

Имел ввиду сравнительную редкость осложнения подпольного искусственного выкидыша прободением стенки матки гусиным пером и бытовое значение для меньшинств метода, к которому прибегают «специалистки» по преступным выкидышам, я решил опубликовать данный случай в печати.

Из Советской б-цы г. Бологое.

## К вопросу об инородных телах брюшной полости.

Врача Б. Куликова.

13 января 1931 г. в Бологовскую совбольницу поступила кр-ка Меланья А-ва, 39 лет, с жалобами на боли и опухоль в подложечной области.

Больная бледна, питание понижено; замужем 12 лет, 6 раз родила, послед. раз 2 года тому назад. Роды были благополучные; венерические болезни отрицает. Больная поступает в б-цу 2-й раз. Из предыдущих данных мы узнаем, что больная дома, будучи беременной около 2-х месяцев, ввела себе в матку шелковый буж, оставив свободный конец, ок. 5 см. длиной, торчать из половой щели. Боли при введении бужа не ощущала. Ночью 2 раза ходила в уборную, наутро бужа около себя не нашла.

На другой день появились боли внизу живота и кровотечение. С этими явлениями и с повышенной температурой до 37,5° больная поступила в б-цу— на 3-й день после введения бужа—5 XI—30 г. Так как больная температурала—выскабливание сделано было на 11-й день, после операции 1° стала нормальной, больная чувствовала только небольшие боли в животе и 23-XI ушла домой.

Недели через две после выписки из б-цы больная почувствовала боль под ложечкой и стала замечать опухоль, к-ая быстро увеличивалась. Лечащими врачами, к-ые предполагали развитие злокачественной опухоли, б-ная была направлена к рентгенологу, который отметил теневое изображение (в животе), в норме не встречающееся. 15 января 1931 г. больная обратилась ко мне и, после того как проб-ной пункцией был получен гной, я разрезал опухоль, которая оказалась абсцессом; получено ок. 30 куб. см. гнойно-кровянистой жидкости. Б-ной стало легче, живот сделался мягче. Через 4 дня при прощупывании живота отмечается твердый тяж, идущий от мечевидного отростка к лобку, где ясность его теряется. Невольно явилась мысль, что это тот злополучный буж, к-ым больная сделала себе аборт. Полость абсцесса обследована тщательно с целью возможности извлечь буж, но безуспешно. Тогда через разрез, сделанный около пупка, по средней линии, после вскрытия брюшины, легко можно было прощупать буж, (он был окутан салынком) к-ый удалось немного протолкнуть к прежней ране, к мечевидному отростку.

Разрез брюшной раны послойно зашит и закрыт линким пластырем. Края абсцесса раздвинуты крючками, неощущено инородное тело и извлечено. Это был шелковый буж, длиной в 30 см., толщиной в 4 мм., с проволокой в середине, почти на 1/3 ок. 12 см.; каудальная часть бужа проволоки не имеет.

Интересным является вопрос: как же весь буж очутился в бр. полости? Я предполагаю, что буж, перфорировав стенку матки своей б. тяжелой половиной, очутился в полости брюшины, в силу чего с помощью перистальтики ушел туда весь, а впоследствии прижался к передней бр. стенке в области мечевидного отростка и дал абсцесс.

Средне-Волжский институт охраны мат. и младенчества. (Самара). Зав. женским отделением А. К. Софотеров.

## Случай врожденной грыжи<sup>1)</sup>.

Ординатора С. М. Гальперина.

Присоединяясь к взгляду Н. М. Николаева, что каждый встречающийся случай уродства должен изучаться в пределах современной возможности, мы решили опубликовать наш случай врожденной грыжи с содержимым в грыжевом

<sup>1)</sup> Доложено на общегор. конф. НАВ секц. охр. м.-мл. 3/XII 30 г.

мешке печени, селезенки и кишечника, как уродство, встречающееся, судя по доступной нам литературе, нечасто.

Ночью 10 октября 1930 г., в Ин-т. охр. м.-мл. была доставлена гражданка В., 23 лет, история родов № 3775, которая в 24 часа родила по дороге в Ин-т. У В. 4-я беременность, 1-я беременность — срочные роды, 2-я искусственный выкидыш, 3-я произвольный выкидыш 3-х месяцев и 4-я настоящая беременность. Большой среднего роста, хорошо упитана по конституциональному облику соответствует нормальной женщине в описании Stratz'a. Посещала районную женскую консультацию — 6 раз, противозачаточных мер не принимала. Из объективных данных и из анамнеза сифилис отрицается. Последняя менструация 28 декабря, роды срочные.

Родившаяся девочка весила 3100,0, длиной 48 сантиметров, окружность головки в прямом размере 33, прямой размер 11, большой косой 13, малый косой 9, большой поперечный 9, малый попереч. 7, плечики 10, окружность груди 31, ягодич. 7. Крик громкий. Детское место с оболочками отшло самостоятельно в больнице, весом 520,0; пуговина сочная, извилистая, 36 сантиметров длиной с боковым прикреплением. При осмотре ребенка найдено: на брюшной стенке образование величиной с головку новорожденного, покрытое студеобразной прозрачной оболочкой, эластической консистенции. Оболочка на всем протяжении плотно сращена с кожей. Сквозь оболочку просвечивают органы: справа печень, занимавшая  $\frac{1}{3}$  пространства слева и сверху селезенка, посредине петли кишек с желудком. Грижевое отверстие имело в ширину 6 сан., длину 7 сант. с утолщенными краями. Пуговина отходила от нижнего края этого образования на  $2\frac{1}{2}$  сан. от лобка. Описанное образование — пуговчатая грыжа — была покрыта салфетками, смоченными физиологическим раствором. Через 10 часов после рождения, оболочка грыжи начала мутнеть и стала более напряженной, чем в момент рождения. В отлогах местах появился экссудат, просвечивающийся через оболочку. Одиннадцатого октября после демонстрации ребенка педиатрам и ex consilio с ними решено произвести операцию. Через 16 часов после рождения ребенка под легким хлороформным наркозом операция (А. Софотерова и Гальперина): циркулярным разрезом оболочка грижевого мешка отделена на всем протяжении от кожи; удаленная оболочка около 4 м/м. толщины имела прочные плоскостные сращения в двух местах на передней поверхности печени и в одном месте с салынником близ мечевидного отростка, в силу чего пришлось резецировать небольшой кусок салынника, а на печени, в виду невозможности ее отделения, оставить в виде двух островков величиной с 10-коп. монету. При последующей затем попытке вправить внутренности в брюшную полость сделать это не удалось. Пространство вмещало в себе или весь кишечник, или только печень. Во время операции было установлено, что имеется еще деструкто-кардия. Ребенок не перенес операционной травмы и через 10 часов после нее умер.

*Данные вскрытия* (И. И. Куколев): Питание удовлетворительное, тургор тканей хорошо выражен. При вскрытии грудной клетки ткань легких нормальная, содержит воздух; границы легких справа по реберному краю, слева 11 ребро. Сердце находится справа от средней линии на один палец, верхняя граница сердца на уровне 5-го ребра, сердечная сумка нормальная. Конус диафрагмальный смещен и выпячен книзу и вправо, границы прикрепления диафрагмы слева 10-е — 11-е ребро, справа на один сант. ниже реберного края. Брюшная полость: печень полшаровидной формы длиной 9 сант., шириной 8, высота 5, в двух местах поверхность печени интимно спаяна с оболочкой грижевого мешка. Серповидная связка печени отсутствует, желчный пузырь нормален. Желудок имеет косое положение, малой кривизной тесно прилегает к воротам печени. Foramen Winslowii пропускает  $1\frac{1}{2}$  — 2 пальца. Селезенка: толщина 4 сан., ширина 2 сан. расположена по большой кривизне желудка и своей капсулой тесно спаяна с восходящей частью ободочной кишки. Слепая кишка и восходящая часть ободочной кишки длинная и сильно растянута; почки, поджелудочная железа и внутренние половые органы без изменений.

*Гистологическое исследование* (И. И. Куколев, консультация проф. Е. Л. Кавецкий и А. К. Софотерова): фиксация формалином, окраска гематоксилином с эозином и по (Van-Gieson). Препарат оболочки: самый поверхностный слой представляет из себя различной толщины пластинку в различной степени ороговения, местами непосредственно подлежит к подлежащей рыхлой соединительной ткани, местами между ними и последней имеется прослойка в 2—3

ряда плоских, местами кубических клеток. Более глубокие слои оболочки построены из более плотной соединительной ткани с большим количеством местами расширенных кровеносных сосудов. Имеются отдельные места с резко выраженной круглоклеточной инфильтрацией. Препарат печени: со сросшейся частью оболочки отмечается разрастание соединительной ткани по ходу сосудов и частичная атрофия клеточных элементов, капилляры печеночных долек резко расширены и переполнены кровью. Глиссонова капсула утолщена, а в периферических слоях разволокнилась, резко инфильтрирована лейкоцитами и непосредственно переходит в вышеописанную оболочку. Местами волокна глиссоновой капсулы набухли, ядра выражены плохо. Препарат из кожи в месте перехода ее в стенку грыжевого мешка: в нормальной коже типичный плоский многослойный эпителий с ясно выраженным ороговевшим слоем. *Strat. germinat.* местами резко утолщен, местами имеет вид частокола. На месте перехода кожи в грыжевой мешок эпителий истончается и постепенно переходит в однородную ороговевшую пластинку, имеющую различную толщину.

На месте истончения эпителия волокнистость выражена слабее, ядра краются плохо. Соединительнотканый слой (собств. кожи) под эпителием развит хорошо, в более глубоких частях волокнистость выражена слабее и клетки имеют звездчатый характер. Все препараты из оболочки грыжевого мешка пронизаны большими сегментированными лейкоцитами, местами группирующимися в виде гнезд.

Из всего вышеизложенного вытекает, что перед нами имеется уродство—врожденная грыжа, по принятой терминологии—врожденная грыжа пуповины: *Regn. umbilica embryon.* Что касается вопроса о времени происхождения данного уродства, то мы его относим к периоду бластогенеза (беря в основу стадии эмбриогенеза по Меркелю), а по отношению к механизму, т. е. формальному генезу, мы склонны присоединиться к взгляду Окен'а, подтвержденному работами Крайнег'а и Тудичума (цит. по Елкину), что недостаточное впячивание внутрь кишечных петель, расположенных первично в пуповине из-за наличия сращений способствует образованию грыжи. Отсутствие мускулатуры брюшной стенки и декстро-кардию мы считаем явлением вторичного порядка. В каузальном генезе по Schwalbe играют роль внутренние и внешние причины. Данные нашего случая исключают роль внешнего фактора, а внутренние, т. е. механические, термические, психические, химические воздействия не представляется нам возможным определить.

Что касается самой оболочки грыжевого мешка, то до гистологического ее исследования ее толщина, прозрачность давала нам право толковать ее как амнионную и поставить предварительный диагноз нашего случая как пупочной грыжи, но на основании гистологического исследования, мы видим, что это есть очень тонкий слой недоразвитой кожи и полагаем, что грыжа в случае Duglascheg'a, который приводится М. Елкиным в его работе также была покрыта истонченной кожей, почему она и покрылась эпидермисом на 3-м году жизни ребенка, что дает нам право говорить не о пупочной грыже, а как о грыже брюшной стенки.

**Выводы:** 1) Наш случай, окончившийся детально как у Бокенгеймера вследствие операционной травмы и невозможности вправить внутренности, при уясненном теперь строении грыжевого мешка, заставляет нас делать вывод, что лучше в этих случаях не оперировать очень рано после родов.

2) Точный диагноз врожденных грыж пупка или брюшной стенки может быть поставлен лишь на основании гистологического исследования, без которого до сих пор грыжи брюшной стенки в большинстве случаев рассматривались как врожденные пупочные грыжи.