

Въ заключеніе *Fehling* указываетъ на слѣдующія неразрѣшенные еще задачи: 1) Исчезаетъ-ли вполнѣ съ первой беременностью т. н. «почка беременной» *Leyden's* или-же она при послѣдующихъ беременностяхъ возвращается въ томъ-же видѣ или съ исходомъ въ хроническій нефритъ? и 2) Имѣютъ-ли какое-либо отличіе въ теченіи своемъ хроническій паренхиматозный нефритъ и сморщенная почка при complicacіи съ беременностью?

Коганъ.

27. **Rochet. Deux cas de grossesse extrauterine opérés avec succès.** (Bulletin de la société Belge de gynec. et d'obst. 1891, № 5). Два случая внѣматочной беременности, съ успѣхомъ оперированныя.

1. Г-жа V. H., 27 л., регулы съ 13 л., замужняя, 11—para, было два выкидыша. Послѣ втораго выкидыша (1890 г.) регулы стали неправильны: опаздывали во времени, въ меньшемъ количествѣ и сопровождались сильными болями. Послѣднія крови были въ маѣ 1891 г. и появились черезъ 5 недѣль, въ незначительномъ количествѣ. По прошествіи двухъ недѣль, больная почувствовала такія сильныя боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота, что потеряла сознаніе. Д-ръ *Shoover*, къ которому обратилась за враческою помощью, поставилъ діагнозъ лѣвосторон. pyosalpinx. Въ юлѣ былъ приглашенъ на консультацію д-ръ *Rochet*. При изслѣдованіи найдено: слѣва опухоль мягкой консистенціи, ограниченная, величиною съ апельсинъ, соответствующая лѣвымъ придаткамъ матки. Д-ръ *Rochet* высказался также за діагнозъ гнойнаго салпингита и предложилъ операцію, на которую родные не согласились. Состояніе больной ухудшалось: потери крови, сильныя боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота, обмороки, пульсъ учащенный.

Въ августѣ было рѣшено оперировать. Передъ операціей при внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что Дугласово пространство также занято опухолью, мягкой на ощупь, флюктуация. Авторъ пришелъ къ заключенію, что у больной двустороннее гнойное заболѣваніе трубъ и яичниковъ и рѣшилъ удалить матку и придатки. 10-го августа произведена операція—*hysterectomy vaginalis*. По вскрытіи задняго свода выдѣлилось значительное количество кровяныхъ сгустковъ. По удаленіи матки, во время промыванія растворомъ борной кислоты, еще выдѣлились сгустки крови и вышелъ плодъ длиною = 3 cent.—приблизительно 6 недѣль. Удалены придатки. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений:  $t^{\circ}$  не превышала  $38^{\circ}$  въ продолженіе первыхъ 10 дней. 27-го сентября пациентка выписалась и общее состояніе здоровья найдено удовлетворительнымъ. Авторъ объясняетъ этотъ случай слѣдующимъ образомъ: послѣ выкидыша (1890 г.) развился салпингитъ. Пациентка менструировала неправильно, были боли, почему не обратила вниманія на продолжительное отсутствіе регулъ и на боли въ лѣвой сторонѣ и внизу живота. Первый частичный разрывъ трубы произошелъ въ концѣ 7-й недѣли и—болѣе полный—съ медленнымъ образованіемъ *haematocoele intraperit.*, между числами: 27-го іюля и 1-го августа.

2. *Clemence S.* 23 л. Мѣсячныя всегда были болѣзненные, бѣли. Въ первыхъ числахъ декабря 1890 г., вслѣдствіе отсутствія регулъ, считала

себя беременною въ первый разъ. Общее состояніе здоровья было удовлетворительно до 4-го марта, когда почувствовала вдругъ сильнѣйшія боли внизу живота, появилась рвота желчью. Приглашенъ Д-ръ *Goverts*. Вслѣдствіе сильной болезненности живота нельзя произвести тщательное изслѣдованіе. Пульсъ нитевидный 130. t° 39,5.

Диагнозъ—*pelvi-peritonite*. Черезъ нѣсколько дней угрожающіе симптомы и сильная чувствительность исчезли. По изслѣдованіи найдено: въ правой сторонѣ живота опухоль, болезненная на ощупь, рѣзко ограниченная отъ матки и которую трудно контурировать. Матка прощупывается подъ лоннымъ соединеніемъ. Предположеніе: трубная беременность, разрывъ трубы. Въ продолженіи 20 дней больная находилась подъ наблюденіемъ врача. Общее состояніе здоровья на столько улучшилось, что пациентка начала заниматься своими домашними дѣлами. Въ концѣ апрѣля почувствовала первыя движенія плода слѣва внизу живота, которыя становились, съ теченіемъ времени, сильнѣе, энергичнѣе и причиняли сильныя страданія. 10-го августа появились родовыя боли, пациентка старалась въ *Anvers* и обратилась за совѣтомъ къ автору 19-го августа. Изслѣдованіе: неравномерное увеличеніе живота; слѣва, по временамъ, замѣтны толчкообразныя движенія. При ощупываніи — по бѣлой линіи, немного выше лоннаго соединенія, прощупывается плотное тѣло, которое оказалось головкою плода, причемъ авторъ опредѣлилъ стрѣловидный шовъ и малый родничекъ. Тѣло плода находилось въ лѣвой сторонѣ, мелкія части сверху. При аускультации живота слышны сердечныя тоны—130 въ минуту, а плацентарнаго шума не слышно. Внутреннее изслѣдованіе: шейка матки открыта; зондъ проникаетъ въ полость матки на 15 cent. При изслѣдованіи пальцемъ авторъ опредѣлилъ, что въ полости матки нѣтъ плода. Диагнозъ: срѣчная брюшная беременность при живомъ плодѣ. Лапоротомія 21-го августа. Оперировалъ Д-ръ *Schoonen*. Разрѣзъ по срединной линіи живота, выше лоннаго соединенія, на уровнѣ головки плода. Сильно развитая венозная система дала обильное кровотеченіе. По разрѣзѣ брюшины представилась головка плода, который былъ извлеченъ живымъ и пушовина перерѣзана ближе къ плацентарному концу. Плацента большихъ размѣровъ покрываетъ органы таза и прикрѣплена къ брюшной стѣнкѣ. На заднемъ краю плаценты находится оболочка, которую авторъ пришилъ къ нижней части брюшины. образовалась такимъ образомъ изолированная полость, въ которой находилась плацента. Наложены швы. Оставлено широкое отверстіе для выхода кусковъ дѣтскаго мѣста. Полость вычищена іодоформною марлею и наложена антисептическая повязка.

Послѣоперационное теченіе: t° не превышала 38,5. Общее состояніе здоровья довольно удовлетворительно. Съ 24-го августа ежедневная смѣна повязки, промываніе плацентарной полости и присыпка порошкомъ танина съ іодоформомъ  $\text{Jd}$ . Было обильное кровотеченіе. Съ 1-го сентября, при промываніи полости выдѣляются куски уменьшенной въ объемѣ плаценты.

15-го сентября авторъ, предполагая, что произошло полное отдѣленіе плаценты, увеличилъ отверстіе, которое значительно уменьшилось, началъ

извлекать, при помощи пинцета и ножницъ, куски плаценты, что повело къ такому сильному кровотеченію, что жизнь больной находилась въ опасности. Кровотеченіе остановлено тампонаціей изъ іодоформенной марли.

22-го сентября значительное кровотеченіе и сильный гангренозный запахъ изъ раны. Произведено удаленіе нѣкоторыхъ гангренозныхъ кусковъ, что было повторено 26-го и 30-го сентября при обильномъ промываніи растворомъ борной кислоты.

5-го октября извлеченіе послѣднихъ кусковъ плаценты. Тампонація полостн іодоформенной марлею; t° 36,5. 8-го октября больной позволено вставать съ постели. Общее состояніе здоровья было удовлетворительно и больная скоро поправилась.

Авторъ, желая выяснить, какого происхожденія была, въ данномъ случаѣ, вѣматочная беременность, описалъ подробно этотъ случай *Lawson-Tait* у и спрашивалъ его мнѣнія. *Lawson-Tait* отвѣтилъ, что по его теоріи вѣматочная беременность можетъ быть только трубнаго происхожденія.

**А. Лапина.**

**28. M. Greslou. — Emphysèmes sous-cutané pendant le travail de l'accouchement. (Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique de Paris. 1891, page 211). О подкожной эмфиземѣ во время родовъ.**

Въ виду рѣдкости случая авторъ сообщаетъ клинической фактъ появленія подкожной эмфиземы во время родовъ у первородящей женщины, 24 лѣтъ, не имѣющей никакихъ легочныхъ явленій. Послѣ продолжительныхъ и трудныхъ періодовъ раскрытія зѣва и сглаживанія шейки, которые продолжались около 30 часовъ, почти уже подъ конецъ изгнанія плода, длившася около 2 часовъ, у роженицы вдругъ появилась на правой щекѣ опухоль, мягкой консистенціи, при ощупываніи дающая ощущеніе крепитацин, характерной для подкожной эмфиземы, происходящей вслѣдъ за разрывомъ въ какой-либо части воздухоносныхъ путей. До окончанія родовъ (произвольныхъ) опухоль увеличилась и распространилась на шею и на нижнюю часть лица съ обѣихъ сторонъ. Продержавшись 3—4 дня, опухоль стала постепенно спадать и уже къ 6-му дню она исчезла совершенно безъ всякаго лѣченія.

Просматривая аналогичные случаи въ литературѣ, авторъ находитъ только у *Cazeaux* два случая: одинъ профессора *Depaull* и другой доктора *de Sayre*, на основаніи которыхъ *M. Tarnier* сдѣлалъ нѣкоторые выводы относительно прогноза и терапіи такого рода случаевъ. Качество прогноза этотъ авторъ ставитъ прямо въ зависимость отъ мѣста разрыва воздухоносныхъ путей: если разрывъ этотъ произошелъ или въ гортани, или въ трахей, то тогда эмфизема остается подкожной, распространяется на шею и голову (рѣдко на туловище) и безслѣдно исчезаетъ; когда же разрывъ происходитъ въ легочныхъ альвеолахъ, то эмфизема можетъ распространиться на межпозвонковую, междольковую и подплевральную кѣлѣчатку и быть причиной летальнаго исхода вслѣдствіе сердечно-легочныхъ припадковъ, какъ это и было въ случаѣ проф. *Depaull* и, гдѣ, не смотря на своевременное наложеніе щип-