

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 ошупываніи 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-

цовъ, смерть наступила черезъ 45 часовъ послѣ родовъ. Терапія для подкожной эмфиземы по большей части не требуется, такъ какъ она сама очень быстро всасывается, и только въ нѣкоторыхъ упорныхъ случаяхъ нужно бываетъ произвести настьчки для выхода газовъ; съ профилактической же цѣлью при затянувшихся родахъ и при наличности подкожной эмфиземы слѣдуетъ ускорить окончаніе родовъ.

На основаніи выводовъ *M. Tarnier* авторъ съ большою вѣроятностью предполагаетъ, что въ его случаѣ разрывъ воздухоносныхъ путей произошелъ въ верхнихъ частяхъ; родовъ же онъ не ускорилъ потому, что они и сами приходили къ концу, да и эмфизема не имѣла особенно угрожающихъ симптомовъ.

А. Ульяновскій.

29. O. Piering. Ein Fall von seltener Geburtsverletzung, (Centralbl. f. gyn. 1891. № 48). Случай рѣдкостнаго поврежденія во время родовъ.

Всѣ авторы сходятся въ томъ, что обособленные разрывы влагалища во время родовъ чрезвычайно рѣдки. Исключая поперечныхъ отрывовъ влагалища отъ шейки (*Colporrhexis*), они обыкновенно бываютъ продольные и, при нормальныхъ родахъ, очень невелики и ограничиваются слизистой оболочкой, и чаще наблюдаются при оперативныхъ пособіяхъ, рубцовыхъ образованіяхъ и, вообще, при суженіи влагалища, когда могутъ достигать большихъ размѣровъ и даже проникать въ околослагалищную клетчатку. Въ сосѣднія полости эти разрывы, особенно при нормальныхъ родахъ, не проникаютъ, какъ то бываетъ при такъ называемомъ, напимѣрь, омертвѣніи отъ давленія или поврежденія костными обломками, когда разрывы имѣютъ болѣе округленныя очертанія. Въ полость-же прямой кишки, въ виду ея подвижности и отсутствія твердой и рѣзко ограниченной подкладки, эти разрывы не проникаютъ вовсе.

Однако, автору пришлось наблюдать одинъ такой случай у перворождавшей, 41 года. Размѣры таза у нея были: Sp. 24, S. Cr. 28. Tr. 30.6. Diam. Vaud. 20, S. Входъ во влагалище очень узкій и неподатливый, влагалище узкое, растянутое, гладкое. Плодъ въ первомъ черепномъ положеніи. Черезъ 11 часовъ отъ начала болей,—зѣвъ на 2 пальца, края его—въ видѣ валика. Головка фиксирована во входѣ въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Тазъ—обширный. Только къ вечеру второго дня схватки стали сильнѣе, и черезъ 36 часовъ отъ ихъ начала головка показалась въ половой щели. Однако, не смотря на вполне правильный ходъ родовъ, головка, частью уже родившаяся, вдругъ перестала прорѣзываться и не двигалась съ мѣста. Такъ какъ сердцебіеніе плода оставалось вполне удовлетворительнымъ, и роженица не казалась вовсе усталой, то и не усматривалось надобности въ инструментальномъ пособіи, и дѣло ограничилось правосторонней эпизиотоміей неподатливой и твердой промежности. И вотъ, въ то время, какъ головка подъ вліяніемъ такого вниманія стала вновь продвигаться впередъ, изъ прямой кишки роженицы хлынула кровь и въ тотъ же моментъ черезъ anus выпала правая ручка, до половины предплечья. Промежность далѣе не разрывалась. Ручка вправлена безъ труда, и роды закончены по *Ritgen's*—дав-