

Из Хирургического отделения Знаменской железнодорожной больницы Екатеринбургской жел. дор. (зав. отд. д-р В. Я. Мачан).

К казуистике грыж Спигелиевой линии¹⁾.

В. Я. Мачан.

К весьма небольшому количеству опубликованных в литературе случаев г. Сп. л. мы хотим прибавить собственное наблюдение, представляющее интерес не только с точки зрения его редкости, но и в диагностическом отношении.

Б-ная К-ь Л. (история болезни № 1057), 39 л., поступила 12/VI 1933 г., около 4 час. дня, в хирургическое отделение Знаменской железнодорожной б-цы с жалобами на сильную боль в животе и на выпячивание лев. передне-боковой его стенки.

Наследственность—чистая. В детстве—корь; в 1933 г.—грипп. Мenses с 15 лет; тип 3/4. Замужем с 22-х лет. Имела одну беременность; 1—рага; роды—нормальные. Бели изредка, не гнойные. В 1928 г. некоторое время пользовалась лечением по поводу воспаления левого яичника.

Считает себя больной с 1928 г. Заболевание началось внезапно среди полного здоровья приступом сильной боли в mesogastrium sin. Боль была тянущей и весьма интенсивной. Никакого выпячивания стенки живота больная в это время не замечала. Приступ продолжался около 2-х часов; боль быстро распространилась по всему животу. После впрыскивания морфия боль исчезла; остались только большая слабость. Рвоты при приступе не было; стул—нормальный. Месяцев через 8 б-ная перенесла второй такой же приступ. После этого приступа б-ная забеременела. В течение всей беременности ни одного приступа не было. Беременность закончилась нормальными родами в 1929 г. В течение 9 мес. после родов б-ная чувствовала себя хорошо. По истечении этого срока у б-ной снова начались приступы сильной боли в области левой боковой стенки живота; приступы превращались только после впрыскивания морфия. Боль постоянно начиналась в одном и том же участке в mesogastrium sin. Врачи, лечившие б-ную, находили у нее воспаление яичника, желчно-каменную и почечно-каменную болезнь. Постоянное лечение, предпринимавшееся по поводу этих заболеваний, оставалось безрезультатным. Боль при приступах постепенно усиливалась; кроме того, приступы участились и стали иногда появляться через 2—3 дня. Иногда, хотя и редко, у б-ной бывали непродолжительные запоры. В августе 1932 г. б-ная впервые заметила в области левой боковой стенки живота выпячивание величиною с голубиное яйцо. После появления выпячивания острые приступы исчезли и б-ная начала ощущать боль только в области самого выпячивания. Боль стала постоянной при вертикальном положении б-ной; при лежании боль и выпячивание исчезали. Иногда в области выпячивания боль становилась несколько интенсивнее, чем обычно; однако, это бывало не часто. Диспептических расстройств не было. В течение последнего времени б-ная замечала, что в связи с исхуданием выпячивание несколько увеличилось. 11/VI 1933 г. внезапно началась сильная боль в области выпячивания. Последнее не исчезало даже и при горизонтальном положении б-ной. Боль была интенсивнее, чем обычно, но не такой резкой, как во время прежних приступов. После применения грелки боль исчезла. Стул был до начала боли. Б-ная не может вспомнить, вправилось ли выпячивание или нет. Однако, она отмечает, что на следующий день утром после того, как она проснулась, выпячивание ее совершенно не беспокоило; никакой боли она не ощущала. 12/VI утром, как обычно, был самостоятельный стул. В 2 часа дня опять внезапно появился приступ такой сильной боли, какую б-ная еще никогда не испытывала. Выпячивание увеличилось, стало очень болезненным и не могло быть вправлено, несмотря на попытки б-ной. Рвоты при этом не было. Боль постепенно нарастала в своей интенсивности; б-ная стонала и кричала все время. Через непродолжительное

¹⁾ В дальнейшем изложении сокращенно: г. Сп. л.

время боль начала распространяться по всему животу, после чего б-ная была направлена в б-цу.

St. pr. Рост — 148 см., вес 41400,0. Телосложение — правильное, астеническое. Кожа нормального цвета, дрябловата. Слизистые оболочки розоватого цвета. Подкожный жировой слой развит слабо. Подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические железы увеличены с обеих сторон, достигают размеров мелких и средних горошин, не спаяны друг с другом, подвижны, неболезненны. Развитие мускулатуры — слабое. Кости и суставы в пределах нормы. Со стороны легких уклонений от нормы не обнаружено. Сердце: границы в норме, тоны — громкие, на верхушке — систолический шум, паузы между тонами выдержаны равномерно. Пульс 80 в 1', хорошего наполнения и напряжения, aequalis. Проба Штанге — 30".

Язык — влажный. Живот — мягкий, очень болезненный во всей левой половине, особенно в regio lumbalis sin. На левой боковой стенке живота видно на глаз и прощупывается под кожей выпячивание сферической формы величиною с куриное яйцо, очень болезненное при пальпации и весьма напряженное. По своей локализации выпячивание соответствует проекции Спигелиевой линии и располагается соответственно linea spino-umbilicalis, до наружного края левой прямой мышцы живота выпячивание не доходит на 1,5—2 см. При отодвигании выпячивания немного кнаружи удается прощупать край отверстия, через которое это выпячивание выходит; пронакнуть же в это отверстие пальцем невозможно. Край отверстия прощупывается в виде твердого, очень напряженного апоневротического тяжа. Симптом Blumberg'a в левой половине живота — положительный.

Диагноз: Hernia lin. Spigel incarcerata sin. Vitium cordis (Insufficiencia valvulae mitralis).

В 6 час. вечера — экстренная операция (В. Я. М а ч а н) под местной анестезией (Sol. Novocain. 0,5%) Несколькими косой (почти продольный) разрез в направлении сверху и снаружи книзу и кнутри, длиной в 8—9 см. через прощупываемое выпячивание. Апоневроз наружной косой мышцы — заметно растянутый — покрывает выпячивание; разрез апоневроза по ходу волокон в направлении кожного разреза. Тотчас же после вскрытия апоневроза стало хорошо видимым грыжевое выпячивание, окруженное слоем предбрюшинной жировой клетчатки. Выпячивание сферической формы, синеватого цвета; размеры его 7—8 × 5—6 см. Исследующий палец ясно прощупывает на месте Спигелиевой линии плотное апоневротическое кольцо без фиброзного утолщения краев его. Кольцо туго охватывает грыжевое выпячивание и не пропускает кончика мизинца. Кос'е'новский зонд между краем отверстия и грыжевым мешком проходит с некоторым затруднением, что объясняется наличием сращений между оболочками грыжевого выпячивания и внутренней поверхностью краев отверстия. Отверстие рассечено в обе стороны в поперечном направлении, после чего выпячивание сразу же уменьшилось. Грыжевой мешок выделен из оболочек до краев отверстия и вскрыт. В грыжевом содержимом — петля тонкой кишки с брыжейкой. Окраска ущемленной кишки — нормальная; странгуляционной борозды на кишке не обнаружено; артерии брыжейки пульсируют; не тромбированы. Петля кишки вытянута из брюшной полости и осмотрена, кишка опущена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит изнутри кисетным швом, туго перевязан и иссечен. Излишек предбрюшинной жировой клетчатки, составлявший одну из оболочек грыжевого мешка, иссечен. Отверстие в Спигелиевой линии закрыто наглухо шелком и кетгутом: швы проводились через край апоневроза поперечной мышцы и сращенного с ним апоневроза внутренней косой мышцы (с медиальной стороны) и через апоневротическо-мышечный край обеих этих мышц (с латеральной стороны). Швы — на апоневроз наружной косой мышцы; поверх этой линии швов из апоневроза наружной косой мышцы образована дупликатура. Пульсации сосудов у шейки грыжевого мешка во время операции не прощупывалось. Глухой шов кожи. Гладкое послеоперационное течение. 19/VI перевязка. Сняты швы (кроме трех). Заживление первичным натяжением. 21/VI сняты остальные швы, выписана.

Мы имели возможность осмотреть б-ную в ноябре 1933 г. Незадолго перед осмотром б-ная перенесла сыпной тиф. На месте операции — тонкий линейный рубец; при сильном натуживании никакого выпячивания не появляется. Согласно полученным нами недавно сведениям (спустя 1 г. 3 мес. после операции) б-ная никаких болей в животе не ощущает; рецидива грыжи нет.

Из приведенной истории болезни видно, что речь идет о левосторонней ущемленной г. Сп. л.

Г. Сп. л. являются одной из разновидностей боковых грыж живота. К последним, согласно классификации Крымова, кроме грыж Спигелиевой линии, относятся еще грыжи влагалища прямой мышцы живота и грыжи в других местах боковой брюшной стенки.

Само собой разумеется, что под влиянием травматических инсультов грыжа может возникнуть в любом участке боковой стенки живота. Однако, мы имеем в виду не случайные травматические грыжи, а группу самопроизвольных боковых грыж живота, характеризующихся определенным закономерным циклом развития.

Некоторые авторы (напр. Gosset и друг.) относят г. Сп. л. к группе вентральных грыж, куда входят также и эпигастральные, и люмбальные грыжи. Однако более правильно относить грыжи Сп. л. в группу боковых грыж живота.

Исследования ряда авторов указывают на то, что боковая брюшная стенка в подпупочной области имеет ослабленные участки, обусловленные анатомическими особенностями ее устройства. Этими участками являются прежде всего сама Спигелиева линия и затем место перехода апоневроза поперечной мышцы во влагалище прямой мышцы. Имеющиеся здесь отверстия, предназначенные для прохождения ветвей нижней надчревной артерии, являются преформированными грыжевыми воротами.

Конечно, наличия одних только этих отверстий совершенно недостаточно для образования грыжи. Здесь-то и выступает второй момент, без которого вообще не может быть грыжи, а именно — повышение внутрибрюшного давления. Скопления жидкости в брюшной полости, новообразования, привычные запоры, сильный кашель, например при коклюше, и особенно беременность являются главными факторами, предрасполагающими к постепенному расширению преформированных сосудистых отверстий и выпячиванию через них складки брюшин.

Необходимо упомянуть, что и предбрюшинная жировая клетчатка также может проникать и затем выпячиваться через эти щели и отверстия по аналогии со столь частыми эпигастральными предбрюшинными „липомами“. Проникающий сквозь эти отверстия жир, продолжая постепенно развиваться, все больше и больше растягивает отверстие и увлекает за собою брюшину. В образовании таких грыж тучность имеет далеко немаловажное значение.

Грыжи влагалища прямой мышцы, главным образом, травматического происхождения и наблюдаются чаще в нижней трети мышцы, где отсутствует заднее влагалище.

Приобретенные боковые грыжи развиваются на почве разнообразных патологических процессов, ведущих к местному ослаблению брюшной стенки. Помимо травматических повреждений, здесь в качестве этиологических моментов следует отметить воспалительные процессы в передней брюшной стенке (напр., случай Mollière'a, где грыжа образовалась после флегмоны брюшной стенки), всякого рода местные изъязвления, мышечные атрофии (напр., после дифтерии — случай de Quervain'a или вследствие полиомиелита — случай Blaue'a). Сюда же может быть отнесен и случай Крымова, где грыжа появилась после перерезки нерва при операции; через год вместе с исчезновением паралича исчезло и выпячивание боковой стенки живота.

В зависимости от проникновения через те или иные слои боковой стенки живота г. Сп. л. могут быть подразделены на 3 вида: 1) простые подкожные грыжи, 2) интерстициальные и 3) проперитонеальные грыжи (Крымов). Последние являются наиболее ранней стадией г. Сп. л. По мере дальнейшего проникновения грыжевого мешка через отверстие Спигелиевой линии происходит постепенное истончение апоневроза апоневроза внутренней косой мышцы; грыжа появляется под апоневрозом наружной косой мышцы и, таким образом, становится интерстициальной. Грыжевые ворота образованы апоневрозами поперечной и внутренней косой мышц. Если же г. Сп. л. появляются под кожей, т. е. проникают и через апоневроз наружной косой мышцы, то в этом случае они должны классифицироваться как простые или подкожные грыжи. Грыжевые ворота ее образуются за счет апоневротического растяжения всех трех широких мышц живота. В нашем случае имелась интерстициальная грыжа, т. к. она еще не успела проникнуть через апоневроз наружной косой мышцы, правда, последний был уже значительно растянут.

Иногда грыжевой мешок может образовывать отдельные выпячивания в виде дивертикулов, причем последние располагаются в различных плоскостях с основным грыжевым мешком. Так, напр., в случае Villard'a грыжевой мешок находился под апоневрозом наружной косой мышцы, а два его дивертикула располагались в других слоях брюшной стенки: один под кожей, другой же в предбрюшной клетчатке.

Диаметр грыжевых ворот—разнообразный: от отверстия, не пропускающего кончик исследующего пальца, до дефекта в 7—8 см шириной.

Грыжевой мешок в редких случаях может быть пустым. Обычно в грыжевом содержимом обнаруживают тонкую кишку или салник, иногда два эти органа вместе. Исключительный случай, где в грыжевом содержимом находилось яичко, описан Giordano.

Редкость боковых грыж живота подчеркивается всеми авторами. В статистике Berger эти грыжи, хотя и занимают по частоте 5-ое место, но очень далеко отстоят от обыкновенных грыж, а именно: на 10000 всех брюшных грыж вообще приходится всего лишь 35 боковых грыж (приведено по Gosset).

Г. Сп. л. являются наиболее частыми среди остальных боковых грыж живота. Это совершенно понятно, если вспомнить, что по своей архитектуре Спигелиева линия принадлежит к ослабленным участкам брюшной стенки. Общее количество всех описанных в литературе г. Сп. л. Корабельников (1930) исчисляет 56 случаями. Однако, эта цифра не является вполне точной, напр., в статистике Корабельникова отсутствуют указания на случаи Брайцева и Красинцева. В сборной статистике Augé и Simon'a зарегистрировано 48 случаев г. Сп. л. (по Крымову). Из 39 случаев, где имеются указания о возрасте больных, в 12 сл. грыжи наблюдались у субъектов моложе 25 лет, в остальных же 27 сл. носителями грыж были лица старше этого возраста.

Согласно данным иностранных авторов, женщины преобладают над мужчинами. Из 27 случаев грыж у лиц старше 25 лет, собранных Augé и Simon'ом, 17 сл. относятся к женщинам. Хотя статистика, собранная Колубакиным и обнимающая 34 случая г. Сп. л., не показывает перевеса того или другого пола, однако значительное большинство авторов подчеркивает факт преваляирования женщин. В казуи-

стике советских авторов также нельзя отметить более частого обнаружения г. Сп. л. у женщин (8 мужчин и 8 женщин, включая сюда и наш случай; в случае Красинцева пол не указан). При этом следует указать на то, что вообще все боковые грыжи живота в значительном большинстве случаев наблюдаются у женщин (на 35 случ. сборной статистики Berger в 29 случ. боковые грыжи были у женщин; цит. по Gosset). Преобладание этих грыж у женщин объясняется, конечно, беременностью и родами. Это обстоятельство становится особенно понятным, если принять во внимание, что носительницами грыж обычно являются более пожилые, следовательно, повторно рожавшие женщины. Так, например, 13 беременностей было в случае Sohn'a, 8 беременностей в одном из случаев Рыбакова; по 6 беременностей отмечено у Sandelina'a, Forstena'a, 5 беременностей в случае Sthümeга; по 4 беременности в случаях Рыбакова, Колюбакина, Hollway'a и друг.

В русской дореволюционной литературе не опубликовано ни одного случая г. Сп. л.

В советской же литературе эти грыжи впервые были описаны Колюбакиным (1922 г.—3 случ.). Позже (1925 г.) Колюбакин к этим 3 случ. добавил еще 5 наблюдений (1 собственный случай, 1 случ. проф. Сладницкого, где грыжа была обнаружена у трупа, 1 случ. проф. Левита и 2 случ. Зибенгаара). Дальнейшие наблюдения принадлежат Рыбакову (1927—3 случ.), Айзенштейну (1928—1 случ.), Корабельникову (1930—1 сл.) и Еляшовичу (1932—1 сл.). Кроме того, в литературе имеются очень краткие указания на наблюдения Брайцева (1926—1 сл.) и Красинцева (1926—1 сл.).

Случай, наблюдавшийся Крымовым, в эту статистику не входит, так как здесь речь идет о травматической (послеоперационной) грыже, появившейся после аппендэктомии (разрез вблизи края прямой мышцы). Случай Старошкловской, демонстрированный до операции и вызвавший основательные возражения, также должен быть исключен из казуистики г. Сп. л.

В общей сложности советскими авторами зарегистрировано 16 наблюдений г. Сп. л., из коих 1 наблюдение относится к трупу. Наш случай является, таким образом, 17 м.

Айзенштейном описан исключительный по своей редкости случай, в котором на одной стороне имелись 2 совершенно отдельных и расположенных одна выше другой г. Сп. л.

Случай Еляшовича относится к девочке 10 лет, у которой после травмы брюшной стенки образовалась флегмона с последующим изъязвлением. Через некоторое время после заживления язв в области рубцов развилась грыжа. Можно думать, что под влиянием травмы произошло кровоизлияние в боковой стенке живота с разрывом или без разрыва мышц. Развившееся в дальнейшем нагноение гематомы resp. флегмона обусловило образование дефекта в Спигелиевой линии с последующим развитием грыжи.

Возможно, что этот случай не представляет собою чистого случая самопроизвольной г. Сп. л. и его, пожалуй, с большим основанием можно отнести к группе травматических грыж.

Диагностика г. Сп. л. в выраженных случаях и, особенно, при ущемлении не представляет никаких затруднений.

Специфическое расположение грыжевого выпячивания в зоне проецируемой на кожных покровах Спигелиевой линии (наиболее часто по *linea spino-umbilicalis* у края прямой мышцы), вправляемость выпячивания, исчезание его при лежании больного и обратное появление при переходе в вертикальное положение, сферическая или овальная форма, характерная „грыжевая“ консистенция выпячивания позволяют с уверенностью поставить правильный диагноз.

Однако, распознавание становится весьма затруднительным при начальных грыжах, имеющих небольшие размеры. Архитектурные особенности боковой стенки живота, состоящей из расположенных друг над другом довольно солидных мышечно-апоневротических слоев, дает возможность начальным грыжам легко проскальзывать между отдельными плоскостями и, следовательно, оставаться незамеченными при пальпации. В силу этого начальные г. Сп. л. в течение длительного времени могут оставаться незамеченными, как самим больным, так и наблюдающим его врачом. Увеличение же выпячивания и его постепенное продвижение наружу, конечно, обращают на себя внимание носителя грыжи. Иллюстрацией этого является наш случай, где больная с 1928 г. страдала приступами весьма сильных болей и в течение нескольких лет пользовалась совершенно безрезультатным лечением по поводу воспаления яичника, холелитиаза и нефролитиаза. Не вызывает никаких сомнений, что грыжа у больной появилась в 1928 г. и что именно эта грыжа была причиной всех болевых ощущений. Однако, грыжа все время оставалась незамеченной. Когда же грыжа постепенно увеличилась и стала интерстициальной сразу исчезли все острые приступы боли. Объективно это выразилось появлением заметного для больной выпячивания боковой стенки живота. Исчезновение приступов болей следует поставить в связь с постепенным расширением грыжевых ворот. Беременность и роды при этом сыграли доминирующую роль (полное исчезновение болей во время беременности и в течение 9 мес. после родов). Появление же болей после родов можно объяснить постепенным увеличением объема грыжи и несоответствием между грыжей и ее воротами. Только выхождение грыжи под апоневроз наружной косой мышцы *resp.* значительное расширение грыжевых ворот сразу ликвидировало приступы болей.

Подобно целому ряду других больных, наша больная также отмечала факт прекращения болей при лежании. Это анамнестическое указание является далеко нередким при г. Сп. л.

В нашем случае больная пользовалась лечением по поводу желчно-каменной болезни, камней почки и воспаления левого яичника.

Ошибочное распознавание желчнокаменной болезни или аппендицита при небольших правосторонних г. Сп. л. бывало неоднократно. Напр., одна больная Колюбакина и больной Айзенштейна были направлены для операции по поводу хронического аппендицита (в случае Айзенштейна осмотренные при операции грыжесечения слепая кишка и червеобразный отросток оказались нормальными).

Левосторонние небольшие г. Сп. л. давали повод к смещению их с печеночнокаменной болезнью, что, помимо других случаев, имело место и у нашей больной. По Крымову, эти грыжи смешивали с сигмоидитом.

Гоуена указывает на возможность неправильного распознавания заболевания желудка, в частности язвы. В случае Гоуена при операции

по поводу г. Сп. л. был обнаружен периколит в средней части поперечноободочной кишки. Больной Корабельникова безуспешно лечился по поводу предполагаемой язвы желудка.

Невыправимые г. Сп. л. неоднократно смешивались с фибромами и липомами.

При ущемлении грыж диагностика становится более легкой. Ущемления г. Сп. л. наблюдаются часто. По Колюбакину из 35 случаев г. Сп. л. 14 сл. (40%) были оперированы в стадии ущемления. На 17 сл. г. Сп. л., сообщенных советскими авторами (включая и наше наблюдение), приходится 3 случая ущемления (1 случ. Колюбакина, 1 случ. Красинцева и наш случай). Старые авторы считали, что ущемление встречается в $\frac{3}{4}$ случаев г. Сп. л.

Причиной ущемления является грыжевое отверстие, обычно узкое и имеющее фиброзные, нередко острые, края; сдавление этими краями может быстро вызвать гангрену ущемленного органа. Поэтому при ущемлении г. Сп. л. показана особенно скорая операция.

Незначительные по своим размерам и не прощупываемые со стороны брюшных покровов ущемленные г. Сп. л. могут послужить причиной неточного распознавания внутреннего ущемления, как это имело место в случаях Terrier'a и Lejars'a. Истинная причина заболевания была установлена только при обычной срединной лапаротомии. Правда, Lejars указывает, что в таких случаях единственным признаком ущемления является местная тестоватость покровов и болезненность над местом ущемления; при наличии этого признака, по мнению Lejars'a, лучше избегать срединной лапаротомии и оперировать в области прощупываемой патозности. Тут же следует отметить, что ущемленные г. Сп. л. могут быть смешаны с внутримышечными гематомами брюшной стенки (Кроткина).

У нашей больной приступ сильных болей появился 11/VI; при этом свободно выходившая и исчезающая всегда грыжа впервые стала невыправимой. После лежания и применения грелки боли совершенно исчезли, и на следующий день утром больная даже не обратила внимания на то, вправилась ли грыжа или нет. Однако, в 4 часа дня 12/VI грыжа вновь перестала вправляться и увеличилась; интенсивность появившейся боли привела больную к операции. Ущемленная кишечная петля, равно как и брыжейка ее, никаких видимых изменений не представляли. Это обстоятельство может быть объяснено только незначительным промежутком времени, прошедшим от момента ущемления до момента операции (4 часа). Накануне тоже, надо полагать, имело место ущемление грыжи; однако, она самопроизвольно вправилась. Возможно, что в этом случае было ущемление сальника, впоследствии выскользнувшего из грыжевого мешка.

Лечение г. Сп. л., конечно, исключительно оперативное, состоящее в послойном закрытии грыжевых ворот после предварительного освежения краев их и устранении грыжевого мешка. Этот метод был применен и в нашем случае; при этом для более прочного закрытия дефекта мы добавили дупликатуру апоневроза наружной косой мышцы.

Однако, при более значительных размерах грыжевых ворот не всегда представляется возможным прибегнуть к этому способу. В таких случаях приходится использовать мышечную или фасциальную пластику.

Для мышечной пластики можно вырезать языкообразный лоскут из наружной косой мышцы на ножке по Спизарному или же прибегнуть к пластике портняжной мышцей по Чижю. В литературе указаний на применение этих методов при г. Сп. л. мы не встретили. Однако, при травматических брюшных грыжах способ Спизарного себя вполне оправдал. Wordleworth рекомендует для закрытия дефекта воспользоваться прямой мышцей живота.

Фасциальная пластика сводится к сводной пересадке фасции (Sudeck, Ирокин).

Из Хирургической клиники № 2 Сев.-Кав. гос. института
(директор проф. Н. И. Напалков).

К вопросу о боковых кистах шеи.

И. И. Кальченко.

Несмотря на большое количество опубликованных до настоящего времени исследований о боковых кистах и свищах шеи, вопрос о генезе и клинике этих заболеваний остается далеко еще нерешенным.

Главное внимание исследователей в этом вопросе было направлено на изучение жаберного аппарата у зародышей позвоночных животных, в результате чего появилась жаберная теория происхождения кист и свищей шеи (Ascheron, 1832).

Хотя большинство исследователей (His, Rabl, Heusinger, Kastanekski и Mielecki, Боголюбов, Бокастова, Рихтер и др.) единодушно утверждают, что боковые кисты и свищи шеи развиваются из остатков жаберного аппарата зародыша, однако установить, из какой именно жаберной щели они происходят оказалось делом чрезвычайно трудным. Эта неопределенность и неясность с несомненностью указывают, что вопрос о происхождении врожденных кист и свищей шеи является далеко еще нерешенным. В 1909 г. появляется обстоятельная работа Венгловского, который пытается объяснить происхождение этих врожденных образований с другой точки зрения. Отрицая всякое значение жаберного аппарата, а именно второй жаберной щели в происхождении боковых кист и свищей шеи, Венгловский, на основании своих эмбриологических и патолого-анатомических исследований, выдвигает новую теорию развития боковых кист и свищей шеи из эмбриональных остатков рото-глоточного протока. Другие авторы пытаются примирять жаберную теорию с теорией Венгловского, допуская возможность происхождения боковых кист и свищей шеи из 2-й жаберной щели и остатков ductus thymo-pharyngeus (Рихтер). Некоторые же авторы (Дьяконов, Лысенко, Якобсон) вовсе не касаются вопроса генеза этих образований, не считая возможным на основании имеющихся у них данных объяснить свои случаи с точки зрения той или иной теории, предпочитая оставить вопрос пока открытым. Такое состояние вопроса о происхождении кист и свищей шеи несомненно нуждается в дополнительных клинических и анатомо-эмбриологических исследованиях.

Это и побудило нас описать один клинический случай боковой кисты шеи в связи с анатомическими исследованиями, которые, по нашему мнению, представляют большой интерес для выяснения вопроса о происхождении врожденных боковых кист и свищей шеи.