отрѣзокъ отъ нижняго конца col. desc. направляется въ медіальную сторону; второй отрѣзокъ отъ musc. ps. maj. sin. косо переходитъ черезъ foss. il. кнаружи и впередь къ sp. iliac. ant. sup.; третій отрѣзокъ опять тянется медіально до внутренняго края musc. ps. maj. Такимъ образомъ, col. iliac. образуетъ характерную фигуру въ видѣ перевернутой буквы Z (6 разъ). Зигзагообразныя формы col. il. обычно довольно прочно фиксированы къ подвздошной ямѣ. Изъ 29 случаевъ этой группы 18 разъ col. il. была фиксирована.

5. Наконецъ col. il. иногда не можетъ быть ограничена отъ прилежащихъ частей ободочной кишки, такъ какъ col. desc. и col. iliac. или col. il. и col. pelv. или даже всѣ эти три части ободочной кишки имѣютъ одну общую брыжжейку, образуютъ различной величины и формы петли, располагающіяся или у передней боковой стѣнки живота или, наоборотъ, въ глубинѣ, у задней стѣнки его. Въ этихъ случаяхъ вся аборальная половина ободочной кишки болѣе или менѣе рѣзко дилатирована.—28 разъ.

Colon pelvicum.

Переходя къ изученію особенностей формы и положенія col. pelvicum, мы должны указать, что эта кишка для удобства описанія

2. Второй вариант формы *col. pelv.*, имѣющей только одну брюшную петлю, мы наблюдали 72 раза. Брюшная петля чаще всего располагалась въ *foss. il. dextr.*, поднимаясь вдоль боковой стѣнки живота къ печени—30 разъ. При этомъ восходящее колѣно брюшной петли отъ конца *col. il.* въ однихъ случаяхъ переходило вправо по задней стѣнкѣ живота, впереди *promontorium*—11 разъ (Рис. 70, 73, 74, 83), въ другихъ — непосредственно позади передней стѣнки живота, надъ лобковымъ соединеніемъ—19 разъ (Рис. 19, 47).

Брюшная петля *col. pelv.* можетъ располагаться поверхностно: въ такомъ случаѣ она прилежитъ непосредственно къ передне-боковой стѣнкѣ живота, прикрывая *saecum* и *col. asc.* вполне или отчасти, смотря по длинѣ *col. pelv.*; въ другихъ случаяхъ она располагалась въ глубинѣ на задней стѣнкѣ живота и почкѣ будучи прикрыта спереди *col. asc. mov.* *Caput coli* при этомъ, приподнимаясь надъ *foss. il.*, или отворачивалась кверху, къ печени, или смѣщалась къ средней линіи, въ тазъ, или на лѣвую сторону брюшной полости (Рис. 83, 100, 112). 13 разъ брюшную петлю *col. pelv.* мы встрѣтили въ *foss. il. sin.* (Рис. 98, 109). Далѣе, 5 разъ она прилежала къ передней стѣнкѣ живота по средней линіи (Рис. 53), 7 разъ — въ косомъ направленіи съ верхушкой, обращенной вправо (Рис. 18, 66,) 11 разъ — влѣво. Наконецъ, брюшную петлю *col. pelv.* мы встрѣтили въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота, слѣва отъ средней линіи, причемъ въ этихъ случаяхъ верхушка петли достигала корня *mesocol. transv.*—6 разъ.

3. Третій вариантъ формы *col. pelv.* мы наблюдали 68 разъ. Тазовая, меньшая петля лежала въ полости малого таза, упираясь изгибомъ въ дно его у лѣвой стѣнки, а брюшная петля съ восходящей и нисходящей ножками лежала въ брюшной полости, принимая, какъ и въ предыдущей группѣ, самыя разнообразныя положенія: въ *foss. il. dex.*—11 разъ (рис. 46), если она сравнительно коротка; при достаточной длинѣ изъ *foss. il.* она поднималась по передней боковой стѣнкѣ живота вверхъ и достигала нижней поверхности печени—9 разъ (рис. 60, 77); въ *foss. il. sin.*—4 раза; у передней стѣнки живота по средней линіи—24 раза (рис. 102); или въ косомъ направленіи съ верхушкой, обращенной вправо—12 разъ, влѣво 5 разъ; въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота, слѣва отъ средней линіи, достигая въ нѣкоторыхъ случаяхъ корня *mesocol. transv.*—3 раза.

4. Четвертый вариантъ формы *col. pelv.* мы наблюдали 38 разъ. При немъ она располагалась надъ входомъ въ малый тазъ въ гори-

зонтальной плоскости; она имѣла кольцеобразную форму и въ однихъ случаяхъ огибала тазовой входъ по ходу часовой стрѣлки—22 раза (Рис. 40, 88, 107); въ другихъ, наоборотъ, въ направленіи обратномъ ходу часовой стрѣлки—10 разъ (Рис. 85). Въ рѣдкихъ случаяхъ брюшная петля *col. pelv.* располагалась въ брюшной полости въ фронтальной плоскости, будучи прикрыта спереди и сзади петлями тонкихъ кишекъ—6 разъ (Рис. 7, 96).

5. Мы выдѣлили въ особую группу тѣ случаи, въ которыхъ *col. pelv.* и *col. iliac.* (20 разъ), а иногда *col. pelv.*, *col. iliac.* и *col. descend.* (7 разъ) имѣютъ общую нераздѣленную брыжжейку. Кишка образуетъ одну, двѣ крупныхъ или нѣсколько болѣе мелкихъ петель, занимающихъ поверхностное положеніе у передне-боковой стѣнки живота, слѣва отъ средней линіи, или въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота.

Такимъ образомъ, какъ видно изъ предыдущаго обзора всей *flex. sigmoid.*, только *col. iliac.* въ большинствѣ случаевъ занимаетъ *foss. il. sin.*—225 разъ (75,6%). Въ 47 случаяхъ *col. iliac.* располагалась внѣ *foss. il.*; въ 28 случаяхъ, *col. iliac.* не могла быть опредѣлена.

Такимъ образомъ въ 75 случаяхъ вся *foss. il. sin.* была выстлана брюшиной (25%).

Что же касается положенія *col. pelv.*, то 137 разъ (45,6%) она лежала вся внѣ полости малого таза, 68 разъ (22,7%) она располагалась въ маломъ тазу только своей тазовой петлей и, наконецъ, только 95 разъ (31,7%) вся *col. pelv.* помещалась въ маломъ тазу.

Что касается брюшной петли *col. pelv.*, то чаще всего по нашимъ наблюдениямъ она располагается у передней стѣнки живота по средней линіи или справа и слѣва отъ нея, или надъ входомъ въ малый тазъ, надъ лобковымъ соединеніемъ и верхушкой мочевого пузыря—96 разъ (32%). Затѣмъ—у правой стѣнки живота и *foss. il. dex.*—50 разъ (16,6%). Рѣже она располагается въ *foss. il. sin.* и у лѣвой стѣнки живота—44 раза и еще рѣже въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота—9 разъ; наконецъ, неопредѣленно между петлями тонкихъ кишекъ—6 разъ.

Такимъ образомъ, полученные нами цифры о положеніи брюшной петли *col. pelv.* имѣютъ важное практическое значеніе, т. к. онѣ заставляютъ относиться съ нѣкоторой осторожностью къ установившемуся мнѣнію о томъ, что *flexura sigmoidea* въ первомъ году жизни чаще всего лежитъ въ правой подвздошной ямѣ.

Общая характеристика.

Къ наиболѣ замѣтнымъ, характернымъ и постояннымъ особенностямъ наружной формы ободочной кишки новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста относятся неодинаковые размѣры просвѣта отдѣльныхъ частей ея. Однѣ части ободочной кишки въ большинствѣ случаевъ встрѣчаются дилатированными, другія, наоборотъ, болѣе или менѣе рѣзко сокращенными. Съ своей стороны мы предложили бы принять за правило слѣдующее положеніе: фиксированныя части ободочной кишки обычно болѣе или менѣе сокращены, величина просвѣта ихъ ничтожна, иногда кишка едва проходима. Наоборотъ, части ободочной кишки, имѣющія полный серозный покровъ и подвѣшенныя на брыжжейкѣ, обычно дилатированы.

Такимъ образомъ, *col. asc. fix.* I-ой серіи, фиксированная ея часть II-ой серіи, *col. desc.* и *col. iliac.* (когда послѣдняя лишена брыжжейки) встрѣчаются обычно въ сокращенномъ состояніи, въ то время какъ *col. ascend. mob.*, *col. transv.* и *col. pelvic.* въ огромномъ большинствѣ случаевъ оказываются дилатированными.

Это правило распространяется и на слѣпую кишку; *caecum* первой серіи имѣетъ небольшіе размѣры, часто коническую, эмбриональную форму, особенно, если она задней стѣнкой фиксирована къ подлежащимъ частямъ. Наоборотъ, *caecum* второй серіи большей частью вздута, имѣетъ большіе размѣры и округленную сферическую форму.

Что касается *col. pelv.*, то эта часть ободочной кишки при хорошо развитой брыжжейкѣ и достаточной длинѣ оказывается вздутой весьма рѣзко и, наоборотъ, рѣзко сокращена и мелкопетлиста, если *mesocolon pelvicum* мало развита.

Описанныя особенности внѣшней конфигураціи ободочной кишки встрѣчаются настолько часто и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ бывають выражены столь рѣзко, что отнести ихъ къ результатамъ вліянія патологическихъ причинъ не представляется возможнымъ. Эти явленія наблюдаются на всѣхъ трупахъ независимо отъ пола, возраста, питанія, причины смерти, величины и положенія остальныхъ органовъ брюшной полости.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда вся ободочная кишка отъ слѣпой

кишки до селезеночнаго загиба лежитъ въ косомъ направленіи (*col. obliquum*) въ глубинѣ, подъ печенью и желудкомъ, она вся оказывается также сокращенной на всемъ протяженіи, не исключая и части, составляющей *col. transv.*, хотя просвѣтъ послѣдней все таки нѣсколько отличается отъ *col. asc. fix.* Въ такихъ случаяхъ *mesocolon transvers.* мало развита.

Если *col. desc.* и *col. iliac.* лишены брыжжейки и фиксированы, а *col. pelv.* коротка и имѣетъ мало развитую брыжжейку, то въ такихъ случаяхъ весь аборальный отдѣлъ толстыхъ кишекъ называется также сокращеннымъ и занимаетъ глубокія части соответственныхъ имъ стѣнокъ брюшной полости и таза.

Вообще, дилатированныя части ободочной кишки всегда занимають передніе отдѣлы брюшной полости и прилежать непосредственно къ передней или боковымъ стѣнкамъ живота; онѣ смѣщаются и оттягиваются вглубь и къ серединѣ петли тонкихъ кишекъ. Наоборотъ, сокращенныя части толстыхъ кишекъ лежатъ въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота, занимають мало мѣста и совершенно скрыты за тонкими кишками.

Существуетъ несомнѣнная связь между степенью развитія брыжжейки кишки съ одной стороны, и величиной просвѣта и положеніемъ этой кишки—съ другой стороны.

Если опредѣленная часть толстой кишки лишена брыжжейки и фиксирована къ стѣнкѣ живота, то она въ то же время болѣе или менѣе сокращена, занимаетъ обязательно глубокія части живота, мало подвижна и скрыта за петлями тонкихъ кишекъ.

Если же кишка имѣетъ полный брюшинный покровъ и хорошо развитую брыжжейку, то вся она болѣе или менѣе равномерно расширена, занимаетъ поверхностные отдѣлы брюшной полости и легко мѣняетъ положеніе.

Такимъ образомъ, *col. asc.* (вся въ первой серіи и аборальная часть ея второй серіи) и *col. desc.*, всегда лежатъ въ глубинѣ, сокращены и скрыты за петлями тонкихъ кишекъ. Наоборотъ, *col. asc. mob.*, *col. transv.* и *col. pelv.* лежатъ по периферіи, а клубокъ тонкихъ кишекъ занимаетъ центральныя и глубокія части брюшной полости и полость малаго таза.

Поэтому случаи, въ которыхъ адоральная и аборальная половины ободочной кишки не дифференцированы, имѣють полный брюшинный покровъ и нераздѣленные брыжжейки, всегда оказываются вздутыми и занимають периферическія части брюшной полости.

Соответственно указанным особенностям отдельных частей ободочной кишки резко мѣняется и наружная форма этих частей. На окоченѣвшихъ и сокращенныхъ частяхъ ободочной кишки всегда резко выражены *haustra* и *taeniae longitudinales*. Борозды между *haustra* глубоки, *haustra* мелки, неравнобѣрны и, какъ бисеръ, нанизаны вдоль продольныхъ лентъ. Эта картина неизмѣнно наблюдается на *col. asc. fix.*, *col. desc.* и *col. iliac.*, если послѣдняя фиксирована, а въ случаяхъ первой серіи борозды иногда хорошо выражены еще и у основанія червеобразнаго отростка.

На вздутыхъ дилатированныхъ частяхъ, наоборотъ, *haustra* широки, слабо выражены, благодаря почти полному отсутствію между ними промежуточныхъ бороздъ. *Taeniae longitudinales* слабо намѣчены и въ мѣстахъ наибольшей дилатации почти незамѣтны. Онѣ плохо видны и на высушенныхъ препаратахъ.

Къ другой, весьма часто встрѣчающейся особенности ободочной кишки слѣдуетъ отнести наличность резко выраженныхъ суженій или перехватовъ на разныхъ мѣстахъ ея. Эти суженія и перехваты встрѣчаются чаще всего на уровнѣ *сг. il.*, особенно справа, у адорольнаго конца *col. ascend. fix.* (46 разъ) или въ среднихъ частяхъ ея (49 разъ), или у аборальнаго конца, у самаго начала *flex. coli dext.* (31 разъ), соответственно *lig. ter. hep.* (88 разъ), или у верхняго конца *col. descend.* (38 разъ), или на серединѣ *col. desc.* (32 раза), или у нижняго конца ея, т. е. на уровнѣ *сг. il.* слѣва (37 разъ), или на границѣ *col. il.* и *col. pelvic.* (24 раза), или наконецъ въ концѣ *col. pelvic.* (24 раза). Эти суженія являются въ большинствѣ случаевъ частичными, односторонними, лишь изрѣдка наблюдаются по всей окружности кишки; располагаются чаще всего на пограничныхъ участкахъ между двумя частями ободочной кишки.

Такимъ образомъ, описанныя суженія мы наблюдали на 216 трунахъ, при чемъ 112 разъ на протяженіи всей ободочной кишки имѣлось только одно суженіе, 76 разъ—два суженія, 17 разъ—три, 7 разъ—четыре и 4 раза—пять суженій. Между двумя соедѣнными суженіями ободочная кишка обычно резко расширена.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда ободочная кишка въ большей своей части имѣетъ полный брюшинный покровъ и хорошо развитыя брыжжейки, она почти вся оказывается дилатированной и только въ области *flex. coli dext.* и *flex. coli sin.* наблюдаются суженные участки, фиксированные къ подлежащимъ частямъ.

Значительное уменьшеніе просвѣта (*microcolia*) и, наоборотъ, болѣе или менѣе резко выраженные дилатации (*macrocolia*), а также весьма часто наблюдающіяся ограниченныя суженія въ различныхъ мѣстахъ съ одновременнымъ пузыреобразнымъ расширеніемъ приводящаго отрѣзка кишки, также не могутъ быть разсматриваемы, какъ патологическое явленіе. Это несомнѣнно врожденная черта, которая при благопріятныхъ условіяхъ можетъ послужить толчкомъ уже къ патологической прижизненной дилатации ободочной кишки съ послѣдовательной гипертрофіей стѣнки (*megasolon*).

Надо думать, что столь часто наблюдающіяся явленія *macrocolia* и *microcolia* у новорожденныхъ и дѣтей грудного возраста, не получаютъ дальнѣйшаго развитія (*megasolon*) вслѣдствіе постепеннаго устраненія опредѣленныхъ дефектовъ строенія и питанія стѣнокъ ободочной кишки послѣ рожденія.

На основаніи нашихъ изслѣдованій мы пришли къ заключенію, что *microcolia* въ первомъ году жизни представляетъ обычное явленіе и, какъ мы уже указывали, встрѣчается чаще всего на *col. asc. fix.* и особенно *col. desc.* и значительно рѣже на *colon iliacum*. *Macrocolia*, наоборотъ, наблюдается на *col. transvers.* и *col. pelvic.* *Microcolia* всегда бываетъ выражена рѣзче, чѣмъ *macrocolia*. *Macrocolia* наблюдается почти исключительно въ формѣ дилатации. Одновременной гипертрофіи стѣнки мы не наблюдали ни разу. Поэтому нужно думать, что утолщеніе мускулатуры стѣнки кишки должно считаться явленіемъ вторичнымъ, послѣдовательнымъ, компенсаторнымъ, а потому для перваго года жизни необязательнымъ.

Стѣнка кишки у новорожденныхъ еще не вполне сформирована, расположеніе мышечныхъ слоевъ и пучковъ не равномерно, серозный покровъ кишки еще очень тонокъ и нѣженъ, части толстыхъ кишекъ легко смѣщаются, брыжжейки ихъ часто не дифференцированы, различныя суженія и перехваты представляютъ обычное явленіе и, въ силу этой неорганизованности, различныя неблагопріятныя прижизненныя условія въ періодѣ окончательной формовки смогутъ создать толчокъ для развитія *megasolon*. Неравнобѣрное распределеніе мышечныхъ волоконъ въ первомъ году жизни не только въ различныхъ отдѣлахъ толстыхъ кишекъ, но и на разныхъ стѣнкахъ опредѣленной части кишки представляетъ обычное явленіе, при чемъ мускулатура бываетъ рѣзче выражена въ служенныхъ частяхъ ободочной кишки. Наконецъ, серозная оболочка ободочной кишки въ тѣхъ частяхъ, гдѣ имѣется *microcolia*, утолщена, образуетъ болѣе

или менѣе ясно выраженныя складки и связки и какъ бы придавливаютъ данный отдѣлъ кишки къ подлежащимъ частямъ.

Къ явленіямъ, которыя мы сейчасъ разсматриваемъ, имѣютъ отношеніе еще двѣ связки, значеніе которыхъ въ первомъ году жизни весьма существенно. Это—*lig. teres hepatis* и *lig. vesico-umbilicale laterale* лѣвой стороны.

Lig. teres hepatis вслѣдствіе низкаго положенія пупка разсѣкаетъ железистый отдѣлъ брюшной полости на двѣ части и весьма часто рѣзко отграничиваетъ правый, петлистый отдѣлъ *col. transv.* отъ средней ея части (*ansa gastrica*) Рис. 37, 73, 74.

Чаще всего она врѣзывается въ верхній край *col. transv.*, образуетъ здѣсь глубокое вдавленіе, (Рис. 69, 71, 72), которое не выравнивается и не исчезаетъ послѣ удаленія этой связки (88 разъ). Противоположная этой вырѣзкѣ сторона кишечной стѣнки, наоборотъ, выпукла книзу (не всегда) и какъ бы компенсируетъ уменьшеніе просвѣта кишки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *lig. teres hepatis* служитъ, какъ мы уже указывали, причиной образованія на поперечной кишкѣ особой петли, располагающейся справа отъ средней линіи; эта петля обхватываетъ *lig. teres* и *lig. suspens. hep.* съ обѣихъ сторонъ и чаще всего встрѣчается при первой позиціи печени (передній край печени вдоль реберной дуги) и при выпуклой кверху дугообразной *col. transv.* (39 разъ). Петля характерна, находится всегда въ одинаковыхъ взаимоотношеніяхъ къ *lig. suspens. hep.*, всегда ею обусловлена, являясь такимъ образомъ результатомъ воздѣйствія натянутой между низко лежащимъ пупкомъ и воротами печени *lig. teres hep.* Мы предлагаемъ назвать ее *ansa colica ligamenti teretis hepatis*. (Рис. 39).

Lig. vesico-umbilicale laterale, въ свою очередь, представляетъ въ это время еще очень хорошо выраженный тяжъ; она часто поднимается довольно высоко у медиальной стѣнки *foss. il. sin.*, увлекая за собой брюшину. Свободный, содержащій пупочную артерію, край дубликатуры брюшины рѣзко отграничиваетъ *col. il.* отъ *col. pelv.* и хорошо фиксируетъ первую въ подвздошной ямѣ.

Перейдемъ къ результатамъ, полученнымъ измѣреніемъ длины ободочной кишки по частямъ и въ цѣломъ. Для своихъ выводовъ мы пользовались данными только абсолютной длины.

Наиболѣе длинной частью ободочной кишки является *col. transv.* За ней слѣдуютъ: *col. pelv.*, *col. ascend.*, *col. descend.* и, наконецъ, *col. iliac.*

Сравнивая данныя абсолютной длины двухъ половинъ ободочной кишки: отъ *caecum* до *lig. phrenico-col. sin.* (адоральная половина) и отсюда до *rectum* (аборальная половина) мы получили нѣкоторые новые факты, имѣющіе общее значеніе.

Адоральная половина толстыхъ кишекъ замѣтно длиннѣй аборальной въ случаяхъ второй серіи, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣли *col. ascend. fix. partiale*.

Абсолютная длина ободочной кишки I-ой серіи, въ среднемъ, короче таковой же II-ой серіи. (См. табл. 12).

Принимая во вниманіе рядъ данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи нашего матеріала, а также и то обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ (какъ по литературнымъ даннымъ, такъ и на основаніи нашихъ наблюденій) часть *col. asc.* имѣетъ полный брюшинный покровъ и подвѣшена на брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ (*lig. ilio-colicum* Alglave), нужно думать, что серія *colon ascend. fixum partiale* для перваго года жизни есть нормальное явленіе и соответствуетъ правильному развитію. Подтверженіемъ этого вывода является и то, что большей частью серія *col. ascend. fix. totale* сопутствуетъ плохому питанію ребенка, меньшимъ, противъ нормы, размѣрамъ длины туловища и общаго роста и т. д.

Такимъ образомъ, *colon ascend. fix. partiale* въ первомъ году жизни со всеміи уже описанными раньше разнообразными измѣненіями положенія *caput coli* представляетъ отличительную особенность даннаго возраста, которая не можетъ разсматриваться ни какъ результатъ какихъ либо прижизненныхъ патологическихъ процессовъ, ни какъ врожденная аномалія. Это обычное, вполнѣ нормальное явленіе, которое, неизвѣстно когда и въ силу какихъ причинъ, въ большинствѣ случаевъ вполнѣ въ силу у взрослыхъ замѣняется полной фиксацией. Таблица 12-ая показываетъ, что адоральная половина ободочной кишки въ случаяхъ первой серіи оказывается короче таковой же второй серіи. Это обстоятельство также должно быть учтено въ пользу нормальности случаевъ 2-ой серіи.

Впрочемъ, мы уже въ первой главѣ указывали на то, что сравнительно съ другими авторами, измѣрявшими длину кишечника, мы для ободочной кишки получили меньшія цифры. Зависитъ это отъ различныхъ причинъ: способъ измѣренія, недостаточное питаніе изслѣдованныхъ дѣтей, отсутствіе въ общихъ цифрахъ длины прямой кишки, наконецъ, весьма рѣзкое дубирующее вліяніе формалина на ткань кишечника.

Таблица 12.

Средней абсолютной длины ободочной кишки I и II серии.

I СЕРИЯ.					II СЕРИЯ.				
Возрасть.	Число случаевъ.	Общая длина.	Длина адоральн.	Длина абдоральн.	Число случаевъ.	Общая длина.	Длина адоральн.	Длина абдоральн.	
1 м.	55	45	20	25	48	49	26	23	
1—2м.	28	50	24	25	68	57	31	26	
2—3м.	16	53	25	28	29	60	33	27	
3—4м.	9	52	25	27	12	58	30	28	
4—5м.	3	54	26	28	6	62	35	27	
5—6м.	1	58	27	31	3	65	36	29	
6—9м.	6	61	29	32	8	73	38	35	
10—12 мѣс.	3	64	30	34	5	76	42	34	
	121	54,87	25,75	28,75	179	62,50	33,87	28,62	

Но мы думаемъ, что однообразный способъ измѣренія и одинаковое воздѣйствіе консервирующей жидкости на ткани, несмотря на замѣтную разницу въ цифрахъ сравнительно съ другими изслѣдователями, должны были создать правильную общую картину.

Здѣсь очень важно указать на одинъ очень существенный фактъ, который нельзя упускать изъ виду при изслѣдованіи фиксации ободочной кишки.

Вліяніе формалина сказывается въ рѣзкомъ уплотненіи подсерозной соединительной ткани. На трупахъ, заранѣе консервированныхъ крѣпкимъ растворомъ формалина, фиксированныя части ободочной кишки совершенно теряютъ подвижность и смѣщаемость.

Но если изслѣдовать фиксированныя части на не инъецированномъ трупѣ, то можно убѣдиться въ томъ, что фиксированныя части ободочной кишки можно легко смѣстить (особенно col. desc.).

Если же поднять colon вверхъ отъ стѣнки живота то листки брюшины сближаются позади colon, образуя короткую брыжжейку.

Степень фиксаціи ободочной кишки у взрослыхъ и дѣтей весьма различны. У дѣтей всетаки большая часть окружности кишки покрыта брюшиной, и только очень узкая полоска задней стѣнки ея оказывается припаянной къ подлежащимъ частямъ (col. desc.). Наибольшая фиксація наблюдается въ мѣстахъ суженія кишки.

Глава VI-ая

Брюшина.

Нѣтъ такого органа, который въ дѣтскомъ возрастѣ не находился бы на полномъ ходу развитія. Какъ видно изъ предыдущаго, въ брюшной полости положеніе всѣхъ органовъ въ высокой степени измѣнчиво и ни одинъ изъ органовъ еще не доведенъ до окончательной формовки. Многочисленные варианты положенія ободочной кишки какъ по частямъ такъ и въ цѣломъ, которые намъ конечно не удалось исчерпать, зависятъ, какъ мы видѣли, отъ размѣровъ и формы брюшной полости, отъ формы, величины и положенія всѣхъ органовъ, лежащихъ въ ней, отъ длины, формы и физического состоянія кишечной трубки. Остается разсмотрѣть еще брюшину, образующую для ободочной кишки весьма важный связочный аппаратъ, который играетъ роль очень серьезнаго фактора въ положеніи кишечника вообще.

Процессъ развитія разнообразныхъ весьма сложныхъ измѣненій первичной общей брыжжейки, съ раздѣленіемъ ея на отдѣльныя части, съ образованіемъ индивидуально различнаго связочнаго аппарата, происходитъ параллельно съ развитіемъ вообще всѣхъ органовъ брюшной полости. Всякое перемѣщеніе первичной кишечной трубки происходитъ одновременно съ измѣненіемъ положенія mesenterium commune. Измѣненія первоначальнаго положенія кишечной трубки, вълѣдствіе быстрого ея роста въ длину, сопровождается склеиваніемъ серозныхъ поверхностей нѣкоторыхъ частей ея съ различными органами и стѣнками брюшной полости.

Процессъ склеиванія индивидуаленъ и захватываетъ въ однихъ случаяхъ большіе, въ другихъ меньшіе участки кишки.

Индивидуализація процессовъ склеиванія въ результатѣ сказывается: въ возникновеніи разнообразныхъ брюшинныхъ складокъ и связокъ между различными отдѣлами кишечной трубки и органами

живота или его стѣнками; одни изъ этихъ вторичныхъ образований брюшины постоянны и хорошо развиты, другія рѣдки и слабо выражены или даже вовсе отсутствуютъ.

Первоначальное движеніе первичной кишечной петли, причина котораго до сихъ поръ точно не установлена, выражается во вращеніи ея вокругъ продольной оси, представленной верхней брыжжеечной артеріей, проходящей, по срединѣ брыжейки первичной кишечной петли и продолженіемъ ея верхушки т. е. ductus omphalo-mesentericus. Послѣ исчезанія указанного протока подвижность кишечника увеличивается и сохраняется до тѣхъ поръ, пока процессы склеиванія висцерального листка пищеварительной трубки не зафиксируютъ нѣкоторыя ея части съ органами и стѣнками брюшной полости.

Въ общемъ, кишечная трубка въ періодъ между 6—8 недѣлями утробной жизни образуетъ нѣсколько изгибовъ. Нѣкоторые изъ этихъ изгибовъ въ это время уже фиксированы настолько устойчиво, что несмотря на всѣ послѣдующія измѣненія въ положеніи различныхъ частей кишечника, фиксація сохраняется на всю жизнь.

Первый такой изгибъ лежитъ непосредственно влѣдъ за желудкомъ и даетъ впослѣдствіи начало 12-типерстной кишкѣ. Влѣдъ за ней идетъ первичная кишечная петля съ нисходящимъ и восходящимъ колѣнами, причѣмъ послѣднее колѣно, приблизившись своимъ аборальнымъ концомъ къ позвоночнику, образуетъ новый загибъ (селезеночный загибъ), который переходитъ далѣе въ конечное терминальное колѣно первичной кишечной трубки.

Нисходящее колѣно первичной кишечной петли впослѣдствіи преобразуется въ большую часть тонкихъ кишекъ, а восходящее въ подвздошную, слѣпую, въ восходящую и поперечную ободочную. *Caecum coli* и адоральный отрѣзокъ ободочной кишки, такимъ образомъ, оказываются подвѣшенными на *mesenterium commune* вмѣстѣ съ тонкой кишкой. Конечная часть первичной кишки образуетъ нисходящую ободочную, S-образную и прямую кишку.

Уже въ этомъ періодѣ развитія можно ясно видѣть, что нѣкоторыя части кишечника находятся въ весьма благоприятныхъ условіяхъ кровоснабженія. Къ таковымъ относятся: нисходящее колѣно первичной кишечной петли, получающей 15, 16 вѣтвей отъ верхнебрыжжеечной артеріи и нижняя треть конечной части первичной кишечной трубки, получающей вѣтви отъ *art. haemorr. sup.*, вѣтвей *art.*

mesent. inf. и пупочной артеріи. Слабѣ питаются восходящее колѣно первичной кишечной петли, получающей 2,3 вѣтви верхнебрыжжеечной артеріи, верхняя треть конечной части первичной кишки, получающей одну вѣтвь отъ *art. mesent. infer.* Въ наиболѣе худшихъ условіяхъ питанія находится часть, соотвѣтствующая второму загибу кишечной трубки, въ области *flex. coli sin.*

Этотъ несомнѣнный фактъ уже хорошо извѣстенъ въ анатоміи. Рѣзановъ на это обратилъ особенное вниманіе при объясненіи происхожденія *ligamenta varioformia*.

Значеніе распредѣленія сосудовъ особенно рѣзко выступаетъ при изученіи замѣчательной работы Робинсон'а^{67а} объ артеріальныхъ кругахъ брюшной полости. Работа эта написана по другому поводу, но фактическій матеріалъ, весьма богатый, имѣетъ большое значеніе и для нашихъ выводовъ. Наши собственные изслѣдованія сосудистой системы кишечника у дѣтей убѣдили насъ въ томъ, что въ фиксаціи ободочной кишки огромную роль играютъ не только количество крупныхъ сосудовъ, подходящихъ къ кишкѣ, но особенно вторичныя и третичныя ихъ развѣтвленія.

Изъ этого краткаго обзора распредѣленія сосудовъ видно, что уже въ первой половинѣ зародышевой жизни сосудистая система кишечника оказывается сформированной въ томъ видѣ, въ какомъ въ общихъ важнѣйшихъ чертахъ сохраняется на всю жизнь.

Такимъ образомъ, оказывается, что къ нѣкоторымъ частямъ пищеварительной трубки подходитъ мало крупныхъ сосудистыхъ стволовъ, и что эти части питаются отъ вѣтвей вторичныхъ или даже третичныхъ отвѣтвленій. Въ зависимости отъ этого указанная часть кишечника находится въ худшихъ условіяхъ подвоза питательнаго матеріала.

Параллельно съ ростомъ въ длину, кишечная трубка совершаетъ рядъ закономерныхъ, постоянно повторяющихся у всѣхъ особей движеній, устанавливающихъ соприкосновеніе кишечной трубки съ различными стѣнками или органами брюшной полости. Серозныя оболочки этихъ органовъ слипаются между собой, въ результатъ чего опредѣленные участки кишечной трубки фиксируются навсегда и получаютъ питаніе для дальнѣйшаго развитія черезъ вновь образовавшіяся тонкія сосудистыя коллятерали.

Ободочная кишка въ цѣломъ имѣетъ сравнительно мало крупныхъ источниковъ кровоснабженія и вслѣдствіе этого уже въ періодѣ утробной жизни отстаетъ въ ростѣ отъ тонкихъ кишекъ. Въ силу вышесказаннаго дефекты кровоснабженія устраняются постепенно

путем сращения большей или меньшей части ободочной кишки с задней стѣнкой живота, с желудкомъ и такъ далѣе. При этомъ, фиксація идетъ въ строго послѣдовательномъ порядкѣ, соотвѣтственно потребностямъ въ кровоснабженіи: прежде всего устанавливается связи у flexura coli sin. затѣмъ у col. desc., col. iliac., flex. col. dext. и наконецъ, у col. ascend.

Въ силу вышеизложенныхъ условій развитія ободочной кишки, тѣ части ея, у которыхъ кровоснабженіе выравнивается рано, избѣгаютъ значительныхъ склеекъ, сохраняютъ брыжжейки и подвижность, являются вмѣстѣ съ тѣмъ наиболѣе развившимися частями.

Въ утробной жизни ростъ тонкихъ кишекъ, значительно опережаетъ ростъ толстыхъ и потому въ этомъ періодѣ жизни такъ часто и первое время и послѣ рожденія, кишечный отдѣлъ брюшной полости выполненъ преимущественно тонкими кишками. При вскрытіи брюшной полости прежде всего бросается въ глаза масса петель тонкихъ кишекъ, выполняющихъ сплошь среднюю и лѣвую часть брюшной полости, въ то время, какъ правая часть занята печенью. При оттягиваніи передняго края печени кверху и отстраненіи тонкихъ кишекъ, можно видѣть всю адоральную половину ободочной кишки, лежащую въ глубинѣ, на задней стѣнкѣ живота. Впослѣдствіи у новорожденныхъ и позже довольно часто ожно наблюдать такое положеніе ободочной кишки.

Къ концу 4-го мѣсяца carut coli лежитъ уже на нижнемъ концѣ правой почки, и, такимъ образомъ, клубокъ тонкихъ кишекъ окаймленъ со всѣхъ сторонъ ободочной кишкой. Централно расположенный клубокъ тонкихъ кишекъ пріобрѣтаетъ огромное значеніе въ механическомъ отношеніи, раздвигая во всѣ стороны къ периферіи ободочную кишку и напрягая ея брыжжейку тѣмъ больше, чѣмъ больше удлиняется тонкая кишка.

Этотъ новый механическій факторъ, которому Рѣзановъ приписываетъ преимущественное вліяніе на развитіе всѣхъ органовъ брюшной полости, несомнѣнно, вызываетъ уменьшеніе просвѣта кровеносныхъ сосудовъ, особенно венозныхъ, что неизбѣжно должно вызвать застойныя явленія.

Для предупрежденія разстройства питанія и роста кишечной трубки, уже имѣющіяся сращения нѣкоторыхъ частей ея съ сосѣдними органами, путемъ склеиванія серозныхъ оболочекъ, усиливаются соотвѣтственно потребностямъ даннаго случая.

Вотъ основанія, въ силу которыхъ раздѣленіе общей брыжжейки

на отдѣльные участки, фиксація отдѣльныхъ частей толстыхъ кишекъ и развитіе разнообразнаго связочнаго аппарата въ извѣстныхъ частяхъ повторяются обязательно у каждой особи, но въ тоже время и индивидуализируются въ весьма широкихъ предѣлахъ.

Такимъ образомъ, связочный брюшинный аппаратъ въ однихъ случаяхъ представленъ въ видѣ нѣжныхъ склеекъ между colon и брюшной стѣнкой или органами ея, въ другихъ—въ видѣ весьма крѣпкихъ, ясно выраженныхъ брюшинныхъ связокъ.

Первая форма, представляетъ первоначальную ступень сращения брюшинныхъ листковъ, отличается необыкновенной нѣжностью и легко и быстро уничтожается легкимъ поглаживаніемъ пальцевъ. Эти нѣжныя связки брюшины, весьма удачно названныя Рѣзановымъ „пленчатыми отложеніями“ очень характерны и, при нѣкоторомъ навыкѣ, исключаютъ совершенно возможность смѣшенія ихъ съ воспалительными спайками.

„Видъ у пленчатыхъ отложеній, говоритъ Рѣзановъ, на свѣже вскрытыхъ трупахъ настолько характеренъ, что ошибиться положительно невозможно... Если въ толщѣ пленчатыхъ отложеній нѣтъ скопленія жира, то пленчатые отложенія представляются въ видѣ полупрозрачныхъ вуалеподобныхъ образований, распростертыхъ надъ той или другой частью проксимальнаго отдѣла толстыхъ кишекъ.... ..Изящная, тонкая структура..... планомѣрность и постоянство распредѣленія....., многочисленные кровеносные сосуды и бѣловатые нитеобразные тяжи, пробѣгающіе въ толщѣ пленокъ, всегда имѣютъ строго опредѣленное и параллельное другъ другу направленіе.... Органъ, окутанный ими, лежитъ какъ бы въ мѣшкѣ.... и большая или меньшая часть его можетъ выйти на поверхность, точно сквозь раздвинутую ткань матеріи... Какъ органъ можетъ слегка перемѣщаться подъ пленками, такъ и пленки безъ усилія могутъ быть собраны въ складку на поверхности органа“.

Если внимательно разглядывать поверхность брюшины въ области пленчатыхъ отложеній, то и безъ микроскопическаго изслѣдованія можно видѣть подъ ними подсерозную соединительную ткань въ видѣ тончайшей сѣти, переплетающихся блестящихъ волоконъ, ячейки между которыми иногда заполнены жиромъ. Изрѣдка въ толщѣ этихъ пленокъ встрѣчаются пигментированныя точки и болѣе плотные бѣловато—желтоватые тяжи, натянутые между даннымъ участкомъ кишки и стѣнкой живота или сосѣднимъ органомъ. Въ области пленчатыхъ отложеній кишка болѣе или менѣе фиксирована,

но если легким поглаживаніемъ пальца уничтожить пленки, то кишку можно приподнять и увидѣть ея брыжжейку.

Такимъ образомъ, пленчатые отложенія брюшины слѣдуетъ разсматривать какъ продукты необходимыхъ физиологическихъ процессовъ, которые устанавливаютъ связь между частями ободочной кишки и прилежащими органами. Возникающія при этомъ новыя связи сосудистой системы кишечника компенсируютъ дефекты подвоза питательныхъ матеріаловъ еще въ періодѣ утробной жизни. Пленчатые отложенія брюшины, изъ которыхъ впослѣдствіи образуются постоянныя брюшинныя складки и связки, чаще всего наблюдаются тамъ, гдѣ пищеварительная трубка слабо снабжена сосудами.

При постепенномъ продвиженіи *caput coli* отъ ея первоначальнаго положенія къ *fossa iliac. dextra*, вокругъ кишечной трубки развиваются весьма многочисленныя и индивидуально различныя брюшинныя связки, описанныя цѣлымъ рядомъ авторовъ, какъ - то: Treves, Tripier, Tuffier, Reid^{79,80}, Ancel u Sengert⁴⁸ Рѣзановъ⁸¹, Buy⁴⁹ Swaen⁸⁶ Ivvara²².

Довольно часто *caput coli* въ первомъ году жизни занимаетъ довольно высокое положеніе подъ печенью, на почкѣ и въ этихъ случаяхъ чаще можно наблюдать и пленчатые отложенія брюшины и ясно выраженыя различныя брюшинныя связки, фиксирующія *caput coli* къ задней стѣнкѣ живота или къ печени или къ почкѣ. Но въ большинствѣ случаевъ условія питанія ободочной кишки, послѣ поворота *caput coli* подъ печенью книзу, улучшаются, влѣдствіе чего слѣпая кишка и ближайшій къ послѣдней отдѣлъ ободочной кишки, избѣгаютъ дальнѣйшихъ склеекъ, освобождаются и, оставаясь въ связи только съ *mesenterium*, приобрѣтаютъ вновь большую или меньшую подвижность.

Если при постепенномъ продвиженіи *caput coli* отъ печени до *foss. il. dext.* вовсе не происходитъ указаннаго слипанія брюшинныхъ листковъ, мы получаемъ отсутствіе раздѣленія *mesenterium commune* на *mesenterium* и *mesocolon transversum*. Наоборотъ, если подобное слипаніе происходитъ хотя бы на незначительномъ участкѣ кишки, мы получаемъ полную возможность видѣть раздѣленіе *mesenterium commune* на указанныя двѣ брыжжейки.

Если слипаніе произошло на всемъ протяженіи *col. asc.*, начиная отъ *caput coli*, то мы получаемъ случай 1-ой серіи, т. е. *col. ascend. fix. totale*. Если же адоральный отрѣзокъ *col. asc.* на большемъ или меньшемъ протяженіи минуетъ этотъ процессъ, то получается случай 2-ой серіи, т. е. *col. asc. fix. partiale*.

Далѣе, направленіе линіи прикрѣпленія корня *mesenterium* съ одной стороны и *mesocol. transv.* замѣтно мѣняется, смотря по тому, гдѣ, на какомъ протяженіи и между какими точками находится фиксированная часть *col. ascend.*

Если фиксированная часть *colon asc.* коротка ($1/2$ — $1\frac{1}{2}$ смт). и находится на уровнѣ *cr. il.*, то линія фиксаціи корня *mesenterium* имѣетъ косо направленіе и правый нижній конецъ ея почти доходитъ, какъ у взрослога, до *artic. sacro-iliaca dext.* Правый конецъ корня *mesocolon transv.* въ такихъ случаяхъ начинается низко, отъ нижняго конца почки, тянется дугообразно вверхъ и влѣво черезъ *duodenum* къ лѣвой почкѣ.

Наоборотъ, чѣмъ выше начинается мѣсто указаннаго слипанія серозныхъ листковъ, тѣмъ выше поднимается правый, нижній конецъ корня *mesenterium* и линія прикрѣпленія ея постепенно изъ косои приближается къ горизонтальной. Соответственно этому правый конецъ линіи корня *mesocol. transv.* укорачивается, располагаясь все выше и медіальнѣе, причемъ, наиболѣе короткой эта линія оказывается въ тѣхъ случаяхъ, когда начало *mesocol. transv.* находится на *duodenum*.

Чѣмъ длиннѣй фиксированная часть *col. asc.*, тѣмъ рѣзче раздѣлены *mesenterium* и *mesocol. transv.* и тѣмъ ближе по своимъ отношеніямъ прикрѣпленія корней онѣ подходятъ къ нормамъ взрослога. Наоборотъ, чѣмъ короче фиксированная часть *col. asc.*, тѣмъ ближе одна отъ другой отстоятъ концы ихъ брыжжеекъ и тѣмъ легче при слабомъ подтягиваніи убѣдиться въ общности этихъ двухъ образований.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда слипаніе между серозными листками адоральной половины ободочной кишки и брюшныхъ стѣнокъ не произошло вовсе, мы имѣемъ не раздѣленную *mesenterium commune*, на которой подвѣшены не только тонкія, но и ободочная кишка до *flex. col. sin.* Въ этихъ случаяхъ линія прикрѣпленія *mesenter. comm.* соответствуетъ прикрѣпленію *mesenterium* и *mesocol. transv.* взятыхъ вмѣстѣ, причемъ, адоральный конецъ первой и адоральный конецъ второй сливаются между собой вдоль нижней и правой окружности нижняго изгиба 12-типерстной кишки.

Такимъ образомъ, по ходу ободочной кишки процессы сращенія съ органами и стѣнками брюшной полости сопровождаются образованіемъ различныхъ, болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ связокъ. Къ наиболѣе выраженнымъ и чаще повторяющимся надо отнести слѣдующія:

Lig. genito—mesenter. sin.—наблюдается сравнительно рѣдко

тянется от лѣваго края тазового входа и прикрѣпляется къ адоральному концу *col. pelv.* Передній край ея частью связанъ съ широкой связкой матки, а на мужскихъ трупахъ простирается до внутренняго кольца пахового канала. Наличие этой связки обусловливаетъ нерѣдко высокое положеніе половыхъ железъ: на *musc. ps. maj. sin.* или даже въ *foss. iliaca sin.* Въ свободномъ краѣ этой складки проходитъ *art. sperm. intern.*

Одновременно съ этой связкой часто наблюдается укороченіе брыжжейки *col. iliac.*, пленчатая отложенія брюшины вначалѣ ея и суженіе просвѣта ободочной кишки на уровнѣ *crist. il.*

Lig. paracolica—встрѣчаются часто при фиксированной *col. desc.*, между послѣдней и латеральной стѣнкой живота. Эти связки достигаютъ различнаго развитія и представляютъ косо или горизонтально расположенныя треугольныя складки. Нерѣдко вмѣсто нихъ наблюдаются пленчатая отложенія, чаще въ нижней части *col. desc.*

Lig. phrenico-col. sin.—связка абсолютно постоянная въ разсматриваемомъ возрастѣ, иногда, хотя и рѣдко, является единственнымъ фиксирующимъ аппаратомъ ободочной кишки. Развитие этой связки достигаетъ различной степени. Иногда она очень широка и окружаетъ совершенно нижній конецъ и часть передняго края селезенки. При этомъ, она изрѣдка захватываетъ часть лѣваго конца *col. transv.* и верхній конецъ *col. desc.*, притягиваетъ ихъ къ лѣвому подреберью и складываетъ въ горизонтально лежащую петлю. Иногда же она представляетъ узкую и длинную пластинку и въ этихъ случаяхъ *flex. col. sin.* приобрѣтаетъ нѣкоторую смѣщаемость.

Отсутствіе этой связки всегда влечетъ аномалію положенія всей ободочной кишки. Чѣмъ короче эта связка тѣмъ плотнѣе фиксирована вся *col. desc.*

Mesosigmoideum.—Наблюдаются двѣ разновидности линіи прикрѣпленія корня *mesosigmoideum*:

Первая, болѣе часто встрѣчающаяся, наблюдается въ тѣхъ случаяхъ, когда *col. il.* и *col. pelv.* подвѣшены на брыжжейкѣ. При этомъ *mesosigmoideum* начинается отъ *crista iliaca*, подъ нижнимъ концомъ лѣвой почки, кнаружи отъ латеральнаго края *musc. ps. maj. sin.*, переходитъ вправо и вверхъ черезъ круглую поясничную мышцу къ 4-му или даже 3-ему поясничному позвонку; отсюда подъ острымъ угломъ отвѣсно спускается внизъ и вправо въ малый тазъ, къ крестцу. Чѣмъ выше вершина этого угла, тѣмъ рѣзче выраженъ *recess. intersigm.*

Вторая, рѣже встрѣчающаяся разновидность, наблюдается при

фиксированной *col. iliac.* При ней *mesosigmoideum* начинается отъ внутренняго края *m. ps. maj. sin.* и въ видѣ прямой или слегка изогнутой вправо и вверхъ дуги тянется внизъ, въ малый тазъ. *Recessus intersigmoid.* едва выраженъ или даже вовсе отсутствуетъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ три части абдоральной половины ободочной кишки подвижны и снабжены брыжжейкой, *mesocol. desc.* сливается съ *mesosigmoideum*. Часто при этомъ всѣ три части брыжжейки рѣзко отграничены одна отъ другой; первая тянется вдоль латеральнаго края почки до *cr. il. (mesocol. desc.)*, вторая — отъ *cr. il.* до позвоночника (*mesocol. iliac.*), и третья—отъ позвоночника въ малый тазъ (*mesocol. pelvic.*). Иногда, однако эти три части слиты въ одну и линія прикрѣпленія корня общей брыжжейки, въ видѣ одной прямой или слегка изогнутой, тянется отъ уровня 12-го ребра черезъ почку и круглую поясничную мышцу въ малый тазъ. *Recessus intersigmoid.* отсутствуетъ, вся абдоральная половина ободочной кишки складывается въ видѣ разнообразныхъ петель и разграниченіе ея на отдѣльныя части невозможно. Въ такихъ случаяхъ описанную общую брыжжейку мы предлагаемъ называть *mesocolon aborale*.

Большой сальникъ въ указанномъ возрастѣ въ огромномъ большинствѣ случаевъ мало развитъ, натянутъ между большой кривизной желудка и поперечной ободочной кишкой. Сращеніе передняго листка сальника съ поперечной кишкой, за исключеніемъ праваго конца послѣдней, наблюдается очень рѣдко. *Lig. gastro-colicum* вслѣдствіе этого отсутствуетъ и *bursa omentalis* вмѣстѣ съ сальникомъ при раздуваніи черезъ *foramen epiploicum* наполняется воздухомъ.

Правый край большого сальника изрѣдка сращенъ съ *flex. col. dext.*, лѣвый же иногда сливается съ *lig. phrenico-col. sin.* Въ нашихъ случаяхъ лѣвый край сальника отъ *curv. maj. ventr.* въ области *fundus* прикрѣплялся къ переднему краю селезенки (*plica presplenica*) 4 раза, 7 разъ онъ обходилъ нижній конецъ селезенки и прикрѣплялся къ ея діафрагматической поверхности и къ паріетальной брюшинѣ.

Lig. hepato-pyloro-colicum—широкая брюшинная связка, представляющая часть малаго сальника. Нижній конецъ этой связки переходитъ въ составъ большого сальника и вся связка бываетъ ясно выражена только тогда, когда верхняя часть большого сальника, вслѣдствіе сращенія съ поперечной ободочной кишкой, уже образовала *lig. gastro-colicum*. Въ отлчіе отъ взрослоаго рѣзкое развитіе *lig. hepato-pyloro-colicum* въ первомъ году жизни встрѣчается рѣже.

Lig. cysto-pyloro-colicum—начинается отъ вентральной поверх-

ности желчного пузыря, иногда от самого дна его, и сливается своим лѣвымъ краемъ съ предыдущей связкой. Рѣдко достигаетъ значительнаго развитія и какъ, и предыдущая, рѣзко отграничиваетъ col. asc. отъ col. transv. Въ первомъ году жизни встрѣчается рѣдко.

Lig. hepato-colicum встрѣчается еще рѣже предыдущей. Начинается отъ нижней поверхности правой доли печени и прикрѣпляется къ началу col. transv.

Mesocolon transversum—въ большинствѣ случаевъ начинается на срединѣ нисходящей части 12-типерстной кишки и имѣетъ дугообразную форму съ выпуклостью, обращенной вверхъ и послѣдовательно прикрѣпляется къ головкѣ pancreas, къ тѣлу ея, до верхняго конца лѣвой почки. Верхней своей поверхностью она прилежитъ къ задней стѣнкѣ желудка и при хорошемъ развитіи ограничиваетъ сверху куполь ямы, заполненный петлями тонкихъ кишекъ. Col. transv. при этомъ имѣетъ поверхностное положеніе.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда col. asc. коротка и фиксированная часть ея располагается низко, корень mesocolon transvers. начинается отъ нижняго конца правой почки, тянется вверхъ и влѣво по передней поверхности правой почки, къ срединѣ 12-типерстной кишки и въ дальнѣйшемъ имѣетъ ходъ, уже описанный выше.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда адоральная часть ободочной кишки подвѣшена на общей брыжжейкѣ и не имѣетъ фиксированной части, мы имѣемъ mesocolon adogale. Въ такихъ случаяхъ нижній, правый конецъ mesenterium переходитъ въ mesocol. adogale у нижняго конца правой почки или нѣсколько выше его и медиальнѣй.

Въ одномъ случаѣ мы встрѣтили mesocol. adogale и abogale одновременно. Въ этомъ случаѣ мы наблюдали такимъ образомъ не дифференцированную первичную mesenterium commune. Но линія прикрѣпленія корня ея ясно раздѣлилась все же на три части: отъ 2-го поясничнаго позвонка слѣва и сверху, вправо и внизъ, къ нижнему концу правой почки—mesenterium; далѣе, вверхъ и влѣво черезъ duodenum къ верхнему полюсу лѣвой почки—mesocolon adogale и, наконецъ, вдоль латеральнаго края лѣвой почки черезъ musc. ps. maj. sin. въ малый тазъ до 3-го крестцоваго позвонка—mesocolon abogale.

Lig. phrenico-co. dextr. связка, натянутая между концомъ col. asc. и реберной частью діафрамы, встрѣчается очень рѣдко въ первомъ году жизни.

Lig. colico-aterae asc. и lig. caeco-laterale—встрѣчаются въ видѣ одной хорошо выраженной или нѣсколькихъ слабо развитыхъ

брюшинныхъ связокъ, спускающихся съ боковой стѣнки живота къ восходящей ободочной кишкѣ. Особенно часто наблюдаются въ случаяхъ короткой и низко фиксированной col. asc. Иногда обѣ эти связки сливаются въ одно образованіе. Въ такихъ случаяхъ col. asc. спереди, сзади и съ медиальной стороны покрыта брюшиной и начало ободочной кишки, будучи оттянуто вправо, приращено къ боковой стѣнкѣ живота.

Lig. mesenterico-mesopelvicum—эта брюшинная связка встрѣчается довольно часто, но достигаетъ различной степени развитія. Она хорошо видна, если оттянуть flex. sigm. впередъ и влѣво, а конецъ подвздошной кишки вверхъ и вправо: эта связка тянется отъ mesosigmoideum вправо и впередъ, переходитъ черезъ позвоночникъ на уровнѣ 4 или 5-го поясничнаго позвонка и сливается съ лѣвой пластинкой mesenterium, недалеко отъ нижняго конца ея. Эта связка сближаетъ col. pelv. съ подвздошно-слѣпокишечнымъ соединеніемъ вслѣдствіе чего начало и конецъ ободочной кишки оказываются смѣщенными всегда въ одну сторону: если caecum находится въ правой сторонѣ, то и col. pelv. смѣщена къ правой брыжжеечной пазухѣ и, наоборотъ, если col. pell. занимаетъ лѣвую половину брюшной полости, то и caecum оказывается слѣва отъ средней линіи.

В ы в о д ы.

I. Ободочная кишка въ первомъ году жизни имѣетъ свои индивидуальныя—возрастныя особенности, отличныя отъ зародышевой жизни и отъ взрослага состоянія. Однако, благодаря именно этимъ особенностямъ ободочная кишка съ точки зрѣнія исторіи развитія все же ближе стоитъ къ ободочной кишкѣ зародыша, чѣмъ взрослага.

II. Безчисленные, не поддающіеся точной и исчерпывающей классификаціи варианты формы, положенія, величины просвѣта и длины какъ всей ободочной кишки, такъ и ея отдѣльныхъ частей, а также разнообразное развитіе вторичныхъ образованій серознаго покрова во всемъ многообразіи связочнаго аппарата указываютъ на то, что ободочная кишка не совершила еще своей полной эволюціи.

III. Неисчерпаемые варианты ободочной кишки находятся въ прямой связи съ возрастными особенностями устройства брюшной полости и органовъ, въ ней заключающихся.

IV. Особенно частымъ вариантамъ подвержена адоральная половина толстыхъ кишекъ:

а) въ однихъ случаяхъ адоральный отрѣзокъ толстыхъ кишекъ отъ caecum до colon transversum прификсированъ къ задней стѣнкѣ

живота и выдѣленъ нами въ особую первую серію подъ названіемъ *col. asc. fixum totale*. Смѣщаемость слѣпой кишки и основанія ея придатка, а также подвздошно-слѣпокишечнаго соединенія весьма ограничена. Слѣпая кишка сравнительно рѣдко вполне опущена въ правую подвздошную яму.

б) Въ другихъ случаяхъ, начало адоральной восходящей ободочной кишки на различномъ протяженіи покрыто со всѣхъ сторонъ брюшиной, подвѣшено на брыжжейкѣ, представляющей часть правой, нижней половины *mesenterium*. Эти случаи выдѣлены нами во вторую серію подъ названіемъ *colon asc. fixum partiale*. Къ этой части восходящей ободочной кишки, являющейся вмѣстѣ съ *caecum* свободной, подвижной, мы примѣняемъ вмѣстѣ съ другими авторами терминъ—*col. asc. mobile*.

V. Адоральная половина толстыхъ кишекъ первой серіи всегда короче аборальной, занимаетъ обычно глубокія части брюшной полости у задней стѣнки, находится въ состояніи *microcolia* и, снабжена короткой *mesocolon transversum*, рѣдко имѣетъ поверхностную часть поперечной ободочной кишки и по ходу и положенію часто приближается къ *colon obliquum* зародышевой жизни.

VI. Правая подвздошная яма, какъ въ I, такъ и во II серіи случаевъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ, выстлана брюшиной и занята или свободной *caecum* или *col. asc. mobile* или брюшной петлей *colon pelvicum* или петлями тонкихъ кишекъ, а иногда еще и, несуществующей половой железой.

VII. II серія, *col. asc. fix. partiale*, наиболѣе многочисленна, представляетъ нормальное явленіе и характеризуются слѣдующими особенностями.

1) адоральная половина толстыхъ кишекъ длиннѣе аборальной и состоитъ изъ четырехъ частей: а—*caecum* съ придаткомъ, б—*colon ascendens mobile*, в—*colon asc. fixum*, д—*colon transvers.* Длина третьей части (в) колеблется между $\frac{1}{2}$ и 5 см.

2) *Caecum* (II серія) обладаетъ значительной подвижностью и вмѣстѣ съ основаніемъ придатка и подвздошно-слѣпокишечнымъ соединеніемъ можетъ быть найдена въ любомъ мѣстѣ брюшной полости—*caecum mobile*, *caecum migrans*. Вслѣдствіе этого указанная часть не имѣютъ какого-либо положенія и любое ихъ положеніе не можетъ быть отнесено къ разряду явленій аномальныхъ или тѣмъ болѣе патологическихъ.

3) Степень смѣщаемости указанныхъ частей *caput coli* находится въ зависимости отъ длины *colon asc. mobile*.

4) Чѣмъ короче третья часть (в), тѣмъ длиннѣе примыкающіе къ ней (б и д), тѣмъ ближе концы *mesenterium* и *mesocolon transversum* и тѣмъ значительнѣе смѣщаемость *caput coli*.

5) Полное отсутствіе третьей части (в) встрѣчается рѣдко и всегда одновременно съ недифференцированной *mesenterium adorale*. Въ указанномъ возрастѣ это явленіе должно разсматриваться, какъ одинъ изъ вариантовъ нормального развитія.

VIII. Форма слѣпой кишки въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ еще сохраняетъ зародышевый типъ, причѣмъ въ случаяхъ первой серіи чаще встрѣчаются I и II типы, а въ случаяхъ второй серіи III и IV типы. Существованіе такъ называемаго „дѣтскаго типа“ слѣпой кишки, какъ постоянного и обязательнаго для дѣтскаго возраста, нашими изслѣдованіями не подтверждается.

IX. *Appendix* лежитъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ *intra-peritoneal'но*, но довольно часто лишень *mesentriolum* и припаянъ къ *col. asc.*, особенно въ случаяхъ второй серіи. Въ послѣднемъ случаѣ, вслѣдствіе подвижности *col. asc. mobile*, наибольшей смѣщаемости подвержено основаніе отростка.

Полное спаяніе отростка на всемъ протяженіи не наблюдается, т. к. верхушка его на $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ см. всегда свободна.

X. *Microcolia* во всѣхъ случаяхъ I и II серіи свойственна чаще *col. asc. fixum*. и *col. desc.* *Macrocolia*—*col. asc. mobile*, *col. transvers.* и брюшной петлѣ *col. pelvicum*.

XI. *Microcoli'a* во всѣхъ частяхъ ободочной кишки чаще встрѣчается въ случаяхъ I-й серіи, а *mesocolia*—въ случаяхъ II-ой серіи.

XII. Ограниченныя сужженія и перетяжки наблюдаются всегда въ однихъ и тѣхъ же излюбленныхъ пунктахъ ободочной кишки и соответствуютъ тѣмъ участкамъ ея, которые еще въ періодѣ утробной жизни отличались наибольшими дефектами кровоснабженія.

XIII. *Colon transvers.* есть самая длинная часть толстыхъ кишекъ, ея положеніе и форма находятся въ тѣсной зависимости отъ величины и положенія печени, желудка и селезенки, отъ развитія *mesocol. transvers.* и отъ положенія *lig. teres hepatis*. Въ большинствѣ случаевъ въ *col. transv.* можно различать слѣдующія части: *flexura hepatica*, *ansa hepato-colica* съ заключенной въ послѣдней *ansa colicalig. teretis* (послѣдняя не всегда), *ansa gastrica* и послѣдняя—*flex. coli lienalis*.

Наиболѣе постоянной частью *colon transv.* есть *ansa gastrica*.

XIV. Дѣленіе *flexura sigmoidea* на *colon iliacum* и *colol pelvicum* вполне цѣлесообразно.

XV Въ colon pelvicum слѣдуетъ различать дѣйствительно тазовую петлю, непостоянную и болѣе постоянную петлю, брюшную, наиболѣе смѣщаемую.

Первой части свойственна microsolia, второй—macrocolia; короткая, безъ указанныхъ двухъ петель, colon pelvicum встрѣчается рѣдко.

XVI Fossa iliaca sin, также какъ и правая выстлана брюшиной и послѣ col. iliacum чаще всего занята петлями тонкихъ кишекъ.

XVII Col. iliacum есть непостоянная часть ободочной кишки.

XVIII Пленчатая отложенія брюшины встрѣчаются преимущественно въ области нижняго конца colon desc., Flexura coli sinistra, flex. coli dextra, col. asc. fixum и caput coli.

XIX Пленчатая отложенія брюшины чаще наблюдаются въ случаяхъ 1-ой серіи.

XX Въ тѣхъ случаяхъ, когда caecum окружена пленчатыми отложеніями, appendix лежитъ внѣбрюшинно.

XXI Lig. phrenico—colicum sin. есть связка абсолютно постоянная. Ея отсутствіе исключительная рѣдкость и совпадаетъ съ аномаліей положенія толстыхъ кишекъ.

XXII Lig. phrenico-colicum dextr. въ первомъ году жизни встрѣчается рѣдко.

XXIII Lig. vesico—umbilicalia lateralia въ первомъ году жизни представляютъ большой интересъ, т. к. онѣ поднимаютъ брюшину въ дубликатуру и образуютъ медиальныя стѣнки fossae iliacaе. Lig vesico-umbil. lat. съ лѣвой стороны часто весьма рѣзко разграничиваетъ colon iliacum и colon pelvicum.

XXIV Lig teres hep. имѣетъ въ слѣдствіе низкаго положенія пупка важное значеніе фиксирующаго аппарата поперечной ободочной кишки, соотвѣствуетъ линіи Fromont'a, раздѣляетъ брюшную полость на двѣ части и способствуетъ образованію особой петли.

XXV, Въ подвздошныхъ ямахъ (особенно правой) часто (особенно у женщинъ) можно наблюдать не опустившіяся половыя железы.

Заканчивая изложеніе настоящаго изслѣдованія считаю долгомъ высказать свою глубокою благодарностью, Медицинскому Факультету Харьковскаго Университета, оказавшему мнѣ большую поддержку въ напечатаніи настоящей работы.

Приношу искреннюю благодарность профессору Альфреду Генриховичу Зоммеру за всѣ совѣты, указанія и помощь при исполненіи настоящей работы.

Сердечно благодарю и Ве. Г. Аверина за точное и художественное исполненіе тушевыхъ рисунковъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1875 г.

1. В. Фроловскій.—Матеріалы къ анатоміи пищеварительнаго канала грудныхъ дѣтей. Дисс. Петербургъ.

1880 г.

2. Stocquart A.—Note sur l'Anatomie de S. iliaque et du rectum dans l'enfance. Journ. de méd. chirurg. et de pharmacol. Bruxelles. 38 année. Vol. 70. p. 548.

1881 г.

3. Таренецкій.—Beiträge zur Anatomie des Darmkanals. Mém. de l'Acad. imper. de Scienc. de St.-Petersb.

1885 г.

4. Treves.—Anatomy of the intestinal canal and peritoneum in man.

1886 г.

5. Schiefferdecker.—Beiträge zur Topographie des Darmes. Arch. f. Anat.

1887 г.

6. R. Tuffier.—Etude sur le caecum et ses hernies. Arch. gènèr. de méd. Vol. I. стр. 64.
7. M. Tuffier.—Étude sur le caecum et ses hernies. Arch. gènèr. de méd. Vol II. стр. 52.

1890 г.

8. W. H. Bennet and. H. D. Rolleston, Abdominal arrangement of the ileo-caecal portion of the intestine. Jour. of anat. and. physiol. Vol XXV, стр. 87

9. Rolsen.—Ein Beiträge zur Kenntniss der. Längenmasse des deutshen Darms. Diss. Dorpat.

10. Cl. fon Samson.—Zur Kenntniss der Flexura sigmoidea coli (S. Romanum). Diss Dorpat.

11. H. P. Fromont.—Contrib. à l'Anatomie topographique de la portion sous diaphragmatique du tube digestif. Thèse Lille.

1891 г.

12. Н. Гундобинъ.—Строеніе кишечника у дѣтей. Диссер. Москва.

II

- 12a. **C. B. Lockwood** и **H. D. Rolleston**.—On the fossae round the caecum and the position on the vermiform appendix with special reference to retro-peritoneal hernia.

Journ. of anat. and. physiol. Vol. XXVI, p. 135.

1892 г.

13. **Clado**.—Appendice caecal: anat., embriol., anat. compar.
Compt. rend. hebdomadaires des séances et mémoires de la Soc. de biol. T. 4. Paris. p. 133.
14. **Fel. Legueu**.—La situation du caecum chez l'enfant.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris. Année 67, p. 55.
15. **Г. Турнеръ**.—Къ анатоміи слѣпой кишки и червеобразнаго отростка въ отношеніи къ патологіи перитифлита.
Диссер. Петербургъ.
16. **Ch. Fleury**.—Essai sur l'anatomie de la rate.
Thèse de Paris.
17. **I. L. Faure**.—L'appareil suspenseur du foie.
Thèse de Paris.

1893 г.

18. **Дм. Соколовъ**.—Къ вопросу о примѣненіи высокиихъ клизмъ у дѣтей.
Болън. газ. Боткина, стр. 945, 974, 998, 1024, 1051.
19. **Struthers**.—Specimens of Appendix vermiformis.
The transactions of the Medico surgical. Society of Edinburgh.
Vol. 12, p. 238.

1894 г.

20. **Dreike**.—Ein Reitrage zur Kenntniss der Länge des menschlichen Darmcanals.
Juriew. Diss.
21. **Juvara E**.—Contribution à l'anatomie du gros intestin. Trajet anormal du colon
Bul. de la Soc. Anat. de Paris.
An. 69. p. 845.
22. **Juvara E**.—Disposition anormal du mesoappendice du repli iliocaecal infer. et de la fossette il.—caec. infer.
Bul. de la Soc. Anat. de Paris.
An. 69. p. 934.
23. **M. M. Jonnesco et Juvara**.—Anatomie du caecum et de l'appendice ilio-coecal.
Bul. de la Soc. anat. de Paris.
Ann. 69. p. 38.
24. **М. Т. Тихоновъ**.—Объ энергіи роста конечностей и позвоночнаго столба до 14-тилѣтняго возраста.
Дис. Петербургъ.
25. **Rich. I. A. Berry**.—The Anatomy of the Vermiform Appendix.
Anat. anzeig. B. X. № 24 стр. 761.
26. **Rich. J. A. Berry**.—The Anatomy of the caecum.
Anatomischer Anzeiger B. X. № 13. стр. 401.

III

27. **Faure J. L.**—Anomalie dans la situation du caecum et de l'extrémité de l'ileon.
Bul. de la Soc. Anat. de Paris.
Année 70.

1896 г.

28. **Mauclore Pl. et Mouchet A.**—Considération sur la forme et les moyens de fixation du colon transverse.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
Année 71. p. 600.
29. **Пашковскій М. Е.**—Материалы къ вопросу о высотѣ брыжжейки тонкихъ и толстыхъ кишекъ.
Дисс. Петербургъ.

1897 г.

30. **M. Lemaire**.—Anatomie topographique des organes abdominaux du foetus et de l'enfant.
Thèse. Lille.
31. **Стопницкій С. О.**—По вопросамъ анатоміи брыжжеечной части тонкой кишки и ея брыжжейки.
Москва.

1898 г.

32. **Charpy A.**—De la capacité du caecum. Bibliogr. anat. T. 6. p. 143.
33. **Cochan Em.**—La situation du colon transverse.
Thèse. Paris.

1899 г.

34. **Chr. Addison**.—On the topograph. anat. of. abdom. visc. in man especially the gastro-intestin. canal.
Journ. of. anat. and. physiol.
Vol. XXXIII стр. 565.
35. **В. И. Лисенко**.—Ростъ и строеніе желудка у дѣтей.
Дисс. Петербургъ.
36. **A. Swaen**.—Note sur la topographie des organes abdominaux et sur la disposition du peritoneum.
Bibliogr. anat. T. 7. p. 153.

1900 г.

37. **P. Vallée**.—Situation du caecum et de l'appendice chez l'enfant.
Thèse Paris.
38. **P. Gillis**.—Situation de l'appendice caecale.
Journ. de l'Anat et de la Physiol.
№ 5 стр. 568.
39. **Дебеле Ф. Г.**—О длинѣ кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ.
Дисс. С. Петербургъ.
40. **Ө. Ю. Ковальскій**.—О печени у дѣтей.
Дисс. Петербургъ.

41. **M. Cavalié.**—Recherches anatomiques sur le côlon iliaque et sur le côlon pelvien.
Congrès international de Médecine. Section d'Anatomie.
Paris p. 112.
43. **Mariau.**—Variabilité des rapports de l'appendice avec le caecum.
Bibliogr. anat.
T. 8 p. 227.
44. **G. Peronidi.** Recherches anatom. sur le caecum et son appendice.
Revue de chirurgie.
№ 8 p. 221.
1901 г.
45. **О. Г. Шиманъ и В. М. Минцъ.**—Анатомическія изслѣданія на іліосаесал' номъ отдѣлъ кишечника у дѣтей ранняго возраста.
2-ой съѣздъ Росс. Хирур. 21—31 дек.
1902 г.
46. **А. П. Бондыревъ.**—Материалы къ измѣренію роста и отдѣльныхъ частей тѣла у дѣтей.
Дисс. Петерб.
47. **Noé Josef.**—Influence prépondérante de la taille sur la longueur de l'intestin
Compt. rend. Soc. biologie.
T. 54. p. 1489.
1903 г.
48. **P. Ancel et L. Sengert.**—Sur le petit épiploon le ligament hépato duodeno—épiploïque.
Bibliograph. Anatom.
T. 12. p. 1 и 102.
49. **Jean Buy.**—Au sujet du ligam. cysto—colique.
Bibl. anat.
T. XII. p. 65.
50. **Gérard G.**—De quelques anomalies de côlon transverse.
Bibliogr. anatom.
T. 12 p. 56.
51. **G. E. Smith.**—Note of abnormal colon.
Journ. of. Anat. and. physiol. Vol. XXXVIII. стр. 32.
1904. г.
52. **P. Alglave.** Un cas de mégacaecum consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant elle-même provoque par une ectopie renale droite fixée. Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
Année 79 p. 443.
53. **Quénu et Heitz—Boyer.** Anatomie du caecum et de l'appendice.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
An. 79. p. 777.
54. **Lacasse R. et Nau P.**—Anomalie de situation et de volume de l'intestin.
Bull. mém. Soc. anat.
Paris. T. 79. p. 67.

55. **M. A. Play.**—Positions anormales de l'appendice.—Hernie appendiculaire congénitale.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
Année 79. p. 312.
1905 г.
56. **Grunfelt E. et Delmas J.**—Forme du segment caeco—appendiculaire de l'intestin.
Montpellier médical.
Paris. T. 21. p. 357.
57. **Colin R.**—Modifications topographiques des organes splanchnique avec dilatation du côlon transverse chez un enfant de onze mois.
Bibliogr. anatom.
T. XIII. № 6. p. 292.
58. **Fredet M.**—A propos du communication de M. M. Quénu et Heitz—Boyer sur l'anatomie du caecum et de l'appendice.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
An. 80. p. 188.
1906 г.
59. **Delmas I.**—Sur la forme du caecum.
Bibliogr. anat. Supplém.
60. **Delmas I.**—Sur la forme du caecum. Compt. rend. de l'assoc. des Anatomistes 8 Reun. Bordeaux.
Bibliogr. anat. Supplém. p. 94.
62. **Letulle Maurice.**—L'appendice vermiforme de l'homme.
Compt. rend. Sol. eiol. T. 60. p. 842.
1907 г.
63. **P. Alglave.**—Contribution à l'anatomie chirurg. et comparée du segm. ileo—caecal de l'intestin de l'adulte.
Bul. de la Soc. Anat. Paris. Année 82.
64. **Ancel P. et Cavaillon P.**—Torsion du mesentère avec accolement atypique du côlon ascendant.
Bul. et mém. de la Soc. Anat. de Paris.
Année 82. p. 76.
65. **Ancel P. et Cavaillon P.**—Caecum retro—colique et mesoileon.
Bul. mém. Soc. Anat. Paris.
An. 82 p. 274.
66. **Проф. Ростовцевъ М. И.**—Ученіе о перитифлитѣ.
Петр. „Практ. Мед.“
1908 г.
67. **F. S. Parsons.** On the form of the caecum.
Journ. of. anat. and. physiol.
Vol. XLII. стр. 30.
1909 г.
- 67a. **B. Robinson**—The Arteries of the Gastro—intestinal Tract with Inosculation Circle.
Chicago.

68. **M. P. Alglave.**—Présence simultanée dans la fosse iliaque droite de l'S itaïque, et du caecum adhérents l'un à l'autre et à la paroi postérieure de la fosse chez un enfant agé de 8 mois.
Bul. mém. Soc. Anat. Année 84.
69. **Alglave M. P.** Anomalie du longueur du côlon acend. avec une disposition serpentine de coudures de cet intestin et une péricolite intense qu'a provoquée une ptose rénale droite du troisième degré.
Bul. mém. Soc. anat. Paris.
Année 84. P. 390.
70. **E. Yochida.**—Ueber Erweiterungen des Dickdarmes im Kindesalter.
Diss. München.

1910 г.

71. **M. P. Alglave.**—Note sur la situation du rein chez le jeune enfant par rapport à la crête iliaque et réflexions sur l'ectopie rénale.
Bul. et mém. de la Soc. anat. de Paris.
T. 85. p. 595.
72. **M. P. Alglave.**—Recherches sur l'anatomie chirurg. du segm. ilio-caecal chez l'adulte et chez l'enfant et sur certaines hernies du caecum.
Bul. et mém. Soc. anat. de Paris.
T. 85. p. 266.
73. **Rh. Liertz.**—Die Lage des Wurmfortsatzes beim Fœtus und bei Kindern
Diss. München.
74. **Robinson R.**—Les mension du caecum et la typhlectasie.
Compt. rend. d' Acad. de Sciences.
T. 150. p. 639.
- 75a. **Ciechanowski u Gliniski K.**—Statistischer Beitrag zur Topographie des Proces vermiform. und des Caecum.
Warshau. Polnisch.
76. **Smith G.**—A statistical review of the variation in the anatomie positions of the caecum and the processus vermiformis in the infant.
The Anatomical record.
Vol. 5. p. 549.

1912 г.

77. **Старковъ А. В.**—Анатомія прямой кишки и мышць имѣющихъ къ ней отношеніе.
Москва.

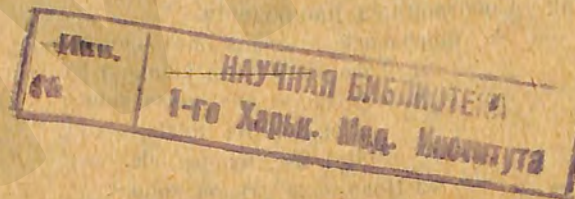
1913 г.

78. **Проф. Б. Г. Пржевальскій.**—Нѣсколько словъ о flex. coli sinistra съ точки зрѣнія топографіи.
Журн. Хар. Мед. Общ.
79. **D. Reid.**—Studies of the intestine and peritoneum in the human foetus.
Journ. anat and. phys
Vol. XLVII. стр. 255,268,484.

80. **D. Reid.**—Notes on the retrocolic fossa splenic process. of peritoneum and bloodless fold of Treves.
Journ. of anat. and phys.
Vol. XLVII. стр. 479.
81. **Ръзановъ М. М.** Пленчатя отложенія въ обл. проксимальнаго отдѣла толстыхъ кишекъ, какъ анатомич. образованіе—lig. variforme.
Хирургія. № 134. Февраль.

1914 г.

82. **Ръзановъ М. М.**—Фиксація, конфигурація и топографія толстыхъ кишекъ въ ихъ взаимоотношеніи.
Хирургія. Окт. № 214.



ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стр.
Введеніе	1.
Глава I-ая—Къ методикѣ	5.
„ II-ая—Общая топографія органовъ брюшной полости на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій	11.
„ III-ая—Литературныя данныя объ ободочной кишкѣ въ цѣломъ и по частямъ 1-го года жизни	53.
„ IV-ая—Собственныя наблюденія.	
А. Адоральная половина ободочной кишки	
а) О формѣ слѣпой кишки 1-го года жизни	65.
б) Восходящая ободочная кишка 1-го года жизни.	
Col. asc. fix. totale.	
Col. asc. fix. partiale.	77.
в) Положеніе слѣпой кишки	108.
г) Червообразный отростокъ	135.
д) Поперечная ободочная кишка	142.
Б. Аборальная половина ободочной кишки.	
е) Нисходящая ободочная кишка	151.
ж) Flexura sigmoidea.	154.
1. Col. iliacum.	156.
2. Col. pelvicum.	159.
„ V-ая—Общая характеристика ободочной кишки 1-го года жизни	164.
„ VI-ая—Брюшина	171.
Выводы	181.