

297167

Глубокоуважаемому профессору
Василию Васильевичу Сайонкиному
вн. Ашара -
- ученика

611.34-053.2

Из кабинета нормальной анатомии Томского Государственного Университета.
(Завед. проф. Г. М. ИССИФОВ).



А. П. АЗБУКИН.



К учению о врожденных формах
положения и прикрепления толстых
кишек у новорожденных и детей.

(Аутореферат).



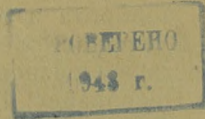
ТОМСК.
1923.



Типография Томского Печатно-Издательского Товарищества.

Гублит Томск № 599.

Печатано 100 экзем.



ВВЕДЕНИЕ.

Толстый кишечник человека не представляется у всех людей одинаковым по своему положению и прикреплению. Совершенно справедливо замечание Black'a, что „трудно найти точное описание нормального положения различных сегментов colon'a и по этому поводу много разногласий среди авторитетов“. Также Schifferdecker замечает, что „в некоторых местах тела, в частности на толстых кишках, бывает столько разнообразий, что трудно определить, где норма и где нет“. И хотя изучению толстого кишечника посвящено большое количество трудов, например, Таренецкого, Schifferdecker'a, Curschmann'a, Coch'a, Quegvaïn'a, Black'a, Резанова, а также колоссальное количество работ, касающихся отдельных частей colon'a, все-таки есть вопросы не вполне выясненные. В какой мере положение и прикрепление толстых кишек является результатом эмбриональной закладки и насколько отразилось здесь влияние других факторов? Как часто те или иные формы положения и прикрепления встречаются и в таком процентном отношении находятся к типам, принимаемым за норму? Не свойственны ли они какому либо определенному полу или возрасту? Каково значение их для организма носителя?

По предложению глубокоуважаемого учителя проф. Г. М. Иосифова, нами было произведено обследование брюшных полостей на трупах людей разного возраста, а также животных, для внесения посильной доли труда в освещение поставленных вопросов. При этом систематически было изучено 41 труп зародышей человека и 138 трупов новорожденных и детей, фиксированных формалином или спиртом. Помимо того подвергнуто беглому осмотру до 50 нефиксированных трупов новорожденных и около 150 трупов взрослых. Из животных были вскрыты трупы обезьяны, собаки, кошки, мыши, птицы, лягушки.

ГЛАВА I.

Эволюционные процессы, претворяемые первичной брыжейкой во внутриутробном периоде жизни.

Для установления той роли, которая принадлежит эмбриональной закладке в производстве существующих форм толстых кишек в отличие от других факторов, могущих влиять на положение и прикрепление толстых кишек, необходимо ознакомление с теми процессами, которые претворяет зародышевая брыжейка в периоды утробного существования плода. На основании трудов Toldt'a, Klaatsch'a, Fredet, можно установить, что главенствующую роль в эволюционном развитии брыжейки играют три основных процесса: поворот пупочной кишечной петли, сращение первичной брыжейки восходящей и нисходящей части толстой кишки с подлежащей брюшиной и рост

кишечной трубки. Относительно поворота и роста мнения отдельных авторов согласны между собою. В вопросе же о сращении существовали и в настоящее время существуют разноречивые взгляды. Некоторые авторы—Kölliker, Waldeyer, Gegenbauer, Treitz, объясняли утрачивание зародышевой общей брыжейки даже не сращением, а остановкой развития или расходом ее на покрытие растущих соседних органов. Но мнение это не получило широкого распространения и в науке утвердилось учение Toldt'a, что первичная общая брыжейка на определенных пунктах срастается с подлежащей брюшиной. Но в деталях этот процесс сращения не одинаково описывается разными авторами. Rogie, Perignon, Prenaut, Fredet, и другие считают, что процесс сращения в области восходящей ободочной кишки идет от того пункта, где у взрослых залегает корень брыжейки тонкой кишки и проходит верхняя брыжеечная артерия. Отсюда процесс движется вправо и наружу по направлению к кишечной трубке восходящей кишки. Если сращение не достигает кишки, то последняя останется подвижной, сохранив свою зародышевую брыжейку. Против означенного взгляда выступили с возражениями два автора Ancel et Cavaillon—и утверждают, что сращение никогда не начинается от верхней брыжеечной артерии, а всегда идет от кишечной трубки кнутри и книзу. Radix mesenterii, по мнению этих авторов, будет не начальным, а конечным пунктом означенного процесса сращения и в зависимости от величины сращения под брыжейкой образуется более или менее глубокий карман. Если же встречается брыжейка восходящей кишки у взрослых, то это образование вторичное.

Ввиду изложенных разногласий в таком пункте, который весьма важен в объяснении происхождения некоторых вариантов в положении и прикреплении толстой кишки, нами было произведено обследование radices mesenterii у зародышей по отношению к артерии. При этом оказалось, что radix mesenterii у зародышей человека в 67,6% лежит в промежутке между восходящей кишкой и верхней брыжеечной артерией, и в 26,5% идет по краю восходящей кишки, с образованием более или менее выраженного кармана, но никогда не совпадает с верхней брыжеечной артерией. Другими словами, у зародышей не встретилось нам таких форм, которые бы свидетельствовали о начале сращения от верхней брыжеечной артерии. И наоборот, встретившиеся формы, понятны только при предположении, что сращение началось от кишечной трубки и идет кнутри. Это наблюдение подтверждает справедливость мнения Ancel'a et Cavaillon'a и приводит к заключению, что сращение первичной брыжейки в области восходящей кишки начинается от кишечной трубки и постепенно движется кнутри и книзу, по направлению к верхней брыжеечной артерии, а не наоборот, как полагают большинство исследователей. Справедливость изложенного мнения подтверждается и приводимыми ниже наблюдениями над новорожденными, у которых незаключенные формы корня брыжейки тонкой кишки также свидетельствуют о сращении, начавшемся от кишечной трубки.

Процессы поворота пупочной петли, сращения брыжейки, роста кишечной трубки не всегда идут параллельно один другому, а могут отставать или обгонять друг друга и поэтому давать различные формы положения и приращения толстых кишек в одном и том же возрасте зародыша. Например, поперечная ободочная кишка может быть с изгибами (91,0%) или без изгибов (9%). Сигмовидная кишка может залегать в левой fossa iliaca (41%), или заходить в таз (50%), или занимать правую

спадину (9%). Слепая кишка в 94% лежала выше впадины и в 6% занимала другие положения. Восходящая кишка лежала на почке в 73,5%, ниже и медиальнее почки в 11,8%, латеральнее почки в 11,8%, и в иных положениях была в 3%. Нисходящая кишка была латеральнее почки в 88,3%, на почке в 2,9% и медиальнее почки в 9%. Словом решительно все отделы толстых кишек подвержены колебаниям в своем положении и прикреплении в зависимости от хода зародышевых формирующих моментов. Становится совершенно очевидным, что конечный результат этих процессов не может быть во всех случаях одинаковым. Получается впечатление, что по окончании нормального хода развития образуется не один а несколько типов расположения толстых кишек, разнящихся друг от друга силою следов тех колебаний, которые имели место в зародышевой жизни человека при формировании кишечника.

ГЛАВА II.

Следы колебаний в ходе зародышевых процессов на нормально сформировавшемся толстом кишечнике новорожденных и детей.

Положение и прикрепление кишечника у новорожденных и детей в полной мере отражают на себе то разнообразие форм, которое было свойственно зародышевому состоянию, и в свою очередь колеблются в своем положении и прикреплении. Ознакомление с этими врожденными формами представляется обстоятельством очень важным потому, что на формирование кишечника могут оказывать влияние помимо эмбриональных процессов и другие факторы. Так, по работам Валькера, Лисицина, Куприянова. Созон Ярошевича имеет значение возраст, привычки, профессиональные условия существования, степень упитанности, степень наполнения соседних органов, различные патологические процессы. Для того чтобы учесть степень воздействия этих факторов необходимо знать прежде всего те формы, на которые эти факторы действуют. Между тем наиболее изученными являются формы прикрепления и положения, только тех отделов толстых кишек, которые представляют интерес по своей склонности к заболеваниям или заворотам—это слепая, сигмовидная и поперечная кишки. Восходящая и нисходящая кишки бедны специальными исследованиями. Также недостаточно изучен и *radix mesenterii*.

Radix mesenterii.

Toldt, Rauber, Пашковский, Стопницкий отмечают отношение *radicis mesenterii* к позвоночному столбу и указывают, что верхняя брыжеечная артерия у взрослых совпадает по своему ходу с корнем брыжейки тонких кишек. AnceI et Cavaillon говорят, что у детей и новорожденных корень брыжейки тонкой кишки не всегда совпадает с артерией, но цифровых отношений эти авторы не дают.

По нашим данным, *radix mesenterii*, будучи конечным пунктом процесса сращения зародышевой брыжейки, несет на себе явные следы колебаний в ходе этого зародышевого процесса и может иметь и различное положение и различное направление. В 74,64% он залегает в промежутке между восходящей ободочной кишкой и верхней брыжеечной артерией, в 16,66% идет по краю восходящей ободочной кишки,

в единичных случаях совпадает с артерией или залегает влево от нее и в 5,07% имеет иную форму прикрепления. Направление корня может колебаться от горизонтального (9,42%) до вертикального (7,24%) в зависимости от опускания слепой кишки вниз. Самой частой из промежуточных форм является косое направление (73,19%), а более редкой дугообразная или угловая форма (10,14%), где одна сторона угла идет от duodenum к печеночному изгибу, а другая вниз по краю восходящей кишки, образуя карман открытый книзу и кнутри. Между прочим эта форма не объяснима если допустить, что сращение начинается от верхней брыжеечной артерии.

Соесит

Слепая кишка работами Trewes'a, Jonnesco, Perondi; Турнера, Toltd'a, Mall'a, Valée, Ростовцева, Резанова, в последнее время Jacobs-haßen'a и Лисицина, изучена с гораздо большей полнотой, чем другие отделы. В общем изучены топография, величина, способ соединения с тонкой и формы прикрепления соесі. По мнению авторов кишка колеблется как в своем положении, залегая выше или ниже, так и в своем прикреплении, будучи сращена на большем или меньшем протяжении своей задней поверхности.

Мы в своих наблюдениях ставили задачей в цифрах определить следы колебаний процессов сращения, поворота и роста на слепой кишке. Кишка встретилась неподвижной в 15,94%, подвижной в 73,2%, с частичной подвижностью в 10,86%. При этом, у мальчиков наклонность к фиксированным формам выражена больше, чем у девочек. Влияние поворота и роста заметно в том, что только в 80,46% слепая кишка лежит в пределах правой подвздошной впадины, в остальных случаях залегает или выше гребня подвздошной кости, или ниже входа в малый таз или в иных положениях. И в пределах самой впадины слепая кишка может колебаться, залегая в середине впадины (32,46%), у гребня подвздошной кости (30,42%), на линии *inprominata* (17,38%). Наклонность к смещениям также в большей мере свойственна девочкам, чем мальчикам.

Colon ascendens.

Colon ascendens, согласно исследованиям Cruveilhier, Cloquet, Gegenbauer, Curschmanna и других авторов, представляется более устойчивым отделом, чем другие части толстой кишки. Но в известной мере и эта кишка подвержена колебаниям, как в положении, так и в прикреплении. Так, Curschmann и Валькер отмечают изменения длины этой кишки, а Wandel, Adisson, Trewes и длинный ряд других авторов устанавливают, что colon ascendens может обладать значительной подвижностью.

Относительно подвижности наши данные согласны с мнениями других исследователей. Только в 50,7% восходящая кишка прикреплена к подлежащей брюшине. В остальных случаях обладает более или менее выраженной подвижностью. При этом, женскому полу подвижность свойственна в несколько большей мере, чем мужскому.

Будучи же неподвижной, кишка колеблется в своем положении не только по длине, но и в зависимости от степени сдвига от средней линии в сторону. В 13,02% кишка лежит латерально от почки, в 13,02% ме-

диально от почки и в 73,19% на почке. При этом степень сдвига в латеральную сторону в большей мере свойственна мальчикам (15%), чем девочкам (10%). Это наблюдение, согласно с мнением Vierordt'a, что у девочек печень больше, чем у мальчиков, и следовательно препятствие сдвигу кишки со стороны печени у девочек больше, чем у мальчиков. В 85,5% кишка на своем пути дает изгибы.

Flexura coli hepatica.

Положение печеночного изгиба coli, по мнению Cohan'a, может колебаться от fossa iliaca до уровня хрящей 11-12 ребер и по форме представляет прямой или острый угол. По данным Вцу, угол чаще бывает тупой и всегда больше левого. По наблюдениям Mauclair'a et Mouchet, угол наблюдает в 100% сл. По Куприянову, при подковообразной форме поперечной кишки, угол отсутствует.

Нами отмечалась форма этого изгиба в связи со степенью сдвига зачатка толстой кишки в правую сторону. В 51,45% изгиб имел форму пологой дуги, в остальных случаях форму круто изогнутой петли. Описанная Зерновым lig. phrenico-colicum dextrum встретила только в 7,24%.

Colon transversum.

Colon transversum, по мнению Cruveilhier, Sappey'a, обладая постоянной подвижностью может давать изгибы, но в большинстве случаев имеет горизонтальное направление. По мнению Schifferdecker'a, Addison'a, Куприянова, поперечное положение далеко не исчерпывает форм поперечной кишки. Могут быть и дугообразные и V и U образные формы. Fromont считает только правую сторону кишки горизонтальной, левую же идущей вверх. Jonnesco считает правую половину косой, а левую вертикальной. Mauclair и Mouchet встречал горизонтальное расположение только в 2%, в остальных случ. правая половина кишки была подвержена изгибам.

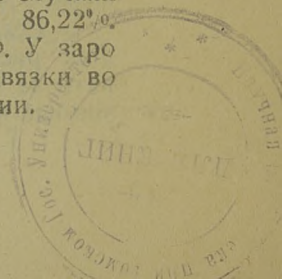
Мы отмечали положение и способ прикрепления поперечной кишки. Наиболее частой формой прикрепления coli transversum была подвижность при фиксации обоих изгибов (68,12%). Реже были подвижны и оба изгиба (8,96%). В 2,19% брыжейка совсем отсутствовала, представляя аномальные формы. При наличии брыжейки, в 30% она подвешивала только левую половину кишки. Опускание кишки до малого таза, явилось редким исключением (0,72%). Формы же U и V образные, описываемые авторами у взрослых, не встретились вовсе.

Flexura coli lienalis.

Положение селезеночного изгиба Fromont, Mauclair et Mouchet, Cohan определяли по отношению к ребрам и нашли, что он может соответствовать хрящам ребер от 5 до 12 ребра включительно а иногда и еще ниже. Вцу нашел величину угла равной 45°—60°. Вообще, по мнению авторов, этот угол бывает чаще острый, чем прямой.

По нашим данным, селезеночный изгиб кишки в 68,84% был в форме круто изогнутой петли (с узким выходом), в остальных случаях пологой дуги. Ligam. phrenico-colic. sinistrum встретила в 86,22%. Образование это, по Резанову, у взрослых наблюдается в 27%. У зародышей мы встретим эту связку в 58,85%. Это постоянство связки во всех возрастах свидетельствует о ее врожденном происхождении.

297167



Colon descendens.

Нисходящая ободочная кишка считается большинством исследователей устойчивым и малосмещаемым отделом. Но Trewes, Fromant, отмечают, что этот отдел может быть подвижным около 30% случаев. Будучи неподвижной, по изложению Раубера, кишка лежит по боковому краю левой почки.

Мы отмечали влияние процессов поворота, сращения и роста на этой кишке. Оказалось, что в 75,38% colon ascendens лежит латерально от почки, в 20,28% лежит на почке, в 2,17%—медиально от почки. Таким образом, сдвиг кишки в сторону не всегда одинаков. В 5,79% кишка обладала подвижностью, вместе с сигмовидной, в 31,4% обладала частичной подвижностью в остальных случаях была неподвижна. Колебания роста проявились в образовании извилин в 58,59% случ..

Flexura sigmoidea.

Flexura sigmoidea была изучена Fleischman'ом, Gruber'ом Schifferdecker'ом Samson'ом, Bourcardt'ом, и многими другими авторами, в последнее время Созон-Ярошевичем и Hermann'ом Gysi. Кишка эта может занимать самые разнообразные положения в области левой подвздошной впадины, малого таза, правой впадины. Hugier и Лесграфт считают у детей залегание в правой впадине частым, Giraldes, наоборот, редким (5%). По нашим данным, сигмовидная кишка занимала самые разнообразные положения в области таза и подвздошных впадин. При этом, некоторые формы, наблюдавшиеся у детей, встретились и у зародышей, так что могут трактоваться, как сохранение зародышевого состояния. Чаще всего flexura sigmoidea залегала в левой подвздошной впадине и малом тазу одновременно (61,6%). Эта форма является сохранением зародышевого состояния, так как наблюдается у эмбрионов в половине случаев. Более редкой формой положения сигмовидной кишки было залегание в левой подвздошной впадине без захождения в таз (8,69%). Эта форма тоже является врожденной, ибо наблюдается у эмбрионов очень часто (41,17%). В 11,59% кишка достигала правой впадины.

Корень mesosigmoidei, по данным Schifferdecker'a, Fleischmann'a, Samson'a, часто имеет на своем протяжении угловой перегиб. У нас radix mesosigmoidei тоже, в зависимости от степени сращения, встретился в угловой форме—55,07%, косой—в 16,66%, горизонтальной—в 7,97%, вертикальной—в 3,62%.

Подводя итог всему изложенному о положении и прикреплении толстого кишечника, мы видим, таким образом, что решительно все отделы толстых кишек, оставаясь в пределах нормы, варьируют в своем положении и прикреплении в связи с колебаниями в ходе зародышевых формирующих моментов. Эти варианты отличаются от приобретенных тем, что они наблюдаются у зародышей и по своему происхождению поддаются объяснению колебаниями в ходе процессов сращения первичной брыжейки, роста кишечной трубки и поворота пупочной петли.

Если наши наблюдения положений и прикреплений толстых кишек расположить по частоте встреченных форм и самые частые признать за норму, а остальные за колебания в пределах нормы или переходные формы, то они выразятся в нижеследующей таблице.

	Нормальные формы.	Варианты в пределах нормы.	Переходные формы.
Radix mesenterii.	Косое направл 73,19% Лежит между кишкой и верхн. брыж. арт. 74,64	Дугообразное 10,14% По краю кишки 16,66%	Горизонтальное 9,42% Вертикальное 7,24% Иные положения 8,69%
Caecum.	Подвижна . . . 73,2% Лежит у гребня подвздошной кости 30,42% В середине впадины 32,46%	Неподвижна . 15,94% In. innominata 17,38%	Частич. подвиж. 10,84% Выше гребня подвздошной кости . 1,5% В малом тазу . 6,51% Иные положен. 11,63%
Colon ascendens.	Неподвижна . . 50,7% Лежит на почке 73,19% Дает изгибы в . 85,5%	Имеет брыжейку с тонкой кишкой 28,26% Латерально от почки . . . 13,02% Медиально от почки . . . 13,02%	Частич. подвиж. 20,25% Иные положен. 0,72%
Flexura coli hepatica.	Пологой формы 51,45% Крутой " 47,42%	—	—
Ligam. phren. col. c. dextrum	—	7,24%	—
Colon transversum.	Неподв. оба изгиба 68,12% Дает изгибы . 62,32%	Подвижны оба изгиба 8,66% Идет без изгиб. 36,23%	Иные формы 23,18%
Flexura coli lienalis.	Крутой формы 68,84% Пологой " 31,16%	—	—
Ligam. phren. colic. sinisth.	86,22%	—	—
Colon descendens.	Лежит латерально от почки 75,38% Неподвижна . . 62,82%	На почке . . . 20,28% Частично подвижна . . . 31,16%	Медиально от почки 2,17% Подвижка вместе с сигмовидной 5,79%
Flexura sigmoidea.	Лежит в левой зосса ilаca и малом тазу 61,6% Корень брыжейки угловой форм. 55,07%	В мал. тазу 12,38% Достигает правой впадины 11,59% Косой форм. . 16,66%	Лежит в левой впадине не заходя в таз 8,96% Горизонтальный 7,97% Вертикальный . 3,62% Иной 16,66%

Чем большее число сегментов толстой кишки имеют переходные формы, тем больше такой кишечник удаляется от нормы и приближается к аномальной форме.

ГЛАВА III.

Аномальные формы положения и прикрепления толстых кишек, зависящие от колебаний в ходе зародышевых процессов, формирующих толстый кишечник.

Не всегда колебания зародышевых процессов создают нормальные варианты. Иногда процессы роста, поворота и сращения уклоняются от нормы настолько резко, что в результате получаются формы аномальные.

Грубером, Таренецким, Schifferdecker'ом Curschmann'ом Broman'ом, Koch'ом, Lambott'ом, Поляковым, Quervain'ом, Резановым и другими многочисленными авторами аномальные формы толстых кишек изучены с самых разнообразных сторон. Отмечены причины их происхождения, сделаны группировки, установлена связь их с животными формами. Но и здесь остаются некоторые вопросы в тени. Классификации или не исчерпывают всех врожденных аномальных форм, или же недостаточно формулируют связь этих форм с отдельными моментами эволюционного развития брыжейки. Quervain разбивает эти формы по местоположению, Поляков по местоположению и форме, Black—по производящим моментам и затронутым отделам. Последняя группировка, хотя является исчерпывающей все врожденные аномальные формы, так как ставит их в зависимость от задержки развития, чрезмерного развития или остановки поворота, но страдает некоторой неясностью и в отдельных пунктах трудно понять какие формы разумеются под той или иной рубрикой.

Поэтому мы предлагаем видоизменить эту схему, располагая все аномальные врожденные формы с точки зрения производящих их трех основных эмбриональных процессов: поворота пупочной петли, роста кишечной трубки, и сращения брыжейки. Тогда все наблюдающиеся формы можно расположить по такой схеме:

- | | | |
|-------------------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1., колебания в повороте зачатка толстых кишек. | } | <p>а., Поворот в обратную сторону: (описан проф. В. Н. Саввиным.)</p> <p>б., Задержка поворота: (высокое полож. слепой, залегание толстых кишек в левой половине полости живота).</p> <p>в., Недостаточный сдвиг в сторону: (задержка восходящей к. у средней линии тела, задержка нисход. к. у средней линии тела, залегание обоих колен SR. в правой fossa iliaca.</p> |
| 2., Колебания в сращении зачатка толстых кишек. | } | <p>а., Задержка сращения: (сохранение зародышевой брыжейки в области восходящей и нисходящей кишек).</p> <p>б., Чрезмерное сращение: (фиксация впад. части ilei, отсутствие брыж. поперечн. об. кишки).</p> |
| 3., Колебания в росте зачатка толстых кишек. | } | <p>а., Задержка роста: (случаи отсутствия слепой кишки Ростовцева и др. автор; сл. отсутствия поперечной кишки Curschmann'a, Morton'a).</p> <p>б., Чрезмерный рост: (низкое залегание слепой, различные изгибы и перегибы на протяжении толстых кишек).</p> |

Колебания одного процесса могут комбинироваться с колебаниями другого, но в общем какова бы форма положения и прикрепления кишки ни была, отчего бы она ни зависела, какой бы части кишки она ни касалась, она укладывается в рамки подобной схемы.

Оценка существующих аномальных форм толстых кишек делалась с различных точек зрения. Schifferdecker отмечает их значение для диагностики. Резанов, Поленов, Валькер, влияние их на функции страдающего органа Таренецкий, Гельвиг их связь с животными формами, стоящими ниже человека.

Мы также имели возможность убедиться в нецелесообразности отдельных аномальных форм толстых кишек, и наблюдать отмечае-

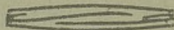
мое авторами явление, что аномальные формы с чрезмерной фиксацией обнаруживают склонность к изгибам, а с чрезмерной подвижностью к заворотам, перегибам и резким смещениям. Затрудняя продвижение кишечного содержимого, формы эти являются несовершенными, вредными, а иногда и опасными для здоровья и жизни организма. Из трех наблюдавшихся нами случаев *mesenterii communis* два взрослых сл. сопровождались заворотом. Мы видели 1 случай заворота при общей брыжейке даже в зародышевом периоде жизни.

Аномальные формы с левосторонним залеганием толстых кишек и с высоким положением слепой кишки, а также с сохранением общей брыжейки тонких и толстых кишек являются формами атавистическими, т. к. свойственны животным классам.

Врожденные уклонения в положении и прикреплении какого либо одного отдела толстых кишек могут последовательно вызывать изменения в других отделах. Мы в 40% сл. наблюдали это явление.

Наблюдавшиеся нами у детей и новорожденных аномальные формы считая случаи систематически обследованные и бегло осмотренные в общем составляют 7,44%. У взрослых же, при обычных обследованиях на вскрытиях со студентами профес. Иосифовым и нашим личным наблюдениям, а также и указаниям других авторов, аномальные формы встречаются только в единичных случаях. Следовательно в данном отношении существует возрастная разница. Причина подобного явления может заключаться или в исправлении аномальных форм или в отрицании их носителей.

Наибольшее значение в происхождении аномальных форм в наблюдавшихся нами случаях имел поворот петли, реже процесс сращения, еще реже рост. Наиболее страдающими отделами явились слепая и восходящая кишки, в 3 раза реже сигмовидная и нисходящая и в 5 раз реже поперечная. При этом у мальчиков чаще подвержена уклонениям сигмовидная кишка, а у девочек слепая и восходящая.



Литература:

1. Ance! et Cavaillon. Journ. de l'anat. et la physiolog. 1907 № 4.
2., Baginsky. Virch. Arch. Bd. 89. 1882. 3., Black C. E. Annal of Surgery.
1912. № 6. 4., Broman. Normal u. abnorme Entwickl. des Mensch.
Wiesbaden 1911. 5., Валькер. Вестн. хир. 1922 г. 6., Cohan Recherches
sur la sit. du colon transv. Th. d. Paris 1898 г. 7., Corning. Lehrb. der
topogr. Anat. 1909 г. 8., Curschmann Deut. Arch f. klin. med. Bd. 53.
1894 г. 9., Fredet. Le peritoine Traite d'anatom. humaine. Parier et Charoy.
Paris 1905 т. IV. 10., Gruber. Virch. Arch. т. 44. 1868 11., Gysi Hermann.
Arch. f. Anat. u. Physiol. 1919. реф. Мед. Журн. 1922 г. № 1—2—3.
12., Hertwig Lehrbuch der Entwickl. d. Mensch. u. Wirbelthir. Jena. 1902.
13., Jonnesco. Le colon pelvien chez l'embryon ele nouveau ne. Paris 1892.
прив. по Резанову. 14., Jacobshagen. Anat. Anz. V. 56. 1922. 15., Калан-
таров Русск. Мед. 1889. № 31. 16., Keibel. u. Mall. Handbuch der
Entwicklungsgesch. d. Mensch. Leipzig. 1911 г. 17., Koche. W. Deut. Zeitschr.
f. Chir. 1899. 18., Klaatsch. H. Morph. Jahrb. Bd. 18. 1892 19., Куприя-
нов. Сборн. Нечаева т. II 1922 г. 20., Lambott la clinique. 1896 21.
Mauclaire et Mouchet. Bull. societ. anat. 1896. прив. по Cohan'у 22. Mall.
Arch. f. Anat. u. Physiol. 1897 г. 23. Perondi. Revue de chir. № 8. 1900 24.
Поленов. Матер. к патол. и клин. забол. прокс. отд. толст. киш. Спб.
1918 г. 25., Quervain. La sem. med. 1901 г. 26., Резанов. Хирургия.
1914. № 36. 27., Ростовцев. Учение о перитифлите. Дисс. 1902. 28.,
Sanson. Zur Kenntniss der Flex. sigmoid. coli 1890. 29., Seifert. Anat.
Anz. Bd. 47. 1914. № 8. 30., Schifferdecker. Arch. f. Anat. u. Phys.
Anat. Abth. N. V. и VI. 1886. 31., Тареневский. Врач. 1883 № 23. 32., Toldt.
Denkschr. d. kaiserlich. Akad. der Wissenschaft zu Wien B. XII. 1879.
прив. по Ance!ю et. Cavaillon'у 33., Toldt. Anatomischer Anzeig. Jena.
1893. 34., Tr. wes. Brif med. Jura 1885. прив. по Турнеру. 35., Valée.
Situatione du coecum et l'appendice chez l'enfant. Th. de. Paris. 1900. 36.
Weinberg. Monatschr. f. Anat. u. Physiolog. 1896 г. 89, Шевкуненко. Пов.
Хир. Ар. т. I. кв. I. 1921 г.
-
-