

ли, чувствительность в области иннервации 6-го шейного корешка восстановилась, одимание плеча, движение вперед и назад стало возможным. Больной выписан и взят под наблюдение.

Удаленная опухоль величиной несколько больше гусиного яйца (8,5 x 4,5) овальной формы, твердо-эластической консистенции, одета тонкой фиброзной капсулой (см. рис.) Поверхность ее неровно-бугристая. Поверхность разреза белого цвета, с нерезко выраженным волокнистым строением, с небольшим количеством полупрозрачных и матового цвета участков.

При микроскопическом исследовании обнаружено, что опухоль в главной своей массе состоит из соединительно-тканых волокон с небольшим количеством клеток. Часть волокон гиалинизирована, часть же представляет из себя омертвевшую массу. Вокруг сосудов расположены участки, богатые молодыми соединительно-ткаными клетками. При окраске по Bielschowsky-Gros'у среди соединительно-тканых волокон обнаружены в небольшом количестве нервные волокна. Гистологический диагноз: *неврофиброма*. При гистологическом исследовании одного из биопсированных мелких подкожных узелков, разбросанных по всему телу больного, оказались те же результаты.

Литература: 1) Боголюбов. Хир. 1906 г., т. 16, 2) Тихов и Тимофеев. Хир. Лет. 1894 г., 5—3) Тихов. Р. Хир. Арх. 1904 г.—4) Слоним. Нов. Хир. Ар. 1930 г., № 80—5) Белкин. Рус. Вр., т. 3 1925 г.—6) Волкович. Хир. Арх. Вельям, 1921 г.—7) Никитин. Врач. газ., т. 24, № 48-49, 1917 г.—8) Ручинский. Врач. газ., 1908 г.—9) Филимонов. Моск. мед. ж. № 1, 1924 г.—10) Федоров. Каз. мед. ж., 1929 г., № 11.

Из 1-й Хирургической клиники Белорусского гос. мед. института. (Директор—проф. С. М. Рубашов).

## К вопросу о суставном хондроматозе<sup>1)</sup>.

Д-ра А. И. Михельсона (Минск).

С 5 рис.

Хондроматоз—редкое заболевание, относящееся к патологии суставной капсулы, и характеризуется тем, что внутри полости сустава мы находим образования различной величины, неправильной круглой формы узлов-опухлей, лежащих свободно, иногда на ножках, исходящих из синовиальной оболочки. Указанные образования обезображивают форму сустава и часто вызывают резкое ограничение подвижности, доводя объем движения иногда до минимума.

Первые описания хондроматоза коленного сустава относятся к 900 годам и принадлежат Рейхелю и Лексеру. Позднее был описан хондроматоз пястно-фаланговых суставов—(Мюллер), предплюсневых суставов (Лангемарк), кистевого сустава (Ридель). За последние годы число описанных случаев хондроматоза значительно увеличилось. Работам Кинбока, Паннера, д'Амато принадлежит подробная разработка вопроса рентгено-диагностики, клиники и терапии данного заболевания.

Степень частоты поражения разных суставов может быть выражена следующим образом: коленные суставы—50%, локтевые—14%, тазобедренные 10%, плечевые—6,5% и т. д. Мужчины заболевают почти

<sup>1)</sup> Демонстрировано и кратко доложено на конференции врачей Клинического городка Бел. мед. института 20/XII 1931 г.



Рис. 1. Рен-мма локтевого сустава.

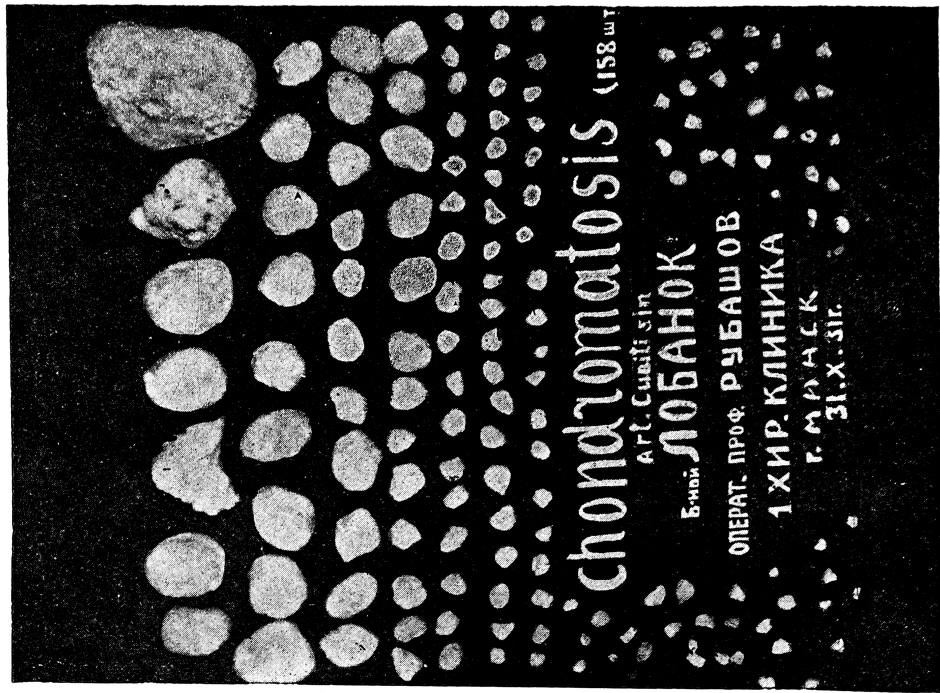
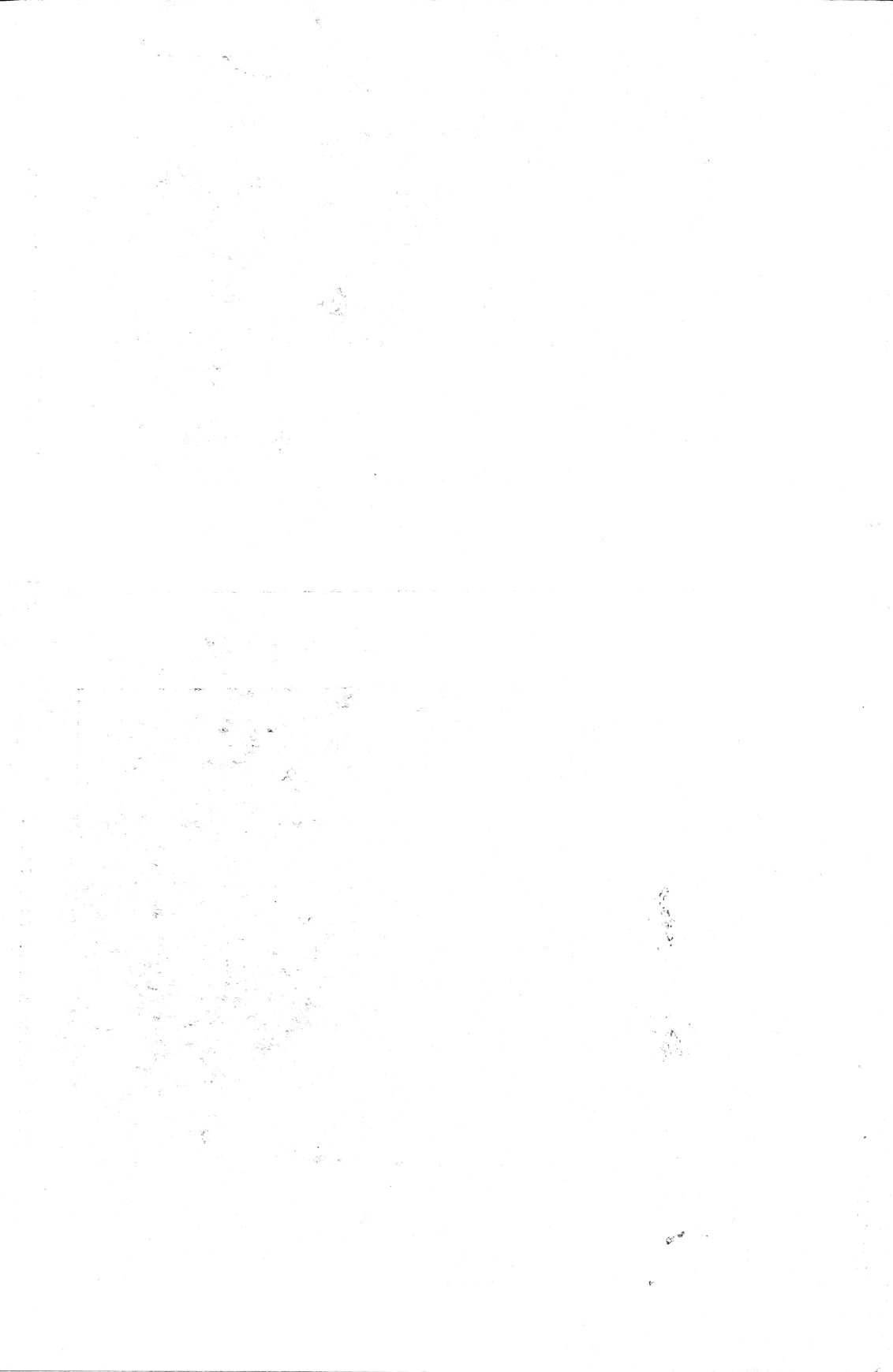


Рис. 2. Удаленные хондромы.



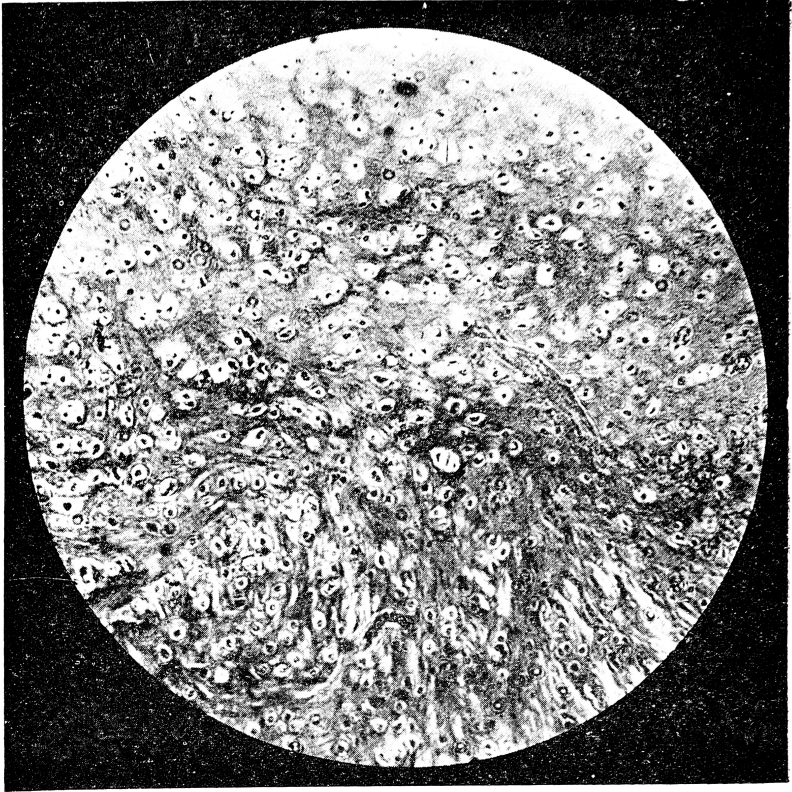


Рис. 3. Патол.-гист. картина.



Рис. 4. Рен-мма правого колен. сустава.



Рис. 5. Рен-мма левого колен. сустава.



в два раза чаще женщин. Возраст, который поражается хондроматозом, колеблется между 10—80 годами и главным образом падает на период 20—40 лет, где доходит до 20 и более процентов.

Отметить начало этого заболевания очень трудно, ибо клинические явления в ранней стадии совсем незначительны. Больные обращаются к врачу лишь после того, как у них появляются незначительные боли при ограничении подвижности, деформации сустава и т. д., т. е. тогда, когда хондромы достигли уже значительной величины и количества.

Рентгенологически Кинбек разделяет хондроматоз сустава на 2 типа: 1-тип,—так назыв. многоцентрический,—характеризуется наличием в полости сустава различной формы и величины большого количества отдельных хондром; 2-й тип—одноцентрический, это тогда, когда мы находим одно многогранное, большое тело, образующееся от слияния отдельных мелких хондром. Количество хондром может достигать больших чисел, например, в случаях, описанных Фишером и Берри, удалено из коленного сустава свыше 1.000 хондром, Гендерсоном—200, Кипнисом—207, в нашем случае было удалено 158 шт.

В конце 1931 г. мы в 1-й Хирург. клинике имели возможность наблюдать 2 случая суставного хондроматоза, на которых считаем небезинтересным кратко остановиться.

*Случай 1-й*—(ист. бол. № 396), 6-ной Л-нок И., крестьянин-колхозник, 45 лет, жалобы на деформацию левого локтевого сустава, на невозможность достаточного сгибания и разгибания, на боли при движениях и работе. *Анамнез и status praesens.* 17 лет тому назад больной заметил, что в левом локтевом суставе прощупывается какое-то образование—шарик величиной в фасоль. За последние годы сустав стал значительно увеличиваться, появились боли при движениях и ограничение подвижности. Размах движения колебался между 15—20°. Больной нормального телосложения и питания. В детстве перенес корь. Луес и ТВС отрицается. Со стороны наследственности отметить ничего не удается. Курит и пьет. В виду множественности и плотности прилегания хондром друг к другу прощупать отдельные тела снаружи не удалось. При рентгеноскопии обнаружено: резкое очерченный конгломерат и отдельные группки образований, локализирующихся, главным образом, на плечевой кости и на месте сочленения лучевой и локтевой костей (см. рис. № 1). Диагноз: суставной хондроматоз левого локтевого сустава. Больному предложена операция.

З/ХI—операция (проф. Рубашов). Под общим морфинно-эфирным наркозом, наружным Кохеровским разрезом был вскрыт сустав. В верхней части его, ближе к плечевой кости, образован карман в котором битком набиты свободные хрящевые тела (хондромы) разных размеров. В виду недоступности удаления всех хондром, находящихся позади и внутри сустава, последний был вскрыт еще в одном месте и таким образом из другого кармана удалены остальные хондромы; всего более 158 шт. (см. рис. № 2). Все тела находились свободно в полости сустава, за исключением нескольких маленьких, которые были на ножках, исходящих из синовиальной оболочки. Последние легко срывались пинцетом. Кетгут на суставную капсулу. Рана зашита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. На 8-й день сняты швы. Заживление первичным натяжением. Ранние движения. Больной выписался в хорошем состоянии.

Удаленные опухоли были подвергнуты патолого-гистологическому исследованию<sup>1)</sup>. Обнаружено было следующее: обычный гиалиновый хрящ местами и, главным образом, по периферии подвергнувшийся омертвлению. Отдельные места некротизированных хрящевых клеток. Далее в препарате можно ясно заметить места постепенного перехода соединительно-тканых элементов в хрящевые. Элементы костеобразовательного процесса, как звездчатые клетки, остеобласты и т. д., на нашем препарате не обнаружены (см. рис. № 3).

<sup>1)</sup> Препараты любезно были просмотрены проф. И. Т. Титовым.

*Случай 2-й.* Б-ной К-ский Ф., 49 лет, колхозник, жалобы на увеличение обоих коленных суставов, хруст и чувство боли при сгибании и ходьбе. Болеет 2 года. Б-ой выше среднего роста, хорошего телосложения и питания. Травмы колен и перенесенных болезней не отмечает. ТВС и Iues отрицает. Женат, имеет 6 здоровых детей. *Объективно:* Равномерное увеличение и деформация обоих коленных суставов. При ощупывании можно было обнаружить свободно-подвижные круглые тела разных размеров, количеством от 10—15 шт., которые расположены были в верхних заворотах и боковых отделах суставной полости. Диагноз: хондроматоз обоих коленных суставов. Рентгенограмма подтвердила наш диагноз (См. рис. №№ 4—5).

В первом нашем случае одновременно с пораженным локтевым суставом были проверены рентгеном также и остальные суставы больного, причем обнаружено, что левый коленный сустав также содержит небольшое свободное тело—хондрому.

Таким образом, взгляд некоторых авторов (д'Амато, Тарковская), что хондроматоз является моноартикулярным заболеванием недостаточно обоснован. Повидимому, остальные суставы ими не были детально обследованы.

Что касается вопроса этиологии и патогенеза хондроматоза, то до сих пор нет единства взглядов. Все же на основании данных эмбриологии и гистологии некоторые авторы выдвигают следующие теории. Проф. Петров считает, что по способу происхождения все хондромы основаны на аномалиях эмбриогенеза—к ним всецело применима теория Конгейма. Появлению их нередко предшествуют травмы, которые нарушают местное кровообращение и, следовательно, тканевое дыхание и, таким образом, способствуют росту клеток, приспособленных к усвоению кислорода не путем дыхания, а путем расщепления из различных углеводных запасов; повидимому, такими являются эмбриональные дистопические клетки. К этому добавляет, что хондромы синовиальной оболочки суставов—исключительно редкое явление. Другие авторы, с мнением которых соглашается и Вельяминов, считают, что хронические и мало интенсивные, но продолжительные раздражители синовиальной оболочки, как напр., сифилис и туберкулез, могут служить моментом начала образования хондроматоза. Бренкман полагает, что здесь происходит процесс метаплазии соединительно-тканых клеток в хрящевые. Наконец, доминирующая в этом вопросе теория Лексера, которая принимается большинством авторов, изучавших данное заболевание, гласит, что хондромы синовиальной оболочки происходят из заблудившихся и впоследствии разросшихся островков хрящевой ткани вследствие аномалийного развития сустава, ненормальной дифференцировки мезенхимальной полоски, на месте которой в дальнейшем образуется полость сустава с его синовиальной оболочкой.

Рен, соглашаясь в принципе с приведенным взглядом Лексера, добавляет, что мелкие узлы-опухоли образуются из элементов синовиальной капсулы в различных ее отделах. Крупные же опухоли, по его наблюдению, образуются исключительно на месте перехода капсулы сустава в покрывающий суставную поверхность кости хрящ. Объяснение происхождения крупных узлов-опухолей именно в этом отделе сустава он находит в меньшей дифференцировке элементов синовиальной оболочки на этих местах суставной капсулы, отличающихся своим микроскопическим видом от прочих отделов синовиальной оболочки. Эден, при своем опи-

сании случая хондроматоза тазобедренного сустава, указывает также, что узлы-опухоли небольшой давности локализируются именно на границе между капсулой и суставным хрящем, на месте перегиба капсулы, где клетки синовиальной оболочки представляются весьма разнообразной формы и не в конечной стадии своей дифференцировки.

Из приведенных теорий можно заключить, что вопрос этиологии и патогенеза хондроматоза еще далеко не разрешен и требует своего дальнейшего изучения.

Методы лечения суставного хондроматоза по своей радикальности могут быть разделены на 4 группы: 1) артротомия (Гендерсон, Фишер и др.), 2) артротомия с экстирпацией суставной капсулы (Ридель, Фингер), 3) резекция сустава (Рейхель, Эдэн, Лексер) и 4) ампутация конечности (Кинбек, Румпель).

Также опубликованы случаи совершенно не оперированные и не леченные (Копп, Трель, д'Амато).

При всех методах, за исключением ампутации конечности, были получены рецидивы в 10—15%. При этом большинство авторов советует пользоваться самой „паллиативной“ операцией—артротомией.

*Литература.* 1) Петров. Опухоли. Моногр. в учебн. Гессе-Гирголав-Шаак.—2) Высокович. Общ. патологич. анатомия, 1918 г.—3) Тильманс. Учение об опухолях. Рук. общ. хир., 1910 г.—4) Лексер. Учебник общ. хир., 1911 г.—5) Кипнис. Вестн. хир. и погр. област., 1930 г.—6) Тарковская. Вестн. Сов. Хирург. изд. 1929 г.—7) D'Amato. Forsch. aus dem Gebiete der Röntgenstr. 1927.—8) Panger. Acta radiologica. 1926.—9) Wilms-Pulcke. Handbuch der praktisch. Chirurgie. Bd. V.

---

Из Бершадской районной больницы.

## К распознаванию и лечению заворотов сигмовидной кишки.

Д-ра М. Г. Брейтмана.

Вопросу заворота сигмовидной кишки в последние годы уделено много внимания на хирургических съездах, на заседаниях хирургических обществ и на страницах хирургических журналов. В защиту того или иного метода лечения данного страдания приводятся статистические данные, ближайшие и отдаленные результаты, патолого-анатомические обоснования. Однако, полной согласованности по этому вопросу среди хирургов, повидимому, не имеется. Мы не думаем на основании нашего небольшого материала делать какие-либо обобщающие выводы, но все же несколько случаев, оперированных и бывших под нашим наблюдением за последние 4 года (1926—1930 г.г.), дают нам небольшое право поделиться полученными нами результатами.

Несколько слов о диагностике заворотов сигмовидной кишки. В большинстве случаев ileus'a трудно указать точную его локализацию; при данной форме нам кажется это, за редкими исключениями, возможно. Мы не станем повторять симптомов обтурационной, странгуляционной и динамической формы ileus'a, которые достаточно известны. Следует подчеркнуть следующие моменты: