

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 надрѣзы 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, напримѣръ, 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'y* — дав-

лениемъ на заднюю часть промежности, которая все еще довольно трудно поддавалась, но все таки не разрывалась. Плодъ—мальчикъ, 3130 гр. въ-сомъ и 48,3 см. длиною. Послѣдъ выведенъ по *Schauta* чрезъ 20 минутъ. Наслѣдование показало: изъ прямой кишки торчитъ кусокъ въ 2 см. длиною слизистой оболочки; промежность, исключая оставшійся въ первоначальномъ размѣрѣ надрывъ, цѣла, какъ и *Sphincter ani*. Въ задней стѣнкѣ влагалница, слѣва отъ *columna rugarum*, во всю длину его,—зіяющій разрывъ, съ неровными, истонченными краями; въ средней своей части онъ соединяется съ полостью прямой кишки отверстиемъ, свободно пропускающимъ 4 вѣствѣ сложенные пальца, которые и могутъ быть выведены наружу чрезъ легко растягивающійся *anus*. На шейкѣ матки небольшіе надрывы слизистой оболочки. Въ виду того, что незначительное и во время прорѣзыванія головки кровотеченіе прекратилось и послѣ родовъ не возобновлялось, а съ другой стороны, въ виду невозможности, уже при первомъ взглядѣ, достигнуть первичнаго заживленія раны, зашиваніе ея предпринято не было, и влагалнице послѣ тщательной дезинфекціи затампонировано марлею. На 3-й день послѣдовало первое испражненіе; недержанія или прониканія каловыхъ массъ во влагалнице не было. Послѣдующее теченіе осложнилось двухкратнымъ повышеніемъ  $t^{\circ}$ , быстро спадавшей при смазываніи раны іодной настойкой. Наступило полное заживленіе всѣхъ поврежденныхъ тканей. Во влагалницѣ, при изслѣдованіи, найденъ твердый рубецъ, проникающій въ клетчатку и длиною въ 9,5 см. Въ прямой кишкѣ рубца не ощущается; сфинктеръ совершенно цѣлъ и физиологически дѣятеленъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло съ разрывомъ влагалница, проникающимъ въ прямую кишку, безъ поврежденія промежности и при нормальныхъ родахъ. Какъ причину его, авторъ, за отсутствіемъ суженія таза или какихъ-либо костныхъ оломокъ, считаетъ неподатливость промежности и особенно влагалница у пожилой I—рождающей женщины. Онъ настаиваетъ на томъ, что разрывъ произошелъ еще до эпизиотоміи и что поэтому двусторонняя операція не предотвратила бы ни самаго разрыва, ни дальнѣйшаго его распространенія.

**А. Гермоніусъ.**

30. **W. Nagel. Zur Lehre von der Wendung auf einen Fuss.** (Archiv für Gynaekologie. Bd. XXXIX, N. 3). Къ ученію о поворотѣ на ножку.

Въ своей работѣ *Nagel*, касаясь исторіи вышеназванной операціи, говоритъ, что слишкомъ дѣвсти лѣтъ тому назадъ, послѣ долгаго забвенія, эта операція была снова введена въ практику.

Большая часть авторовъ совѣтывали постоянно производить поворотъ на обѣ ножки, но, когда *Puzos* разъяснилъ выгоды неполнаго предлежанія ножекъ для выхожденія послѣдующей головки, поворотъ чаще всего сталъ производиться на одну ножку. Потомъ, спорнымъ явился вопросъ, которую изъ двухъ ножекъ должно захватывать? Нѣмецкіе акушеры (*Martin, Scharlau, v. Haselberg*) всегда совѣтывали захватывать нижнюю ножку, между тѣмъ какъ *Hohl, Kristeller, Gusserow*—только тогда