
En plaget syerske

TIDLIGERE I TIDSSKRIFTET

ÅSLAUG FLO

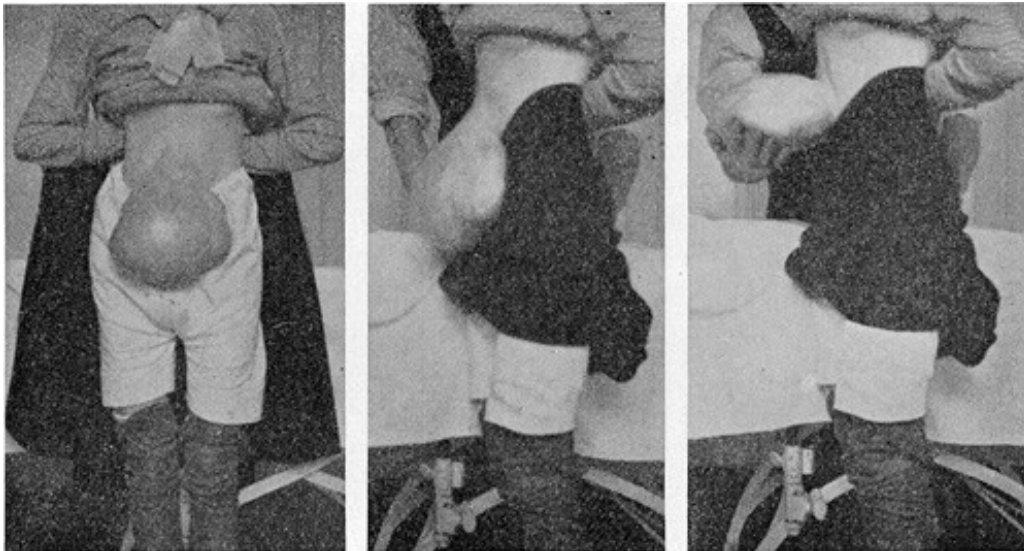
Email: aaslaug.flo@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Både nyfødtsorgen og kirurgien må ha gjort store fremskritt de siste hundre år, siden de færreste leger i våre dager vil møte en pasient som kvinnen doktor Sommerschild beskriver i sin kasuistikk (Tidsskr Nor Lægeforen 1936; 56: 14 – 6).

Et tilfelle av spontan lukning av navlestrengbrokk

Av **Henrik Sommerschild**, Molde.



Navlestrengbrokk er en sjelden tilstand. Hyppigheten angis å være 1 tilfelle på 10 000 fødsler. Tilstanden er en utviklingsanomali, idet den føtale ventrale spalte ikke lukker sig, men holder sig åpen svarende til navlestedet. Tilstanden konstateres ved fødselen, idet bukinnhold finnes liggende i navlestrengen kun dekket av amnion, idet heller ikke

peritoneum på dette sted har lukket sig foran bukorganene. Der foreligger således ikke noget virkelig brokk, men riktigere en ectopia viscerum i større eller mindre grad. Tilstanden betegnes imidlertid som navlestrengbrokk.

Tross at der i den senere tid er publisert noen tilfelle av vellykkede operasjoner for denne tilstand må *prognosen ansees som pessima*, da barnene som regel etter amnions henfall dør av peritonitt. Operasjon må i tilfelle utføres i løpet av de første timer etter fødselen. Amnionhinnen åpnes, organene reponeres, og lukning av bukveggen skjer ved gjennomgående sutur av samtlige bukveggs lag. Tilstanden kan forekomme mere eller mindre uttalt, fra de største grader med ektopi av samtlige bukens organer til de mindre grader med ektopi kun av enkelte organer eller organdeler. Det operative resultat er selvsagt gunstigst ved de mindre uttalte former.

Den spontane lukning ved disse tilstander er som man vil forstå en virkelig sjeldenhet og kan kun tenkes ved de mindre grader, idet partiet mellom avnavlingsstedet og bukveggen ikke gangrenerer, men overhudes.

Det tilfelle jeg her vil referere, må imidlertid være et slikt tilfelle av spontan lukning av et navlestrengbrokk, da *tilstanden var medfødt*. Brokkinnholdets mangfoldighet taler også for dette.

Patienten er en 35 år gammel syerske. Hun meddeler at hennes foreldre har fortalt henne at hun ved fødselen hadde et stort «navlebrokk». Jordmoren trodde ikke barnet kunde leve med dette mange timer, og barnet blev derfor døpt umiddelbart efter fødselen. Barnet kom sig imidlertid, og hun har siden levet med sitt «navlebrokk» som har tiltatt i omfang, alt eftersom hun har vokset. Om der blev instituert nogen behandling har jeg ikke kunnet bringe på det rene. Hun har i alle år hatt daglige ubehagelige fornemmelser i brokket, men kun av og til virkelige smerter med rumling. Har alltid vært arbeidsdyktig. Vannlatning og menstruasjon i orden, *avføringen aldri treg*, ingen fordøielsesulemper.

Den kliniske undersøkelse viste en fra epigastriet og navlestedet utgående, nedhengende hudpose. Omkretsen rundt basis var 31 cm., største omkrets 55 cm., lengden 28 cm., formen pæreform og vekten ca. 3 ½ kg. Den lot sig lett anbringe på en vekt når patienten stod opreist.

Palpatorisk kunde man på venstre side under den tynne hudvegg identifisere milten som faktisk kunde omfattes helt i den hule hånd. På høire side kunde et fast organ med skarp nedre kant palperes – leveren. Forøvrig kunde der sees tarmbevegelser og høres tarmlyd.

Huden var atrofisk, med arraktige striper og drag, til dels adherent til de underliggende organer.

Røntgenologisk fantes hele ventrikkelen med nederste del av spiserøret, duodenum, tynntarm, cøcum med appendiks og colon transversum *i sekken*, mens descendens, sigmoideum og urinveisorganene lå *i abdomen*.

Grunnen til at hun søkte læge var et dekubitussår på sekkens bakre vegg hvor denne gnisset mot forreste bukvegg.