

- 7) Горяев Н. К., Сергиевский М. В. и Цветков И. И. Учен. зап. Казун. 1929. Т. 89. № 3—4.—8) Золотарева Н. П. Труды IX Съезда терапевт. союз. ССР 1926. Стр. 334.—9) Кеннон Физиология эмоций. Перев. с англ. Изд. „Прибой“. 1927.—10) Коган М. Б. Клин. мед. 1926. № 12.—11) Коробков Л. И. К вопросу о самостоятельной деятельности сосудов. Дисс. Рукопись. См. также Pflüger's Archiv Bd. 219. H. 5/6 1928.—12) Кудинцев И. В. Врач. Дело. 1927. № 23—24. 13) Новодворский В. М. Врач. газ. 1929. № 5.—14) Тареев Е. М. и Владос М. Врач. Дело. 1928. № 8.—15) Фаерман И. Л. Болезни селезенки. 1928.—16) Шевандин М. Н. Сборник научных работ памяти проф. Л. В. Орлова. 1926.—17) Яблоков Д. Д. и Диковский А. М. Клин. мед. 1928. № 21.—*На иностран. яз.*—18) Aschoff—цит. по Naegeli.—19) Aubertin. Nouveau Traité de Méd. IX. 1927.—20) Balfour. Annals of Surgery. 1917. Vol. 65. № 1. Стр. 92.—21) Barcroft. Journ. Physiol. 64:1, 1927 и 68:375, 1930. Реф. J. A. M. A. 1930. Vol. 94. № 20 и 1928. Vol. 90. № 8. Также по Binet и др.—22) Beer. Annals of Surgery. 1928. Vol. 88. № 3. Стр. 344.—23) Biedermann. Pflüger's Archiv. 1904. Bd. 102.—24) Binet. La rate organe réservoir. 1930.—25) Binet. Presse méd. 1926. № 91.—26) Borysiewicz. Polska Gaz. Lek. 1928. № 39. Реф. Врач. раз. 1929. № 9.—27) Burton-Opitz. Pflüger's Archiv. Bd. 124 и 129.—28) Cheever. Annals of Surgery. 1928. Vol. 88. № 3. Стр. 442.—29) De-Léobardy et Raymond—no Presse méd. 1927. № 86. p. 1301.—30) Du Bois-Reymond—прив. по Hirschfeld'y: Die Splenomegalien. Spez. Pathol. u. Therapie, Kraus u. Brugsch. Bd. VIII. и по Березову.—31) Dittrich, Gerlach и Hery. Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilkunde. Prag. 1851. Bd. III.—32) Donath. Wien. klin. Woch. 1929. № 21. (Реф. клин. мед. 1930. № 11).—33) Drosdow и Botschescharow.—прив. по Jahresber. d. Anat. u. Physiol. 1875. 2.—34) Dürr Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. Bd. 72. H. 2.—35) Eppinger u. Schürmeyer. Klin. Woch. 1928. № 17. 36) Fiessinger. Journ. des. Practiciens. 1928.—цит. по Langeron и др.—37) Он же. Foie et Pancréas. Traité—Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix XII. 1923.—38) François-Franck et Hallion. Arch. de Physiol. norm. et. pathol. 1897. S. V. T. 9.—39) Frugoni. Presse méd. 1929. № 3 и 63.—40) Grégoire et Emile-Weil. Presse méd. 1929. № 24 и Arch. mal. Appar. digest. 1928. № 6.—41) Greppi—цит. по Villa, E.-Weil и Isch-Wall и др.—42) Henle. Zeitschr. f. ration. Med. Neue Folge. B. II. H. 3.—43) Kindborg. Nouveau Traité de Méd. IX. 1927.—44) Langeron, Galliégue et Turcay. Presse méd. 1929. № 69.—45) Laporte et Soula. C. R. Soc. Biol. 83. p. 660—цит. по Binet.—46) Magendie—прив. по Rochefontaine. Arch. de Physiol. 1873.—47) Morawitz. Klin. Woch. 1928. № 16.—48) Naegeli. Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung. 1929.—49) Он же. Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. inn. Med. 40 конгресс. 1928.—50) Pagniez Coste et Escalier. Presse méd. 1925. № 99.—51) Roncato—цит. по Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmakol. 1923. Bd. 17. H. 5/6.—52) Roy Journ. of. Physiol. 1880—82. Vol. 3.—53) Scheunert u. Krzywaneck—цит. по Binet.—54) Sokoloff u. Luchsinger. Pflüger's Arch. 1881. Bd. 26.—55) Straub. Pflüger's Arch. 1900. Bd. 79.—56) Tigerstedt. Die Physiologie des Kreislaufes. III. Bd. 1922.—57) Villa. Mediz. Klinik. 1929. № 23.—58) Villaret et Justin-Bezançon. Nouveau Traité de Méd. XVI. 1928.—59) Volkman—no Folia haem. Bd. 41. H. 3.—60) E.-Weil et Isch-Wall. Presse méd. 1929. № 84.—61) E.-Weil et Grégoire. Presse méd. 1929. № 20, p. 326.—62) Winkler. Pflüger's Arch. Bd. 71. 1898.—63) Wollheim. Klin. Woch. 1928. № 27.

Из Хирургического отделения Набережно-Челнинской больницы Татареспублики.

О конкрементах кишечника.

Б. В. Огнева.

Конкременты кишечника, встречаясь сравнительно часто у животных, бывают очень редко у человека. Болезненная форма, вызываемая кишечными камнями, была впервые описана французскими авторами и в частности Dieulafoy.

Под именем кишечных камней разумеются камни, образующиеся в самом кишечнике, совершенно не касаясь здесь желчных камней, попадающих сюда из желчного пузыря и желчных ходов и ошибочно принимаемых за энтеролиты. Fürstenberg в 1844 году, работая над энтеролитами животных, подразделял их на две большие группы: истинные энтеролиты, состоящие по преимуществу из неорганических соединений, и конкременты. Последние в свою очередь он подразделял на фитобезоары (Phytobezoare), волосяные опухоли (Pilobezoare) и смешанные, в зависимости от того, что преобладает в составе энтеролита. У животных энтеролиты очень частое явление, особенно у лошади, у которой они могут достигать громадной величины без того, чтобы сказаться на ее здоровье. К числу таких больших энтеролитов нужно отнести описанный в литературе энтеролит в 10 klg. весом и в окружности 58 см., кроме того Косоротов наблюдал безоар у лошади в ободочной кишке в 18 фунтов, а Schöcke выделил у лошади 16 кишечных камней весом в 20,9 klg.

У человека энтеролиты могут встречаться в любом отделе желудочно-кишечного тракта, и наиболее часто в червеобразном отростке и слепой кишке. В последней, по мнению Cruveillier и Talatmon'a, происходит образование ядра энтеролита, а затем он, попадая в червеобразный отросток, начинает постепенно путем наслоения увеличиваться. Ribbert и Ochler и др. доказали как раз обратное; по их мнению, формирование энтеролитов происходит в червеобразном отростке, где энтеролит может постепенно увеличиваться или же выталкивается из червеобразного отростка в слепую кишку. Указанный вопрос являлся спорным, хотя взгляд Ribbert'a имел больше сторонников, а в настоящее время, на основании работы Певзнера, следует прийти к выводу, что камни червеобразного отростка являются совершенно самостоятельными. Деление энтеролитов на истинные или настоящие, когда они тверды и не рассыпаются при давлении пальцами, и ложные, известные еще под названием каловых камней, когда они мягки и раздавливаются, нужно считать слишком произвольным, так как приложенная сила вполне субъективна и произвольна; вполне естественно, что и указанный критерий подразделения мало обоснован. Эберле предлагает твердость энтеролита определять отношением органических веществ к неорганическим. Барьерной цифрой он считает на основании его случая 1:20: все, что = 1:20 и выше будет говорить за каловый камень, все, что ниже, — за истинный энтеролит. По Швальбе истинные кишечные камни подразделяются на две большие группы: на камни преимущественно эндогенного происхождения и камни исключительно экзогенного происхождения. Первую группу камней составляют те энтеролиты, которые служат основой так называемой кишечно-каменной болезни, которая характеризуется образованием в кишках песка или камней и может наблюдаться у людей различного возраста. Так, Dieulafoeu описал подобный случай у ребенка 2½ лет. Образование энтеролитов, подобно образованию желчных и почечных камней, находится в связи с общими расстройствами обмена веществ в организме, может быть с подагрическим диатезом, артритизмом и пр. Кроме того, из местных этиологических моментов некоторые авторы указывают на слизисто-перепончатый колит, одновременно наблюдаемый с кишечными камнями. Ко

второй наиболее редкой группе кишечных камней относятся энтеролиты исключительно экзогенного происхождения. Образование их обуславливается долговременным употреблением некоторых неудобоваримых веществ, каковы: мел, известь, глина, земля, уголь и т. п. Отмеченные случаи наблюдались главным образом у истеричных и некоторых душевнобольных субъектов. Подобного рода кишечных камней описано очень мало. В русской литературе имеются случаи Эриксона и Швальбе, а в иностранной литературе Bamberger'a, Cloquet, Brande'a Henry, Hutchinson'a и M. de Laugenhagen'a.

Очень типичен в этом отношении случай Сарычевой-Швальбе. Большая в продолжении многих лет ела мел и песок, которые частью выходили с испражнениями, частью оставались в кишечнике; после смерти в последнем было найдено 35 камней, каждый со сливу, и около 10 с лесной орех. В случае, описанном M. de Laugenhagen'ом, больная ежедневно принимала большое количество соды, углекислой извести и углекислой магнезии; в результате—при каждом испражнении выходили 2—3 довольно больших камня серо-желтого цвета. Достаточно было прекратить прием указанных лекарственных веществ, как камни исчезли сами собой. В случае Hambl был найден салоловый энтеролит величиной с куриное яйцо. Далее описаны энтеролиты, состоявшие из углекислого магния (Esmagch, Treves), железа (Hutchinson), серы (Potein). В случае Naupyn'a долго употреблявшееся полоскание для зубов, состоявшее из t-rae Myrrhae и Rhatanhiaе, привело к энтеролиту такого же состава. André Mousson описал ложный литиаз кишечника у ребенка 3-х месяцев, вскармливаемого грудью и не стерилизованным коровьим молоком. У ребенка были частые колики и среди фекальных масс был найден желтоватый порошок, весивший 4—5 grm., в виде крупинок с просыпное зерно. При раздавливании крупинки изнутри были белого цвета, а при исследовании их под микроскопом состояли из иглообразных кристаллов, напоминавших кристаллы жирных кислот, что и было подтверждено химическим анализом. От настоящего кишечного песка крупинки отличались тем, что они не содержали минеральных веществ. Fiedemaud, Grauer, Mouasse, Vounegul-Schultze, Haberer обнаружили в желудке¹⁾ политуровые энтеролиты (Schelacksteine), причем из историй болезней больных, у которых были найдены политуровые камни, мы видим, что трое из них—столяры, один штукатур, одна женщина работница на лаковой фабрике, а двое остальных употребляли, повидимому, вместо водки политуру.

Winterstein в своей работе от 1925 года приводит классификацию камней желудочно-кишечного тракта с подразделением их на 5 групп. Классификация, как мы увидим ниже, во многом заимствована из работ Fürstenberg'a и Швальбе и в нее автор вносит систему, выделяя более определенно группы камней; к первой он относит истинные камни (энтеролиты), состоящие, главным образом, из неорганической субстанции; величина их редко достигает величины яйца. Одна треть до сих пор известных случаев должна быть причислена к истинным камням. Наибольший вес из найденных камней у человека этой группы имел 600.0. Ко второй группе он относит ложные камни, состоящие из органической субстанции (Phytobezoare, Pilobezoare, gemischte Konkremeute). Они большей частью мягки, порозны, легки, в объеме больше истинных камней и появляются чаще в единственном числе. Органическая основа камня связана, склеена слизью и слоями. Автор считает, что образование камней зависит от одностороннего питания с многими неперевариваемыми веществами. К третьей группе он относит камни, возникшие благодаря частому приему различных медикаментов (магнезии, salol'a

¹⁾ В случае Friedländer'a был одновременно обнаружен политуровый энтеролит в тонких кишках.

железа, мела и шеллака). К четвертой группе относит кишечный песок неорганического или растительного происхождения. К пятой группе — копролиты (Kotsteine), состоящие из уплотненного кала, могущие достигать значительной величины. Благодаря пропитыванию наружных слоев солями они могут приобрести твердость соответственную ложным и истинным камням. Камни этой группы чаще всего находят в червеобразном отростке. Но все же указанная классификация имеет недостатки, так как она лишена результатов точного микроскопического исследования камней. Последний вопрос рассматривается в классификации, предложенной Певзнером в 1928 году, где автор, в результате анализа камней, взятых из 19 червеобразных отростков, устанавливает морфологическое свойство камней, топографическое расположение их элементов, с целью выяснения формального и каузального генеза камней. В эту классификацию включены и те подразделения, которые предложил Winterstein в своей схеме для камней желудочно-кишечного тракта. В руководстве проф. Боякова от 1930 года все конкременты кишечного тракта животных подразделены на 1) Phytococoncreta, 2) Pseudoenterolithiasis и Enterolithiasis. Таким образом, автор и истинные энтеролиты в своей классификации причисляет к конкрементам, а pseudoenterolithiasis считает переходными образованиями между фитоконкрементами и энтеролитами.

Кишечные энтеролиты, как мы увидим ниже, встречаются гораздо чаще желудочных, и к этому имеются некоторые причины. Самая главная — это то, что реакция кишечного содержимого щелочная. Вторая причина, способствующая образованию камней, копростазы, наконец, третья причина — это так называемые мертвые пространства — пазухи слепой и ободочной кишки и наличие червеобразного отростка, „Schlupfwinkel“, как называют немцы. Кроме того, нужно указать на всевозможные вариации анатомического строения кишечника и его брыжейки, а также на ослабленную деятельность его, с различными изменениями слизистой оболочки. Так, в случае Лежнева, отмечалась крайняя вялость кишечника и ненормальная подвижность S-образной кишки.

В иностранной литературе уделено достаточное внимание вопросу о кишечных камнях. В доступной мне русской литературе имеется ряд печатных работ и отдельных сообщений, посвященных этому вопросу — Склифасовского, Швальбе, Халафова, Эриксона, Лежнева, Гауделина и мн. др.

К опубликованным случаям я позволю себе присоединить свой случай, касающийся больной З. З., 32 лет, татарки из деревни Нов. Ташлыяр Кармалинской волости Челнинского кантона, обратившейся на амбулаторный прием Наб. Челнинской б-цы 12/VI—29 г. с жалобами на периодические коликообразные боли в правой половине живота, на привычные запоры, усилившиеся за последнее время, и на вздутие живота. Б-ная астенического типа, кожа смуглая, подкожно-жировая клетчатка, мышечная и костная системы развиты слабо. При пальпации передней брюшной стенки, в лежачем положении б-ной, в правой половине живота прощупывается подвижная, неровная опухоль плотной консистенции. Б-ной было предложено стационарное лечение. После применения слабительных и целого ряда клизм выяснилось, что опухоль в размере не уменьшается и болезненные симптомы вместе с вздутием живота наступают также периодически, как и прежде. Предположительный диагноз — подвижная опухоль начала толстой кишки. Больной была предложена операция, на которую она согласилась. После предварительной подготовки б-ной, 19/VI—1929 года была произведена операция. Через разрез по Мс-Вигнеу под местной инфльтрационной анестезией вскрыта брюшная полость, где обнаружены подвижная слепая и восходящая части ободочной кишки.

набитые камнями. На вопрос, заданный 6-ной во время операции, не глотала ли она камней, я получил отрицательный ответ. Разрез был продолжен кверху и при осмотре слепой и восходящей частей ободочной кишки и их брыжейки обнаружено множество разбросанных узелков, величиной немного больше просяного зерна. Учитывая нарушение функции кишечной стенки указанного отдела и недостаточную проходимость на месте *valvulae Bauhini*, я произвел резекцию кишки от места на 15 см. проксимальнее конца подвздошной кишки до половины поперечной части ободочной кишки с последующим энтероанастомозом. Заживление раны регрессивным *intentionem*, и большая выписалась на 14-й день в хорошем состоянии.

При осмотре резецированного участка кишки обнаружены, как в стенке кишки, так и в небольшом участке брыжейки, многочисленные вышеотнесенные узелки. На разрезе стенка толстой кишки сильно гипертрофирована, в особенности в пределах *intest. coecum*, где она достигает 5 мм. толщины. Отверстие между створками *valvulae Bauhini* едва пропускает гонкой зонд, а близлежащие участки кишки резко уплотнены. Выступы и полудунные складки толстой кишки совершенно сглажены, калибр кишки не превышает средней нормы. В полости слепой, восходящей и начала поперечной частей ободочной кишки найдено 119 камней, из них 62 на вид каловые, не превышающие 2 см. в диаметре, и 57 мелких энтеролитов; последние по величине не превышают горошины самой разнообразной формы, часть из них в виде небольших черепиц, соответствующих, по видимому, выпуклости кишки. Кроме того обнаружены две целых косточки от слывы. Среди каловых камней обнаружен один камень, периферическая часть которого покрылась известью, и в виде выроста от него выступает каловый камешек, величиной немного больше ядра вишни. В одном каловом камне найдена косточка (птицы), в другом небольшая заостренная деревянная пластинка. На рентгеновском снимке резецированного участка кишки очень ясно видно концентрическое строение камней, что указывает на процесс сравнительно длительного формирования их в этом отрезке кишки.

Второй случай мне любезно был предоставлен д-ром Н. И. Вылегжаниным, который на вскрытии в Окружной психиатрической лечебнице обнаружил 11 каловых камней у умершего психически 6-ного Р., 30 лет, погибшего от серозно-фибринозного перитонита, причиной которого оказались перфорации конечного отдела подвздошной кишки вследствие расположения в этом участке кишки одиннадцати вышеотнесенных овальных каловых тел, длина которых колеблется от 3 до 5,5 см., оказавшихся состоящими из войлокообразно-перешлетенных грубых (матричных) волос, склеенных между собою плотными каловыми массами. Слизистая кишки в местах прилегания этих тел была изъязвлена и кроме того имелись перфорации, послужившие причиной перитонита. Первые приступы болей в животе были отмечены 1/VIII—30 года и в течение месяца отмечались все время с резкими обострениями до смерти.

Не безинтересно также отметить виденный мной на Утильзаводе в Казани сравнительно редкий случай огромного энтеролита весом в 1710,0, обнаруженного на вскрытии в слепой кишке у лошади. На распиле ясно видно концентрическое строение энтеролита, в самом центре которого обнаружено металлическое тело.

В просмотровой мною коллекции кишечных камней патолого-анатомического музея Ветеринарного института г. Казани обнаружено также несколько подобных энтеролитов, в центре одного из них находится булавка, в другом кусочек кирпича, в остальных тоже различные включения, послужившие началом формирования камней.

Касаюсь распознавания камней кишечника, следует отметить, что оно является весьма затруднительным, несмотря на целый ряд указаний диагностического значения, накопленных по этому вопросу в литературе. Анамнез заболевания имеет громадное значение, например в случаях обнаружения политуровых или волосяных камней. Кроме того, в случаях систематического приема больными различных лекарственных веществ или употребления, в особенности истеричками и душевно-больными, различных неудобоваримых веществ—извести, песка, мела, земли и т. п. Диагностика кишечных камней без Рентгена трудна, и мы имеем в литературе целый ряд указаний, когда носители подобных камней в течение нескольких лет не имели резких болей, то же самое отмечено

и в отношении целого ряда случаев и у животных. Припадки этой болезни в большинстве случаев зависят от формы ее. Периодическое и постоянное появление песка в испражнениях или совершенно не вызывает никаких болей, или сопровождается на подобие желчных и почечных—кишечными коликами и болезненностью испражнений, тогда как настоящие кишечные камни могут обусловить, помимо вышеупомянутых припадков, продолжительные запоры, частые, схаткообразные боли в животе с тошнотой и даже рвотой, могут оказывать влияние на деятельность соседних органов, и, наконец, дать полную закупорку кишки со всеми ее последствиями.

Так, в случае Лежнева развивалась три раза картина непроходимости кишечника (по месяцу), а на операции были найдены два больших энтеролита в S-образной кишке. У Грейманна описан случай, где у 6-ного была 18-дневная непроходимость кишечника, а Нейсен в своем случае отмечает 44-дневную непроходимость. С подобными случаями и приходится иметь дело хирургу, где и обнаруживается вся трудность распознавания кишечных камней.

Однако, в случае, описанном Лежневым, проф. Бобров до операции поставил предположительный диагноз каловых камней в толстой кишке. Конечно, при условиях вздутого живота прощупать камни не представляется возможным и только при умеренно вздутом, мягком и безболезненном животе можно произвести более подробное исследование и остановиться на самых характерных признаках этого заболевания—широкой подвижности и смещаемости участка кишечника, содержащего камни; кроме того иногда удается отметить увеличение и уменьшение объема камней, изменчивость их плотности и перекатывание их в кишке. Трудность диагностики подтверждается такими случаями каловых камней, которые даже невозможно распознать после вскрытия брюшной полости.

Для таких случаев Gersung предлагает особый «Klebesymptom» (симптом состоит в прилипании стенки кишки к каловым камням); этот симптом ему приходилось наблюдать при операции, хотя этот симптом не будет выражен при некоторых формах колита—в частности при ложно-перепончатом, как это отметил Hofmokl в своих двух случаях каловых камней.

Таким образом каловые камни могут иногда вызывать типичные случаи непроходимости от закупорки (ileus obturatorius). Хотя Albert считает мало вероятным, чтобы камни, образующиеся в толстой кишке или дивертикуле тонких кишек, внезапно и вполне закупорили кишечный просвет и относит подобные случаи к очень редким явлениям. Но проф. Г. Ф. Тилинг, на основании своих двух случаев непроходимости кишек, зависящей от желчных камней, и случаев Schloffer'a, приходит к заключению, что нельзя отрицать динамического, судорожного (спастического) ileus'a при наличии камней в кишечнике, что ясно подтверждается весьма демонстративным случаем Самгородского, который в пятом из описанных им случаев при лапаротомии видел ущемление камня (величиной в $\frac{1}{2}$ куриное яйцо) в спастически сокращенном участке толстой кишки. На основании последних указаний мы вправе предполагать наличие непроходимости или спастического ileus'a и при камнях гораздо меньших размеров; указанные явления, по De Quervain'u, могут наступить без ясно определенных причин.

Касаясь лечения при наличии камней в желудочно-кишечном тракте, следует отметить случаи, кончающиеся самоизлечением, когда во время приступов кишечных колик выделяются иногда кишечный песок

или камни *per vias naturales*. В других случаях камни, выделяясь, вновь не образуются по прекращении приема тех или иных лекарственных веществ, как это было в случаях *Leo, M. de Langenhagen'a* и *Эберле*. Кроме того мы в праве предположить самопроизвольное распадение камней в кишечнике, как это отмечено в отношении камней мочевого тракта. Последнему вопросу посвящен целый ряд работ: *Adria'n'a, Bastog'a, Мир-Касимова* и др. Согласно до сих пор высказанным взглядам, все условия, благодаря которым разрушаются камни в организме, можно разделить на 3 группы: 1) механические причины, 2) химические причины и 3) комбинация этих двух причин. Повидимому, в организме всегда имеется наличие всех этих моментов, так что возможно, что наличие химической причины служит подготовительной стадией для воздействия механической причины. Мне думается, что все указанные условия самопроизвольного распада камней мочевого тракта могут быть в известной степени отмеченными и при истинных кишечных камнях.

К числу консервативных методов лечения нужно отнести многократное применение сильных слабительных и масляных клизм с последующим массажем (*Самгородский*). Если камни удается спустить в прямую кишку, то отсюда их можно извлечь или рукой, или инструментами. Некоторые авторы рекомендуют не спешить с операцией даже при *ileus'e*, так как последний может разрешиться сам с последующим выделением камней (*Dod und Krönig*); с другой стороны, если ждать, пока прекратится перистальтика и присоединится перитонит, то оперировать будет поздно (*Pelz-Leiden*). К числу радикальных методов нужно отнести, конечно, чревосечение с последующим низведением камней до *ampulla recti*.

Так, в случае *Gersung'a* камни были обнаружены при лапаротомии, затем рана брюшной стенки была зашита, а после ее заживления при помощи массажа и масляных клизм удалось вывести кишечные камни. В случае *Склифа* с ового после лапаротомического разреза удалось через кишечную стенку размять каловую опухоль и на 4-й день после операции больного стало слабеть. Через год он умер от воспаления легких, и на вскрытии были обнаружены две язвы на том месте, где был каловый камень. *Самгородский* в одном из описанных им случаев у оперированной 6-ной по поводу миомы матки сделал на девятый день вторичную лапаротомию по поводу развившейся частичной непроходимости, причем он обнаружил в спастически сокращенном участке *S. Romanus* кишечный камень в $\frac{1}{2}$ куриного яйца, который он сдвинул с места ущемления и удалил естественным путем.

К числу других видов радикального лечения кишечных камней нужно отнести энтеротомию на месте расположения камней, с последующим извлечением их из просвета кишечника. Подобные операции были произведены *Халафовым, Hofmok'ем, Briau, Бобровым*. Особенно указанный способ рекомендует *Лежнев*, выставляя его в качестве вывода своей работы. Кроме того в литературе предложено при кишечных камнях накладывать энтероанастомоз или делать резекцию кишечника. При наличии камней в червеобразном отростке, вполне понятно, следует, как правило, производить аппендектомию.

Рассматривая описанные мною случаи в связи с литературными данными, я прежде всего хотел бы отметить большое количество камней (119) в моем первом случае.

Судя по литературным источникам, самое максимальное количество камней у человека было описано *Швальбе*, который обнаружил 45 камней в толстой кишке и обильное количество мелких в тонкой кишке. В случае *Aberle* было

удалено 32 камня и такое же количество было найдено Madelung'ом. Эберле отмечает от 15—20 камней, выделившихся у одной больной после припадка; по форме камешки напоминали черепушки разбитого стекла, цветом канифоли, образовавшиеся, как подтвердил анамнез, в результате приема б-ной, за неделю до припадка, salol'a. У животных количество камней встречается гораздо большее; так, Ренбод в кишечнике лошади описал 10 камней величиною каждый с кулак взрослого человека и в этом же случае было найдено 150 мелких камней. Купш описал 1.000 камней в кишечнике лошади.

Концентрическое строение камней у нашей б-ной указывает на довольно продолжительное пребывание их в кишечнике, тем более, что иногда нет прямой зависимости между величиной камня и количеством слоев, так как последние бывают неодинаково выраженными. Так, по предположению Fürstenberg'a, у животных камень диаметром в 15.7 см. может образоваться в один год, а по Шаллеру в два года. Fürstenberg в одном камне в 5.6 klg. весом и диаметром в 15 см. насчитал 720 слоев. Максимальная достоверная давность камней в кишечнике у человека отмечена Hedenius'ом в 16 лет и Лежневым в 14 лет. Касаясь морфологического свойства камней и топографического расположения их элементов в наших случаях, я остановлюсь на первом из них, где имеется 62 ложных энтеролита и 57 истинных.

В первой группе все каловые камни круглой формы, различной величины и на разрезе состоят из 3-х резко заметных слоев, самый поверхностный из них состоит из уплотненного кала, затем более плотный слой с включением извести



и, наконец, в центре известковое ядро, на срезе состоящее из нескольких более тонких, едва заметных слоев. Один камень из этой группы, как отмечено было выше, весь состоит из извести и имеет в виде придатка небольшой отросток. Вторая группа камней принадлежит к мелким истинным энтеролитам величиною не больше горошины, самой разнообразной формы, часть из них в виде черепиц, соответствуя, повидимому, выпуклости стенки толстой кишки. Эти камни очень тверды и плотны. На фотографическом снимке, произведенном с рентгенограммы резецированного участка кишечника, ясно заметна слоистость камней, причем периферия их более светлая, а область ядра более темная, на этом же снимке видны совершенно черные камни—это истинные энтеролиты.

Во втором описанном мною случае ложных камней (волосяные опухоли), относящихся к смешанным конкрементам, обнаружены переплетенные волосы,

послужившие ядром для образования каловых камней овальной формы. Они не представляют из себя особого интереса, как с точки зрения их топографического строения, так и с точки зрения химического состава, но имеют, главным образом, клинический интерес.

Третий случай интересен в том отношении, что он имеет резко контурированное ядро, в центре которого включено металлическое тело. Диаметр камня равен 14 см., а окружность его 42 см. К периферии от ядра имеется большое количество слоев от 1 мм. и меньше толщиной. На основании топографического расположения слоев, веса и твердости его следует отнести к числу истинных энтеролитов.

При химическом анализе камней первого случая оказалось, что наружная часть их содержит 35.85% золы, в пересчете на воздушно-сухое вещество, внутренней часть—76.0% золы. Зола состоит, главным образом, из фосфорно-кислой извести, быть может с небольшой примесью углекислых солей. Трипельфосфата не обнаружено. В общем представляют собою остатки органических веществ пищи, импрегнированных фосфорнокислым кальцием.

Химический анализ кишечных энтеролитов как у человека, так и у животных, на основании работ П. Ф. Топчьева и А. А. Соколова, Wöefler'a и Lieblein'a и случаев Эберле, указывает, что в составе этих камней мы можем встретить известное количество воды, щелочи, фосфорнокислой извести, трипельфосфаты, углекислую известь, сернокислую известь, углекислый натрий, кремнекислые и серно-кислые соли, спиртово-эфирно-хлороформенную вытяжку, белок, клетчатку, жир и калийные мыла, жирные кислоты, нейтральный жир, растворимые пищевые вещества, каловые массы и конкременты магнезии. По Кравцову у животных в водной вытяжке из камней были найдены следы серной кислоты и хлористой щелочи. Чаще всего встречаются фосфорнокислая известь и трипельфосфаты в сочетании с теми или другими, из числа указанных выше, составными частями. Ни одно исследование, взятое в отдельности, не может претендовать на исчерпывающую полную, и только результаты многих работ дают нам представление о том, насколько может быть разнообразен химический состав энтеролитов.

Истинные энтеролиты встречаются очень редко. Так, по статистике Швальбе отмечен только один случай на 100.000, в клинике проф. Боброва за 22 года два случая на 4500 больных, у проф. В. М. Мыш за 15 лет работы описано 4 истинных энтеролита в червеобразном отростке, уд-ра Мокровского за 14 лет на материале 5198—три случая, у Финикова один случай за 10 лет на материале в 13794. Таким образом истинные энтеролиты являются редкой находкой, и только за последнее время об них стали писать несколько больше, так напр. Самгородский сообщает сразу о пяти случаях. По Fürstenberg'у удельный вес истинных энтеролитов колеблется от 1.658—1.823, а в случаях Кравцова от 1.4—1.5. Все же, чтобы установить истинную грань между указанными видами энтеролитов в каждом отдельном случае, нужно прибегнуть к лабораторным методам исследования, а для практического врача останется в силе прежний способ решения: если камень мягкий—он ложный энтеролит, если же он твердый—он истинный. Строгой грани между этими видами, по моему, существовать не может, так как истинные энтеролиты иногда могут образоваться из ложных, а последние, следовательно, в некоторых случаях представляют из себя известную стадию формирования истинного энтеролита. Это подтверждается и тем, что истинные энтеролиты, помимо отмеченных выше инородных тел, могут образоваться и около органической субстанции,

являющейся обычно главной составной частью ложных энтеролитов. Описанный мною первый случай вполне подтверждает последнее мнение, так как в одном участке кишки мы имеем как истинные, так и ложные энтеролиты, кроме того часть камней по внешнему виду трудно причислить к одной из этих групп, и в таких случаях вопрос приходится разрешить лабораторным путем. Третий случай должен быть отнесен к истинным энтеролитам, где наслоение произошло около металлического инородного тела. Может быть, процесс образования камней нужно рассматривать как защитительные свойства организма, чтобы купировать чуждые и вредные продукты как органического, так и неорганического происхождения. На это, между прочим, указывает и Певзнер в выводах своей работы. Во всяком случае образование камней нужно рассматривать, с одной стороны, как общую болезнь организма, с другой стороны—как местное заболевание кишечника данного участка и, может быть, нарушение его функционально-динамических особенностей. Так, толстая кишка, занимая первое место в организме человека, как выделительный орган известна и при условиях нарушения этой функции и химического состава слизи кишечника, повидимому, способствует образованию кишечных камней, так как продолжительные запоры, повидимому, еще не являются обязательными факторами для образования каловых камней или энтеролитов. В этом мы можем убедиться из работы проф. В. Л. Боголюбова. „Об идиопатическом расширении толстых кишек“, где приведен 181 случай отмеченного заболевания, всегда с резко выраженными и долгими запорами и, повидимому, с глубокими динамическими нарушениями функции кишечной стенки. На все отмеченные случаи мне удалось в этой, весьма капитальной работе, отметить только 3 случая с каловыми камнями—у Kraske, Frommer'a и Gee Samuel'я. Следовательно, в случаях наличия камней в кишечнике мы должны полагать, что здесь имеем дело с нарушением функции этого органа и в каждом отдельном случае, где это возможно, чтобы более детально изучить причины этого заболевания, помимо всех вышеотмеченных данных из литературы, должны делать микроскопический анализ кишечной стенки.

В нашем первом случае были отмечены туберкулезные узелки в брыжейке и стенке кишки, и микроскопически этот диагноз подтвердился. На микроскопическом препарате слизистая оболочка толстой кишки в поверхностных слоях некротизирована. Глубокие части желез хорошо сохранились и не нарушены, между ними слабо выражена клеточная инфильтрация. Мышечные слои (muscularis mucosae, циркулярный и продольный) резко гипертрофированы. Серозная местами утолщена за счет разрастания соединительной ткани, густо инфильтрированной в местах утолщения различными клеточными элементами, главным образом лимфоцитами с небольшим количеством плазматических клеток. Под микроскопом узелок состоит, главным образом, из тонковолокнистой соединительной ткани богатой лимфатическими сосудами, в которых, как и в ткани ближе к периферии, имеются многоядерные лейкоциты и отдельные тучные клетки. В центре имеются две типичных туберкулезных гранулемы, состоящие из эпителиоидных гигантских, типа Langhans'a клеток с небольшой инфильтрацией лимфоцитами по окружности. Эти бугорки замурованы волокнистой соединительной тканью. В кусочке длиной в 5 мм., взятом из брыжейки толстой кишки, среди жировой ткани, имеются два небольших туберкулезных бугорка, состоящих из отчетливых эпителиоидных клеток и в одном из них имеется гигантская клетка, все это окружено густой зоной лимфоцитов. Развитие соединительной ткани вокруг него незаметно. Остальная ткань брыжейки слегка отечна, в ней имеются одиночные многоядерные лейкоциты. Лимфатические сосуды расширены.

Таким образом, наличие туберкулезного процесса заслуживает внимания, так как здесь мы можем говорить о камнях кишечника как вторичном заболевании, в силу нарушения функции данного участка кишечника. Проф. Боль в своем руководстве указывает, что образованию камней содействует катаральное воспаление кишечника и изменение реакции кишечного содержимого.

Hofmokl указывает на наличие ложно-перепончатого колита. Певзнер в своей работе «О камнях червеобразного отростка» воочию убедился в отношении II и IV групп его случаев, что в камнеобразовании принимает участие стенка отростка, иными словами, что камни червеобразного отростка есть продукт, образованный местно, при участии, главным образом, стенки отростка. Он в заключение утверждает, что камни червеобразного отростка по своему каузальному генезу—воспалительные, с нарушением двигательного аппарата червеобразного отростка, в силу изменений в мышечном слое в виде утолщения фиброзного слоя. Кроме того отмечает развитие жировой ткани в лимфатическом и фиброзном слоях, раздвигание и атрофию мышечных клеток muscularis mucosae и воспалительную инфильтрацию в толще слизистой оболочки. Анализ нашего первого случая указывает тоже на глубокие, выше отмеченные, изменения стенки кишки. Таким образом, вопрос о конкрементах кишечника представляет в настоящее время большой интерес и ему должно быть уделено внимание как со стороны терапевтов в деле изучения причин образования различных групп камней, диагностики этого заболевания и консервативного лечения, так и со стороны хирургов в выработке более точных показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства. Последнее может быть весьма различным в зависимости от степени нарушения функции кишечной стенки, где в одних случаях можно сделать энтеротомию или энтероанастомоз, а в других случаях более радикальное вмешательство—резекцию кишечника.

В заключение приношу глубокую благодарность проф. В. А. Энгельгардт за исследование химического состава камней, проф. К. Г. Боль за ценные указания и возможность воспользоваться коллекцией камней Пат. анат. музея Вет. института и д-ру Н. И. Вылегжанину за представленный мне весьма интересный случай.

Литература: 1) Эриксен. Petersburg. medicinische Zeitschrift. 1862.—2) Virchow's Jahresbericht 1869 ч. I, 158.—3) Gee Samnel. St. Barthol. hosp. Reports, 1884.—4) Отчет фак. хир. кл. проф. Н. В. Склифасовского. 1884—1890 г.—5) Wambberger. Krankheiten der chylopect. Syst., стр. 423.—6) Халафов. Мед. обозр. 1890 г. т. XXXIX, ст. 40.—7) Eichhorst. Руководство к частной патологии и терапии ч. II, 1891.—8) Heussen. Там же 1891 г.—9) Gersung. Wiener kl. Wochenschrift. 1896 г. № 40.—10) Hofmokl. Wiener kl. Wochenschrift. 1896, № 43.—11) Цейдлер. «Летопись Русск. хир.» 1898 г.—12) Сборник Кавказского мед. общ. 1897 г.—13) Косоротов. Архив Вет. наук. 1897 г. кн. 12.—14) Heidebrandt. Jahresbericht 1898.—15) Отчет факульт. хир. клиники Москов. ун-та 1899—1901 гг. № 1792.—16) E. Albert. Учеб. част. хир. 1899, ст. 207.—17) Dieulafoy. Руководство к внутренним бол. 1899 г., т. II, 232.—18) Dieulafoy. Руководство к внутр. пат. Русс. пер. 1899 г. т. III, ст. 230.—19) Тилинг. «Летопись Русск. хир.» 1900 кн. 5.—20) Швальбе. Мед. обозр. 1901 г. т. LV.—21) Сарычева-Швальбе. Там же.—22) M. de Laugenhagen. La semaine médicale. 1901, № 19. 23) Лежнев. Русск. врач, № 15, 1903 г.—24) Kraske. Münch. med. Woch. 1906 г. № 49.—25) Frommer. Arch. f. klin. Chir. Bd. 67.—26) Мари. Основы пат. анат. домашних животных 1906 г.—27) Aschoff. Die Wurmfortsatzentzündung. Jena. 1908 г.—28) Lossen. D. Z. f. Chir. Bd. 105.—29) Ростовцев. Учение о перитифлите.

Моногр.—30) Барабулин. Аппендицит. Моногр.—31) Schuberg. Wirsch. Arch. Bd. 90.—32) Sprengel. Appendicitis. Deut. Chir. Lfg. 46.—33) Боголюбов. Русск. хир. арх., стр. 449, 1908 г.—34) И. Ф. Топчиев, А. А. Соколов. Труды I-го Всерос. вет. съезда, т. II, стр. 290.—35) Wölfler u. Lieblein. Dtsch. Chirurg. Lief. 46B, 1909.—36) Anderson. Brit. med. journ., № 2731, 1913.—37) Эберле. Сиб. врач, № 16, 1914 г.—38) Мокровский. Вр. вестник Волог. Тубздрава, ч. 1, 1921 г.—39) Фиников. Юб. сб. Нечаева, т. 2, стр. 325—27, 1922.—40) Голушенко. Астр. мед. жур. ч. 1, № 1, стр. 58—64. 1922.—41) Cowan. Ref. Zentralorg. f. Chirurg. 1923 г., 19, 354.—42) Winterstein. Deut. Z. f. Chirurg. Bd. 193, 1925.—43) Rudolf. Neumann. Vir. Archiv. Bd. 258, H. 3, 1925.—44) F. Porter. Surgery, gynec. and obstetrics, vol XL, 1925 г.—45) Самгородский. Вестник хир. 33 кн., 1927 г.—46) Певзнер. Юбил. хвр. сборн. проф. Богораза, 1928 г.—47) Рубашев. Аппенд. и его влияние на заболев. друг. орг. бр. полости. Моногр. 1928 г.—48) Спасский. Докл. в хир. секции Каз. ун-та. 1930 г.—49) Боль. Основы патол. анат. дом. млекоп. и птиц, 1930 г.

Из Хирургического отделения Артемовской межрайонной больницы.

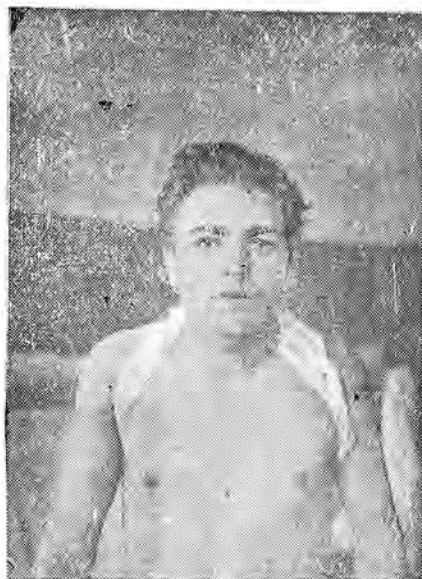
Эластическая повязка при переломах ключицы.

Д-ра П. В. Приселкова.

С 2 фот.

Не вдаваясь в разбор многочисленных способов, предложенных для лечения переломов ключицы, я в своей небольшой заметке хочу описать простую и на мой взгляд чрезвычайно надежную фиксирующую повязку при этих переломах. Повязку эту я применяю более пяти лет и результатами ее очень доволен, так что в последние годы совершенно оставил гипс и все другие применяемые в этих случаях повязки (Desault's, Saug's, Velpeau). Идея ее заключается в фиксации отломков путем применения постоянной эластической тяги посредством резиновой трубки.

Накладывается она следующим образом: обыкновенную резиновую трубку длиной (для взрослого) около метра обертывают слоем ваты, а затем (сверх ваты) еще косыми ходами мягкого марлевого бинта, так что получается жгут толщиной вдвое-втрое толще первоначально взятой резины. Этот жгут своей серединой помещают на шею больного, а концы его перекидываются чрез ключицы той и другой стороны, проводятся в соответствующие подмышечные впадины, натягиваются с такой силой, чтобы надплечья больного были развернуты, а затем соединяются сзади путем сшивания их крепкими нитками или толстым шолком (см. фото). На место перелома под жгут кладется подушечка из ваты, обернутая марлей и



Фот. № 1.

и в нескольких местах прошитая. Такие же ватно-марлевые подушки во избежание болезненности и возможного пролежня кладутся под жгут в подкрыльцовые области обеих