

4. Pick'овский pericarditische Pseudolebercirrhose есть самостоятельное заболевание, а не полисерозит.

5. Pick'овский синдром, однако, может встречаться при хроническом полисерозите и быть частичным проявлением его как и Zuckergussleber Curschmann'a.

6. Этиология хронических полисерозитов еще не ясна, но несомненно участие инфекции, вероятно слабо-вирулентными микроорганизмами, или интоксикация бактериальными токсинами, распространяющимися лимфатическими путями.

7. При этой форме полисерозитов существует предрасположение в виде определенных конституциональных моментов: „diathèse fibreux sclérogène“ (Lancéaux), „sero-fibrose Diathese“ (Neusser), „serositische Diathese“ (Schlauer), „bindegewebige Diathese“ (Chwostek).

Указатель литературы по техническим условиям не помещен. *Ред.*

Из 2-й хирургической клиники Белорусского гос. университета (Директор-проф. М. П. Соколовский).

К вопросу о параингвинальных грыжах.

Д-ра П. И. Корзона.

К параингвинальным грыжам относятся грыжи паховой области, которые подобно косым грыжам выходят из брюшной полости через внутреннее отверстие пахового канала, проходят последний, но выходят не через наружное отверстие, а в стороне от него через щель апоневроза наружной косой мышцы. Эти щели в апоневрозе располагаются то между дугообразными волокнами, закругляющими наружное отверстие пахового канала, то на срединной или боковой ножке пахового отверстия. Такие грыжи описаны Lőzbeck, Cooper, Velpeau, Scarpa, Jacoboulay и другими авторами. Кроме упомянутых параингвинальных грыж, есть еще другая разновидность их, встречающаяся крайне редко и описанная пока только Tuffier и Chipault, где грыжа уже из брюшной полости выходит не через внутреннее отверстие пахового канала, а чрез какое-либо ненормальное отверстие в брюшной стенке вблизи пахового канала и располагается вне канала и параллельно ему. На материале в 730 грыжесечений 2-й хирургической клиники мы имели следующие три случая параингвинальных грыж. Из них один случай двусторонней параингвинальной грыжи.

Случай 1. Крестьянка, 30 лет, поступила в клинику по поводу двусторонней паховой грыжи. Справа грыжа существует пять лет, слева два месяца. Больная рассказывает, что пять лет назад в последний месяц беременности она несла тяжесть, оступилась и сразу почувствовала резкую боль в правом паху. Вставши после родов, она заметила справа небольшое грыжевое выпячивание, которое мало увеличилось в дальнейшем. Месяца два тому назад слева также появилась небольшая грыжа. При осмотре больной имеем: наружное отверстие пахового канала с обеих сторон не пропускает кончика пальца. Справа, на один палец выше и кнаружи от наружного отверстия пахового канала, прощупывается щель в апоневрозе наружной косой мышцы, пропускающая 2½ пальца, через которую при натуживании появляется грыжевое выпячивание величиной в куриное яйцо. Слева, в том же месте выше наружного отверстия пахового канала щель в апоневрозе пропускает полтора пальца, грыжа здесь незначительная. 16/IV 27 г. операция (проф. М. П. Соколовский). «Разрез над грыжами с двух сторон. Грыжевые

вороты выше наружного пахового отверстия. Эти ворота в виде щели в апоневрозе. Край апоневроза освежены и пришиты к Пупартовой связке. Поверх швы на апоневроз. Справа был выделен грыжевой мешок и удален, слева не выделялся. Скобки на кожу». На 10-й день больная выписалась из клиники в хорошем состоянии.

Случай 2. Крестьянин, 46 лет, поступил в клинику по поводу двусторонней паховой грыжи, существующей около года. Грыжи с обеих сторон появились почти одновременно, сначала правая, а потом левая, внезапно, при поднятии тяжести. При осмотре имеем: с правой стороны обыкновенная косая паховая грыжа небольших размеров. С левой стороны—грыжа величиной в большую сливу выходит в стороне от наружного пахового кольца, которое свободно, незначительных размеров, не пропускает пальца. При двустороннем грыжесечении обнаружено, что с левой стороны грыжа выходит через щель в апоневрозе выше и кнаружи от пахового кольца. Выпячивание брюшины небольшое и потому грыжевой мешок не выделялся, канал паховый был зашит по Gigard.

Случай 3 парангвинальной грыжи—это была большая двусторонняя паховая грыжа у старика 65 лет, грыжа существует около 10 лет. Начало ее связывает с тяжелой работой в типографии. Здесь с правой стороны грыжа двойная (двухэтажная), причем нижним этажом является грыжевое выпячивание величиной в кулак, выходящее через наружное паховое отверстие и пропускающее три пальца. Выше и кнаружи, параллельно Пупартовой связке расположена парангвинальная часть грыжи в 3—4 раза больше по размерам нижней части грыжи, выходящая через большую щель в апоневрозе, пропускающую четыре пальца. Верхний больший этаж грыжи, таким образом, отделяется от нижнего бороздой, которая образована крепкой лентой апоневроза наружной косой мышцы, именно его круговыми волокнами, окружающими наружное кольцо сверху. Левая грыжа у этого больного по величине равна двойной правой и представляет из себя выпячивание на месте разошедшегося апоневроза, занимая расстояние от лобка почти до уровня пупка. У этого больного имеется двусторонний крипторхизм. Больной в виду слабости оперирован не был.

Первая разновидность парангвинальных грыж, наиболее часто встречающаяся, близко подходит к группе грыж, известных под названием интерстициальных. При этих формах грыжа выходит из пахового канала, не доходя до наружного его отверстия. Причину этого некоторые авторы (Tillaux) видят в чисто механическом моменте, именно, в крайне суженном наружном отверстии пахового канала. Пучки апоневроза—дугобразные волокна, окружающие это отверстие, в таких случаях очень прочны и сильно развиты. Грыжевое содержимое, встречая препятствие в наружном паховом кольце, находит более слабое место вне его, и выходит из канала, располагаясь между тканями позади апоневроза (интерстициальная грыжа). Если в таких случаях грыжа не удерживается апоневрозом, а выпячивается через слабое место в нем (щель, значительная прослойка между пучками), то парангвинальная грыжа налицо. Наши случаи подтверждают это. Действительно, наружное паховое кольцо у наших больных не пропускало кончика пальца, а образующие его края апоневроза были очень прочны.

В происхождении парангвинальных грыж имеют значение все те предрасполагающие и производящие причины, что и вообще при паховых грыжах. Патогенез паховой грыжи до настоящего времени все еще окончательно не выяснен, и вопрос о том, что имеет перевешивающее значение в происхождении паховой грыжи, внутрибрюшное ли давление или строение паховой области живота, остается не решенным. Проф. Москаленко на I-м Всеукраинском съезде хирургов представил нам новые данные по этому вопросу. Его антропометрические исследования показали, что у мужчин существуют три формы живота: женская форма живота—форма конуса с вершиной вверх, характеризующаяся преобла-

данием *distancia spinarum* над поперечником нижней грудной апертуры. Мужская форма—форма конуса с вершиной вниз, характеризующаяся преобладанием поперечника нижней грудной апертуры над *distancia spinarum*. Третья цилиндрическая, переходная форма, при которой поперечник нижней грудной апертуры и *distancia spinarum* равны. По его данным, женская форма у мужчин встречается в 46%, мужская в 49% и переходная в 5%. Из 200 грыженосителей, обследованных им, 16% обладали мужской формой живота, 3% переходной, 81% женской. Далее, на основании анатомического исследования проф. Москаленко считает, что при мужской форме живота паховый канал укреплен значительно хуже, чем при женской; между тем как при женской форме живота, несмотря на хорошее укрепление пахового канала, грыжи у мужчин встречаются в пять раз чаще. „Анатомическое строение пахового канала, имеющее безусловное значение, не является, однако, главным фактором предрасположения к грыжам, уступая по значению другому фактору, который кроется в условиях внутрибрюшного давления. Эти условия различны при разной форме живота. При мужской равнодействующая внутрибрюшного давления направлена на стенки таза, и паховый канал испытывает отраженное воздействие. При женской форме паховый канал находится под прямым воздействием внутрибрюшного давления так же, как и дно малого таза“ (цит. по Москаленко). В образовании параингинальной грыжи важную роль играет строение и крепость пахового канала в целом, апоневроза наружной косой мышцы и наружного пахового отверстия. Необходимым условием появления параингинальной грыжи является слабость апоневроза наружной косой мышцы (щель или прослойка между пучками в нем) и одновременно узость и прочность наружного пахового кольца—хорошее развитие дугообразных волокон апоневроза, образующих его. Апоневроз наружной косой мышцы состоит из соединительнотканых волокон, которые, соединяясь между собою, образуют пучки-ленты апоневроза, то плотно прилегающие друг к другу, то разделенные на то или другое расстояние прослойками из соединительной ткани.

Эти нежные прослойки между плотными пучками апоневроза и служат местом наименьшего сопротивления для выпячивающихся брюшных внутренностей при параингинальных грыжах. У женщин (и при женской форме живота у мужчин) апоневроз наружной косой мышцы крепче и плотнее, чем у мужчин. Пучки волокон, из которых складывается апоневроз, здесь толще и шире, и они плотно прилегают друг к другу. Дугообразные волокна, укрепляющие наружное паховое отверстие, здесь сильно развиты и плотно сконцентрированы сверху кольца, придавая ему большую крепость. Наружное паховое кольцо у женщин значительно меньше, чем у мужчин, в среднем в два раза. При мужской форме живота с более слабым и тонким апоневрозом чаще встречаются щелевидные прослойки в нем. К самым широким и постоянным промежуткам между пучками апоневроза Яшинский относит промежуток на срединной ножке наружного пахового отверстия и промежуток, лежащий вбок от этого отверстия. Именно эти прослойки в апоневрозе и являются чаще местом выхода параингинальной грыжи. В наших случаях параингинальные грыжи выходили через щели в апоневрозе, лежащие вверх и кнаружи от наружного пахового отверстия. Изучая на материа-

ле наших грыжевиков строение апоневроза, мы убедились, что прочность его и строение часто несовершенны и что наличие значительных прослоек между пучками и даже щелей явление довольно частое. Между тем эти щели редко служат местом выпячивания параинтгинальных грыж. Мы различали апоневроз крепкий, где отдельные пучки плотно прилегают друг к другу, который производит впечатление цельной и плотной пластинки, апоневроз средней прочности с ясно заметными отдельными пучками и прослойками между ними, который наиболее часто встречался у нас, и, наконец, слабый апоневроз—очень тонкий, часто с большими прослойками и щелями между пучками, который часто производит впечатление решетчатой пластинки, иногда тонкой, как папиросная бумага, встречается реже, чем первые два вида. На нашем материале мы 12 раз у мужчин видели настоящие щели в апоневрозе, между тем как, несмотря на такую слабость его, грыжи все же выходили в этих случаях обычным путем через наружное паховое отверстие. Точно также тонкий, как папиросная бумага, апоневроз все же не изменяет хода грыжевого выпячивания через паховый канал и наружное паховое кольцо. У женщин, кроме описанного случая двусторонней параинтгинальной грыжи, мы на нашем материале (54 паховых женских грыж) ни разу не видели заметных прослоек и щелей в апоневрозе. Ясно, что помимо щелей в апоневрозе и слабости его немаловажное значение в смысле появления параинтгинальной грыжи имеет суженное и укрепленное прочными краями дуговых волокон наружное паховое отверстие, представляющее, таким образом, неопределимое препятствие для продвижения грыжевого содержимого. Нужно еще отметить одно обстоятельство, которое, возможно, имеет значение в этнологии наших случаев параинтгинальной грыжи—это некоторый насильственный момент. Наша больная оступилась, когда несла тяжесть в последний месяц беременности, и почувствовала очень резкую боль в паху, которая надолго ее уложила в постель. Поднявшись после родов, она заметила грыжу. Во втором случае у мужчины также параинтгинальная грыжа появилась внезапно с болями резкими после тяжелого физического напряжения. Из литературы мы знаем немало случаев насильственных грыж, когда грыжи появлялись внезапно в результате разрыва в области пахового или бедренного канала под влиянием резкого повышения внутрибрюшного давления. Правда, внезапное появление грыжи в таких случаях возможно только при существовании преформированного грыжевого мешка или же когда существующая маленькая грыжа под влиянием некоторого насильственного момента увеличивается в размерах и разрывает ткани. Нормально же брюшина никогда не заходит в паховый канал, а проникновение ее совершается всегда постепенно.

На основании наших наблюдений и литературных данных мы можем сделать следующие выводы:

1. Прочность и строение апоневроза наружной косой мышцы часто несовершенны, и наличие значительных прослоек между пучками апоневроза и даже щелей явление довольно частое, грыжи же параинтгинальные встречаются сравнительно редко.
2. При образовании параинтгинальных грыж условиями, изменяющими нормальный ход грыжевого содержимого, надо считать слабость пахового канала и апоневроза наружной косой мышцы, наличие в нем

щелей при узком плотном и прочно укрепленном дугообразными волокнами наружном паховом кольце.

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Завед. д-р В. А. Хатунцев).

О борьбе с подпольным абортom. *)

Д-ра М. И. Магид.

Хотя локализация аборта и ограничила значительно число нелегальных абортов, тем не менее известное количество последних и до настоящего времени производится в условиях подполья. Процент их падает из года в год. Генс считает, что в Москве (1928 г.) почти 90% абортов производится в больницах; по его же данным на селе в 1925 г. еще 50—60% абортов производилось в условиях подполья.

Интересуясь вопросом о том, сколько среди поступающих в больницы неполных абортов есть подпольных, мы на материале нашего послеродового инфекционного отделения произвели соответствующие наблюдения. Но так как женщины нередко скрывают подпольное вмешательство, то нами выработана специальная методика, которая в главном сводится к тому, что мы весьма тщательно расспрашиваем больную по определенной схеме, указывая ей, что эти данные нам нужны лишь в интересах оказания помощи самой больной, спрашивая не *кто* делал, а *как* был произведен аборт, причем по возможности выясняем, была ли это акушерка, сама больная и т. д.

Мы считаем, что своевременное и полное признание больной во вмешательстве значительно облегчает как диагноз, так и рациональную терапию. Например, нам удалось в 186 случаях заведомо подпольного *лихорадочного аборта* добиться понижения смертности до 4,3%; по отношению же к общему числу лихорадочных абортов смертность за то же время составляла менее 1,6%, а включая нелихорадящие аборты, лишь 0,6%. Вышеприведенные наблюдения явились материалом для самостоятельной работы (см. Каз. мед. ж. 1930 № 10.).

Хотя процент подпольных абортов оказался у нас значительно меньше, чем у иностранных авторов, что, очевидно, является благоприятным эффектом легализации аборта, тем не менее количество их составляло среди лихорадочных абортов все же около 30% всех случаев.

Возникает вопрос, какими мерами располагает больничный врач для борьбы с подпольным абортom?

Поскольку, благодаря легализации, сама abortирующая наказанию не подлежит, то наиболее простой мерой здесь, казалось бы, является уведомление судебных органов о всех тех случаях, где больная признается врачу в постороннем вмешательстве, либо врач с несомненностью констатирует таковое. Однако, как учит наш опыт, этот метод в *руках врача* особенного успеха дать не может.

За границей, где аборт по социальным показаниям запрещен, закон требует от врача сообщать суду о всех, ставших ему известными, случаях подпольного аборта, с целью наказания самой abortирующей. Как известно, это требование приводит к тому, что больные скрывают от врача вмешательство; с другой стороны, врач в интересах больных

*) В порядке дискуссии. *Ред.*