

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1892, № 7—8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XV.

О ВЕДЕНИИ РОДОВЪ ПРИ НАИБОЛѢ ЧАСТО ВСТРѢЧАЮЩИХСЯ ФОРМАХЪ УЗКАГО ТАЗА.

Д-ра мед. В. И. Штольца.

Болѣе или менѣе основательное знакомство съ тазомъ нужно отнести къ XVI вѣку, когда *Vesalius* точно описалъ нормальный тазъ, а его ученикъ *Aurantius*—плоскій. Что касается до помощи при подобной аномалии, то уже *Celsius* трактовалъ объ извлеченіи плода за ножки при предлежаніи ягодицами, а *Philomenos* даже описалъ повороты на ножки, но практически этотъ приемъ, при узкихъ тазахъ, впервые примѣнилъ знаменитый *Ambroise de Paré*. Слѣдовательно только съ этого времени является на свѣтъ извѣстный рациональный приемъ къ подачѣ акушерской помощи при узкихъ тазахъ. Почти что въ одно время съ *Ambr. de Paré Rousset* составилъ трактатъ о кесарскомъ сѣченіи, а *Trautmann* въ 1610 году произвелъ эту операцію на живой женщинѣ. Далѣе *Decenter* знакомитъ насъ съ клинической картиной *pelvis minor parva*, и *pelvis plana*, а *De la Motte* при этихъ тазахъ широко примѣняетъ поворотъ на ножки, при невозможности же его выполненія—*perforatio* и извлеченіе петлей перфорированнаго плода, жалуюсь при этомъ на несовершенство акушерской помощи. Вскорѣ это несовершенство исправляется и въ 1723-мъ году *Palfin* представляетъ въ Па-

рижскую Академію изобрѣтенные имъ акушерскіе щипцы. *Levet* совершенствуетъ этотъ инструментъ, а современникъ его *Smellie*, обративъ вниманіе на швы и роднички и основательно изучивъ механизмъ родовъ, устанавливаетъ рациональныя показанія для него и для другихъ видовъ акушерской помощи, руководствуясь при этомъ стремленіемъ предоставить дѣло силамъ природы, а въ случаѣ неудачи, уменьшить перфорациею головку живого плода, такъ какъ поворотъ оный считаетъ не безопаснымъ для плода и рекомендуетъ его только въ случаѣ неотложной надобности скорѣе кончить роды, а щипцы употребляетъ въ то время, когда головка прошла мѣсто суженія. За тѣмъ *Stein* старшій разработалъ ученіе о прогностикѣ при разныхъ степеняхъ суженія. Что же касается терапіи, то оный признавалъ щипцы полезными при суженіяхъ таза (С. V. 8. 5), даже если они накладываются во время стоянія головки во входѣ, поворотъ же и *perforatio* на живомъ отвергалъ; кромѣ того первый высказался за кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи (С. V. 7, 5). Наконецъ въ 1756 г. совѣтъ акушеровъ въ Лондонѣ одобрилъ предложенную *Raphael'em Moxius'омъ* операцію — искусственныхъ, преждевременныхъ родовъ при узкихъ тазахъ, въ то время, когда головка не получила еще полного развитія, а ребенокъ пріобрѣлъ уже способность къ продленію жизни внѣ утробы матери. Вскорѣ операція эта выполнена *Macaulay'em*, а *Denemann* произвелъ ее уже двадцать разъ и очень точно описалъ.

Такимъ образомъ получили право гражданства все способы, какими акушерская наука владѣетъ при столкновении съ игрою природы въ видѣ узкаго таза, ставящей не рѣдко жизнь двухъ существъ въ тяжелую опасность. Я намѣренно не упомянулъ о *Symphisiotomia*; такъ какъ считаю эту операцію не имѣвшей прошедшаго и не имѣющей никакой будущности; о способѣ же уменьшить величину ребенка соотвѣтствующею діетой скажу только, что оный въ большинствѣ случаевъ не достигаетъ цѣли.

Оружіе было найдено, но надо было выработать точныя и рациональныя правила для его употребленія и этимъ занялись акушеры послѣдующихъ поколѣній.

Baudelocque научилъ мѣрить тазъ и указалъ способы опредѣленія *conjugatae externae et con. diagonalis*; разобралъ

примѣненія щипцовъ при узкихъ тазахъ и ихъ дѣйствіе; установилъ экспериментально, что *при сжатіи головки въ поперечномъ размѣрѣ — прямой неувеличивается, а въ прямомъ — поперечный, если и увеличивается, то не всегда и притомъ не болѣе 2 милліметровъ; сжатые же размѣры уменьшаются даже до 11 миллім.* Онъ рекомендовалъ щипцы при узкихъ тазахъ до с. в. 8, въ случаяхъ, когда природа не можетъ справиться сама; но совѣтывалъ выжидать, такъ какъ, по его наблюденіямъ, самопроизвольные роды встрѣчались иногда при с. в. въ 7—8 с. Щипцы онъ всегда накладывалъ въ поперечномъ размѣрѣ таза; къ повороту относился не совсѣмъ доброжелательно; перфорацию рекомендовалъ только на мертвомъ плодѣ. При с. в. 5 с. видѣлъ абсолютное показаніе къ кесарскому сѣченію.

Далѣе явились поклонники поворота съ одной стороны, вродѣ *M-me Lachapelle*, достигавшей при помощи этой операціи замѣчательныхъ результатовъ и поклонники щипцовъ съ другой стороны, — вродѣ *Osiander*'а отца, наложившаго на 2540 родовъ 1016 щипцовъ, дѣлая при этомъ иногда до 200 тракцій. Перфорация на живомъ плодѣ имъ совсѣмъ отвергалась. Въ слѣдъ за *Osiander*'омъ его сынъ и *Stein* младшій опять старались дать щипцамъ болѣе ограниченное примѣненіе. *Stein* указалъ на динамическое дѣйствіе щипцовъ и рекомендовалъ ихъ только послѣ прохожденія головкой чрезъ узкость таза; терапія его при узкихъ тазахъ, съ которыми онъ былъ хорошо знакомъ, отчетливо зная механизмъ родовъ при каждой формѣ, сводилась къ *выжиданію*, а при невозможности родовъ силами природы, — къ перфорациі даже живого плода. Кромѣ того онъ признавалъ кесареое сѣченіе показуемымъ при 7¹/₂ с. в. плоскихъ тазовъ и при 9 с. общесъуженныхъ.

Не останавливаясь на перечисленіи авторитетовъ, занимавшихся узкими тазами, перейду прямо къ работамъ ученаго, который развилъ ученіе о тазѣ настолько, что его указаніями руководствуются понынѣ. Я говорю о *Litzmann*'ѣ (*Die Formen d. Beckens etc.* Berlin 1861 г. и *Die Geburt bei eng. Beck.* Leipzig. 1884), который на основаніи изслѣдованій своего учителя *Michaelis*'а и собственныхъ,

проведя 300 родовъ при узкомъ тазѣ, можно сказать, закончилиъ ученіе о тазѣ.

Во первыхъ, онъ установилъ раздѣленіе тазовъ по степенямъ, при чемъ различалъ 4 степени.

I степень	C. V. =	9,5 — 8,5 см.
II «	C. V. отъ	8,5 до 7 см.
III «	C. V. отъ	7 до 5,5 см.
IV «	C. V.	ниже 5,5 см.

Во вторыхъ, онъ далъ слѣдующую схему къ пособию при разныхъ степеняхъ суженія: при суженіяхъ I и II степени тамъ, гдѣ въ плоскомъ тазѣ C. V. 7,5 см. и выше, а въ общеравномерно суженномъ 8,5 и выше—кесарское сѣченіе вполне исключается. При томъ же состояніи таза, или даже при немного большемъ суженіи рекомендуется *поворотъ*, который безусловно показуемъ: а) когда головка принимаетъ неправильное положеніе, б) при выпаденіи пуповины и конечностей, в) если прежніе роды были замедлены. Поворотъ признается показуемымъ при всѣхъ формахъ суженія; онъ показуемъ даже тамъ, гдѣ имѣется въ виду большое несоотвѣтствіе головки съ узкостью таза, какъ *ultimum refugium*, для спасенія плода, которому можно сдѣлать перфوراцію *по слѣдующей* головки, въ случаѣ невозможности окончить роды простымъ извлеченіемъ. Поворотъ рекомендуется даже при давно отошедшихъ водахъ, если только головка находится надъ входомъ въ тазъ. Но, разъ головка установилась неподвижно, то совѣтуется, не откладывая, примѣнить щипцы, или перфوراцію. Щипцы *Litzmann* не отрицаетъ, но совѣтуетъ быть съ ними осторожнѣе, въ особенности при болѣе сильныхъ степеняхъ суженія (разумѣется въ предѣлахъ II ст.); за необходимое условіе для наложенія щипцовъ онъ считаетъ правильное установленіе головки во входѣ таза и наклонность оной конфигурироваться. При неправильной установкѣ головки и при неудачѣ щипцовъ рекомендуется перфорація. Если узкость таза извѣстна во время беременности — рекомендуются искусственные преждевременные роды отъ 34 до 36 недѣли. При суженіяхъ III ст. ниже 7 въ плоскихъ и 8,5 въ общесуженныхъ тазахъ, рекомендуется уменьше-

ніе плода въ объемѣ, или кесарское сѣченіе. Преждевременные роды въ подобномъ случаѣ считаетъ мало показуемыми, такъ какъ и при нихъ въ большинствѣ случаевъ приходится окончить роды уменьшеніемъ плода, что уже болѣе опасно для роженицы при преждевременныхъ родахъ. Только у многорожавшихъ допускается попытка къ преждевременнымъ родамъ при С. V. примыкающей къ указанной сейчасъ границѣ. IV степень абсолютно показываетъ кесарское сѣченіе.

Послѣ *Litzmann'a Schroeder*, основываясь на соображеніяхъ *Simpson'a* насчетъ большей способности къ конфигураціи послѣдующей головки, какъ клина, идущаго впередъ острымъ концомъ и, имѣя въ виду предположеніе о томъ, что щипцы, сжимая головку въ одномъ направленіи, увеличиваютъ ее въ другомъ, исключилъ высокіе щипцы совсѣмъ изъ списка операций и усиленно сталъ рекомендовать поворотъ, поставивъ вопросъ такъ: выкиданіе, или поворотъ?

Наконецъ *Saenger* предложилъ новый способъ наложенія швовъ на матку и, какъ бы, возсоздалъ операцию,—сохраняющее кесарское сѣченіе, которое съ этого времени вступаетъ въ полныя права гражданства, при относительномъ показаніи.

Удача антисептически сдѣланныхъ операций вообще, возможность избѣгать перфорациі живого плода создали массу сторонниковъ кесарскаго сѣченія, въ особенности въ первое время послѣ введенія новаго шва.

Такимъ образомъ мы видѣли, какъ развивалось ученіе о помощи при узкихъ тазахъ, но между тѣмъ и по нынѣ многіе вопросы не рѣшены окончательно. Возьмемъ для примѣра послѣдній отчетъ Дрезденской клиники ¹⁾ и увидимъ, что тамъ щипцы при узкихъ тазахъ вовсе не употребляются, а параллельно, въ то же самое время, въ Вѣнской клиникѣ ²⁾ за 6 лѣтъ наложено 72 щипцовъ при разныхъ степеняхъ суженія, даже при С. V. въ 7 ст.—и съ хорошими результатами. Возьмемъ *Caruso* ³⁾: у него

¹⁾ Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur Künstlichen Frühgeburt, Wundung und Perforation. D-r G. Leopold. Stuttgart 1888.

²⁾ Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur Künstlichen Frühgeburt, Wundung etc.—D-r Eg. Braun v. Fernwald. Wien 1888.

³⁾ *Caruso*. Die neusten Ergebnisse d. Kraniotomie, Kaiserschnitt mit Uterus Nahte. Arch. f. Gynaecol. XXX, 11—27.

кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи возводятся въ принципъ, а съ другой стороны у *Barsoni* ¹⁾ эта операція при подобномъ показаніи совсѣмъ отвергается.

Эта-то неустойчивость мнѣній, относительно законности и показуемости той или другой операціи, дала мнѣ смѣлость подѣлиться матерьяломъ своей болѣе чѣмъ 30-лѣтней практики, въ видахъ того, что всякая прибавка наблюденій можетъ до извѣстной степени помогать выясненію вопроса.

Приступая къ изложенію наблюдавшихся мною случаевъ, я долженъ сказать, что уже давно мнѣ казался не рациональнымъ принципъ, которымъ руководствовались для постановки показаній къ разнымъ операціямъ. Обыкновенно ставили вопросъ такъ: щипцы или поворотъ? — перфорация на живомъ—или кесарское сѣченіе? т. е. сопоставлялись способы помощи, которые не могутъ быть сопоставляемы, такъ какъ: когда должно дѣлать поворотъ, тогда щипцы еще не мыслимы, когда же наступаетъ время для наложенія щипцовъ, тогда поворотъ далеко не всегда выполнимъ; когда дѣло дошло до вопроса о перфорации, тогда уже шансы на благополучный исходъ кесарскаго сѣченія дѣлаются менѣе благоприятными. Отчасти *Litzmann*, а главнымъ образомъ *Schroeder* поставили вопросъ на болѣе рациональную почву, именно: выжиданіе, или профилактический поворотъ? Но выжиданію *Schroeder* придавалъ слишкомъ ограниченное значеніе и сводилъ всю терапію при узкомъ тазѣ къ повороту.

Съ самаго начала моей акушерской дѣятельности я смотрѣлъ на помощь при узкихъ тазахъ II ст. суженія нѣсколько иначе. Мнѣ всегда казалось, на основаніи вышеуказанныхъ соображеній, что выжидательный способъ и поворотъ составляютъ два отдѣльные, самостоятельные, исключаютъ другъ друга, метода акушерской помощи. Но выжиданію я всегда отводилъ болѣе широкія границы. Принципіально не допуская, по понятнымъ причинамъ, попытокъ къ запущенному повороту въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ продолжительное выжиданіе не вело ни къ какимъ результатамъ, я считалъ умѣстнымъ кончать роды, смотря по условіямъ, либо наложеніемъ щипцовъ, либо краниото-

¹⁾ Barsoni. Arch. f. Gynaecol. 91. T. XLI. Ueber Kraniotomie.

міей, принимая только эти операціи за неизбежное послѣдствіе неудавшагося выжиданія; поэтому съ моей точки зрѣнія эти 2 операціи не могутъ быть сопоставляемы съ поворотомъ. Въ послѣднее время прибавилось еще кесарское сѣченіе, которое, уже по существу, въ свою очередь исключаетъ и выжиданіе, и поворотъ. Такимъ образомъ для сравнительной оцѣнки получаютъ 3 отдѣльные, самостоятельные метода подачи акушерской помощи при узкихъ тазахъ II степени суженія.

I. Выжидательный методъ, при которомъ роды доставляются естественному теченію до поры до времени. Но когда природа сама справиться не можетъ, тогда выжиданіе замѣняется искусствомъ, для каковой цѣли и употребляются, смотря по надобности, двѣ операціи: наложеніе щипцовъ и краніотомія, даже на живомъ плодѣ,

II. Поворотъ на ножки при предлежаніи головки, — какъ операція, производимая до разрыва пузыря, или тотчасъ по излитіи водъ и назначенная исключительно для улучшенія условій при рожденіи плода у субъектовъ, имѣющихъ II степень суженія.

III. Кесарское сѣченіе, — какъ отдѣльный, самостоятельный способъ при относительномъ показаніи, имѣющій мѣсто въ началѣ родовъ.

Къ выжидательному способу, по справедливости, должно отнести *операцію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ*, такъ какъ въ этомъ случаѣ искусство только ставитъ роды въ условія, при которыхъ они могутъ быть кончены силами природы, вызывая ихъ въ то время, когда размѣры узкаго таза, равно какъ и величина и способность къ конфигураціи головки болѣе или менѣе соотвѣтствуютъ таковымъ же нормальнаго.

Согласуясь съ намѣченной программой, мы и размѣстимъ нашъ матеріалъ, приведенный съ краткими указаніями данныхъ, могущихъ служить для выводовъ, въ нижеслѣдующей таблицѣ, въ которой отмѣчены всѣ случаи узкаго таза, наблюдавшіеся въ теченіе 14 лѣтъ въ родильномъ пріютѣ и случаи, встрѣтившіеся мнѣ въ частной практикѣ.

ТАБЛИЦА № 1.

№	Лѣта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжи- тельность родовъ.
Т ю л е в с к і й										
1874										
58	32	1	плоск. рахит. . . .	29	26	24	16,5	10	I зат. пер. в.	ч. м 72—30 13 ч. по изл. водъ.
17	21	1	общесъужен. плоск. рахит.	30	24	22	15 ³ / ₄	9 ¹ / ₄	II зат. зад. в.	17—5
69	33	2	плоск. рахит. . . .	29	26	24	16 ¹ / ₂	10	I зат. пер. в.	26—12
103	25	1	плоскій	32	25	21	17	10	I зат. пер. в.	10—5
107	22	1	общесъужен. плоск. рахит.	28	23	19	16 ¹ / ₄	10	II зат. пер. в.	11—10
1875										
45	21	1	плоскій	31	25	22	17	11	I зат. пер. в.	27—40
Н а р ы ш к и н										
1872										
54	29	5	плоскій	28	26	23	17	10,5	I зат. пер. в.	30—15 14 ч. по изл. водъ.
74	23	1	плоскій	30	26	23	20	11,5	I зат. пер. в.	22—6
107	22	1	плоск. рахит. . . .	28	24	22 ¹ / ₂	18	11,5	I зат. пер. в.	34—30
113	27	2	плоскій	30	26	24	20	11,5	I ногопол. II подр.	11—35
123	19	1	плоскій	29	26	24	18	11,5	II зат. пер. в.	58—10 10 ч. по изл. водъ.

¹⁾ Водъ, гдѣ обозначено — головка стояла во входѣ въ тазъ, она была включена въ узкость,

Операции.	Показанія къ операции.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
п р і ю т ъ.						
Perf., stagnositas живота плода.	Лихорад. ослабл. бол. неправильн. механ.	—	д. 2800	Здоров.	Благопол. вып. на 9 день.	Первые роды оперативные; ребен. мертвый.
—	—	д. 2500	—	Endom.	Благопол. вып. на 12 день.	
Поворотъ. Perf., кефалотриписія.	Баллотир головки.	—	м. 3300	Endom.	Благопол. вып. на 9 день.	
—	—	д. 2000	—	Здоров.	Благопол. вып. на 9 день.	
Щипцы; передняя губа; 10 тракцій.	Лихорад.	д. 2750	—	Endom. paracolp.; parametrit.	Благопол. вып. на 12 день.	
—	—	д. 3350	—	Лихорад.	Благопол. вып. на 8 день.	
с к і й п р і ю т ъ.						
Щипцы при сов. зѣв. 6 тр. во входѣ въ тазъ ¹⁾ .	Ослабл. бол. и сердцб. ребенка.	—	м. 3250	Здоров.	Благопол. вып. на 8 день.	Прежніе роды самопроизвол.: 1 разъ живой ребенокъ.
Щипцы; при совер. зѣв. въ полост. таза 5 тр.	Ослабл. бол. и сердцб. ребенка.	д. 3270	—	Здоров.	Благопол. вып. на 9 день.	
Щипцы; въ пол.; совер. зѣвъ; 6 тр.	Ослабл. бол. и сердцб. ребенка.	м. 2900	—	Endom. parametr.	Благопол. вып. на 10 день.	Eclampsia.
Извлеченіе.	—	—	м. 2500	Endom.	Благопол. вып. на 6 день.	Преждевремен. роды на 9 мѣс.
Щипцы сов. зѣв. во входѣ въ таз. 6 тр.	Ослабл. бол.	д. 3000	—	Ушибы и ссадины. Endom.	Благопол. вып. на 9 день.	

отя большая окружность ея находилась надъ суженнымъ входомъ.

№	Лѣта	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.
1873										ч. м.
33	27	1	плоскій	30	27	25	18	11,5	I зат. пер. в.	73—30
44	27	1	плоскій	30	27	25	18	11,5	I зат. пер. в.	51—40
107	20	1	плоскій	32 ^{1/2}	29	26	19	11,4	II зат. пер. в.	16—35
127	38	1	плоскій	30	28	23	19	11,4	II зат. пер. в.	25—15 10 ч. по изв. водъ.
1874										
34	25	2	плоскій	30	29	25	20	11	II зат. пер. в.	14—45
42	33	6	плоскій	29	27	24	19	11,5	III зат.	53—45
45	28	1	общесъужен. плоск. рахит.	25	25	25	15,5	5,5	I зат. пер. в.	114—52
51	30	5	плоскій	32	29	23	19	11,8	поперечн.	46—45 3 ч. по изв. водъ.
95	19	2	плоск. рахит.	31	27 ^{1/2}	27 ^{1/2}	17	10	I зат. пер. в.	33—20
107	26	4	плоск. рахит.	29	25 ^{1/2}	25 ^{1/2}	18	10	I зат. пер. в.	33—25 10 ч. по изв. водъ.
113	25	2	плоскій	31	28	22	19	11	I зат. пер. в.	11—
138	34	5	плоскій	30	27	24	19	11,8	II зат. пер. в.	18—15 6 ч. по изв. водъ.

Операціи.	Показанія къ операціи.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
—	—	—	м. 700	Здорова.	Благопол. вып. на 6 день.	Преждевр. роды на 6 мѣс.
Щипцы сов. зѣв. въ пол. 5 тр.	Ознобъ и лихорад.	м. 4025	—	Ушибы рукава, надруч. и рукав., Endom. parametrit.	Благопол. вып. на 11 день.	
—	—	м. 3500	—	Разрывъ 3 ст. Endom.	Благопол. вып. на 11 день.	
Щипцы; зѣв. сов., во входѣ; 6 тр.	Ослабл. бол.	д. 3250	—	Ушибы надруч. язвы, Endom. ulcera puerperalia.	Благопол. вып. на 12 день.	
—	—	д. 3200	—	Лихорад.	Благопол. вып. на 5 день.	Выпаденіе ручки.
—	—	д. 3600	—	Endom. levis.	Благопол. вып. на 6 день.	Прежніе роды самопроизвольн.; благополуч.
Кесарек. сѣч.	—	д. 3050	—	—	Умерла на 3 день.	
Поворотъ.	—	д. 3600	—	Лихорад.	Благопол. вып. на 8 день.	Прежніе роды благополучны—имѣть 2-хъ живыхъ дѣтей.
Иск. род. на 9 м.	—	м. 2600	—	Здоров.	Благопол. вып. на 10 день.	1 роды профилактич. поворот. и излеченіе мертвого ребенка.
Perforatio cranii. на мертвомъ.	Наклоненіе стрѣлов. шва за лонную дугу.	—	м. 2700	Лихорадка. Ушибы рукава.	Благопол. вып. на 8 день.	Прежніе роды оперативные, дѣти все мертвы.
—	—	д. 3150	—	Endom.	Благопол. вып. на 6 день.	1 роды благополучны.
Щипцы зѣв. сов.; 6 тр.; во входѣ.	Ослаблен. боли и сердцебіеніе.	м. 4150	—	Endom.	Благопол. вып. на 7 день.	Предъидущ. роды благопол., имѣть 2-хъ живыхъ дѣтей.

№	Лѣта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжи- тельность родовъ.
1874										ч. м.
140	19	1	плоскій	30	27	22	18	11,5	I зат., пер. в.	23—5 8 ч. по изл. водъ.
144	21	2	плоскій	30	27	23	18	11,8	I зат., пер. в.	12—50
1875										
90	19	1	плоскій	29	26	24	19	12	I лобн. пол.	22—20 10 ч. по изл. водъ.
112	30	1	плоскій	30	27	22	18	12	II зат., пер. в.	18—40 5 ч. по изл. водъ.
1876										
23	22	1	плоскій	29	26,5	24	17,5	10,75	I поперечн.	76—45 4 ч. по изл. водъ
24	21	1	плоск. рахит. . .	29	24 ^{1/2}	23,5	17,75	11,2	I затылочн. пер. видъ.	74—5 12 ч. по изл. водъ.
27	21	3	плоскій	32	29	23	16,75	10	I зат., пер. в.	2—55
32	30	3	плоскій	31,5	27	23	17	11	I зат., пер. в.	20—57
38	20	3	плоск. рахит. . .	30	28	28	19	10	I зат., пер. в.	28— 7 ч. по изл. водъ.
39	18	1	плоскій	28	26	23	17,75	10	I зат., пер. в.	99 - 50
60	28	5	плоскій	30	27	25	17,5	11	I зат., пер. в.	8—55
1877										
4	25	3	плоскій	27	25	20	16	10	II зат., пер. в.	16—45

Операцин.	Показанія къ операцин.	Всѣъ плода.		Послѣброд. ео- стояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
Щипцы; зѣв. сов.; въ пол. таза 5 тр.	Ослаблен. боли и серд- цебіеніе.	д. 2650	—	Endom.	Благопол. вып. на 11 день.	
—	—	м 3850	—	Лихорад.	Благопол. вып. на 8 день.	1-е роды благополуч
Perf. scapiocl. на живомъ.	Лихорад. 39°, озноба и зловон. отдѣл.	—	м 3800	Ушибы и надревы сли- зист. обол. Endom.	Благопол. вып. на 11 день.	
Щипцы; зѣв. совер.; въ полост. 5 тр.	Ослаблен. боли и серд- цебіеніе пл.	—	д. 3625	Разрывъ 1 ст. Endom. ра- гам. uterog- perforat.	Благопол. вып. на 11 день.	
Поворотъ съ извлечен.	—	2750	—	Лихорад.	Благопол.	
Щипцы пер- редн. губа; въ полости 5 тр.	Ознобъ; 38,5	2650	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	3750	—	Лихорад.	Благопол.	Прежніе роды также самопроизвольны и бла- получны.
—	—	3250	—	Лихорад. над- рывъ шейки и рукав.	Благопол.	Предъидущіе роды также благополучно.
Щипцы; пе- реди. губа 10 тр. во входѣ.	Останов. боли и ослабл. сердц. реб.	м. 3800	—	Хорош.	Благопол.	Предъидущіе роды самопроизвольны благо- получно.
—	—	3050	—	Лихорад. ушибъ ру- кава.	Благопол.	
—	—	3550	—	Хорош.	Благопол.	Предъидущіе роды тоже благополучно; 2 живыхъ дѣтей.
—	—	3850	—	Хорош.	Благопол.	Предъидущіе роды благополучно; 1 живой ребенокъ.

№	Чета.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.
1877										
5	2	3	общеслужен.плоск. рахит.	30	22,25	20,5	14	7	—	11—20
8	27	4	плоскій	30	27,25	23	17,75	11	II зат., пер. в.	35— 10 ч. по изл. водъ.
37	25	2	плоскій	29	26	21	17 ¹ / ₂	11	II зат., пер. в.	24—
48	27	4	плоскій	31	29 ¹ / ₂	27	20	11,5	I зат., пер. в.	14—10 5 ч. по изл. водъ.
103	22	1	плоскій	30	27	24,5	18,25	11,8	I зат., пер. в.	62—35 12 ч. по изл. водъ.
1878										
13	35	13	плоскій	30	27	23	17,75	11	I зат., пер. в.	8—10
20	21	1	плоскій	29	27	21	17 ¹ / ₂	10	I зат., пер. в.	14—20
21	18	1	общеслужен.плоск. рахит.	27	23 ¹ / ₂	22	16	10 ³ / ₄	I зат., пер. в.	17—25
24	19	1	плоскій	30	27	22	18	11	I зат., пер. в.	17—50
33	26	5	плоскій	30	26	33	17 ¹ / ₂	9,5	поперечное.	14—30 1/4 ч. по изл. водъ.
44	21	2	общеслужен.плоск. рахит.	27	25	23	17 ¹ / ₂	11	I зат., пер. в.	4—
48	25	2	плоскій	31	28	25	17,25	10,5	II зат., пер. в.	40—50
72	31	2	общеслужен.плоск. рахит.	28 ¹ / ₂	25	22	17	10	I зат., пер. в.	22—50
75	30	7	плоскій	31	27	25	19	11	темяннос.	16— 4 ч. по изл. водъ.

Операція.	Показанія къ операціи.	Всѣхъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
Ранніе роды	—	—	650	Лихорад.	Благопол.	Предъидущіе роды 2 перфорации.
Щипцы; зѣв. сов. въ полости. 4 тр.	Ослаблен. боли и сердцевіеніе реб.	3500	—	Лихорад.	Благопол.	Предъидущіе роды благополучно; 1 живой ребенокъ.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды благополучно.
Щипцы; зѣв. соверш. въ полости. 5 тр.	Ослаблен. боли.	3800	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды—щипцы: мертвый ребенокъ, вторые—самопроизвольно.
Щипцы; зѣв. соверш. во входѣ 6 тр.	Ознобъ и лихорад.	3000	—	Лихорад.	Благопол.	
—	—	3100	—	Хорош.	Благопол.	Роды благополучны, имѣеть 6 живыхъ дѣтей.
—	—	3625	—	Лихорад.	Благопол.	
—	—	2500	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	3000	—	Endom.	Благопол.	
Versio et extractio.	—	—	4150	Endom.	Благопол.	Всѣ 4 самопроизвод. но ни одного живаго.
—	—	3750	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды тоже благополучно; ребенокъ живъ.
—	—	3600	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды благополучно; 1 ребенокъ живой.
Part. praem. art. provoc.	—	3200	—	Лихорад.	Благопол.	Первые роды—щипцы, ребенокъ мертвый.
Щипцы; передн. губа; въ полости; 4 тр.	Ослабл. боли.	3200	—	Лихорад.	Благопол.	1 роды благополучно, осталось 2 живыхъ дѣт.

№	Гэта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родов.
1879										
14	18	1	плоскій	30	25	24	18 ^{1/2}	10	I зат. пер. в.	37—35
	18	4	плоскій	—	—	—	—	10	II зат. пер. в.	37—35
	42	2	общесъужен.плоск. рахит.	31	27	23	19	12	II зат. пер. в.	36—25 5 ч. 25 м. в. изл. водъ.
	62	1	плоскій	30	27	23	17	11,5	I зат. пер. в.	53—45
	88	1	плоскій	30	28	24	17 ^{1/2}	11	I зат. пер. в.	15—
1880										
	11	3	плоскій	30	26	23	17 ^{1/2}	11	I зат. пер. в.	7—55
	14	2	плоскій	29	24	20	19	11,5	I зат. пер. в.	24—25 9 ч. по изл. водъ.
	44	1	плоскій	27	25	22	16	11	I зат. пер. в.	19—25
	79	1	общесъужен.плоск. рахит.	30	26	25	17 ^{1/2}	10,6	I зат. пер. в.	35— 10 ч. по изл. водъ.
	81	4	плоскій	31	29	25	17 ^{1/2}	11,5	I зат. пер. в.	5—25
	82	2	плоскій	30	28	25	16 ^{1/2}	11	II зат. пер. в.	40—15
	89	2	плоскій	30	26	22	17	11,5	II зат. пер. в.	12—40
1881										
	69	5	плоскій	32	26	26	16	9,5	II зат. пер. в.	—

Операціи.	Показанія къ операціи.	Вѣсь плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
—	—	2900	—	Лихорад.	Благопол.	
Part. praem.; art. prov.	—	2650	—	Здоров.	Благопол.	1-е поворотъ реб. мертв. 2-е преждевр. роды ребен- нокъ живы; 3-е перфор. доношен плода.
Щипцы; зѣв. соверш.; во входѣ; 6 тр.	Ослабл. боли.	4000	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды благо- подучно.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	3000	—	Лихорад.	Благопол.	
—	—	3000	—	Лихорад.	Благопол.	2 произвольн. родов. 1—ребен жив., 1—мерт- вый.
Щипцы; пе- редн. губа; во входѣ; 6 тр.	Сильн. боли; кольцо со- кращ.	3600	—	Здоров.	Благопол.	Первые самопроизв. ребенокъ мертвый.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	
Perf. cranio- clas. на мерт.	Ознобъ и ли- хорадк. 78,9° баллотир. го- ловка.	—	3600	Endom. lym- phang. saepti- cum.	Умерла черезъ 17 дней.	Операція производи- лась 1½ часа; перфора- торъ введенъ 2 раза. Краниокласть 4 раза; из- влечена головка кроч- комъ, заложенымъ въ ротъ.
—	—	3500	—	Лихорад.	Благопол.	Четверо родовъ бла- гоподучно, 4 живыхъ ребенка.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	Первые самопроизв.
—	—	3250	—	Хорош.	Благопол.	
Part. praem. art. provoc.	—	2650	—	Хорош.	Благопол.	2 преждевр. роды, 1-е поворотъ съ мертв. плод. 1 перфорац.

№	Дата.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положение плода.	Продолжительность родовъ.
1881										ч. м.
7	22	2	плоскій	31	29	22	17	11	I зат. пер. в.	21—45
14	20	1	общесъужен.плоск. рахит.	29	25	23	17	11	I зат. пер. в.	7—20
48	28	1	плоск. рахит.	25	22	20,5	18	10,5	I зат. пер. в.	72—
71	22	1	плоскій	32	29	26	17	11,5	I зат. пер. в.	5—
1882										
2	21	1	плоскій	31	28	24	17	11	II зат. пер. в.	12—45 5 ч. по изм. водъ.
13	25	2	плоск. рахит.	30,5	25	24	19	10	I зат. пер. в.	25—5
16	28	1	плоскій	30	27	25	16,5	10	II зат. пер. в.	19—30
27	23	2	плоскій	29	25	22	17,5	11	II ягодичн.	21—15
30	37	3	плоскій рахит.	29	22	23	18,5	10,3	II затылочн.	19—5 5 ч. по изм. водъ.
32	25	1	плоскій	30	27	23	18	11,5	I зат. пер. в.	14—5
52	27	3	плоскій	29	27	24	17	11,5	I зат. пер. в.	6—5
55	40	7	плоскій	30	28	24	18	10,6	I зат. пер. в.	65—25 16 ч. по изм. водъ.
74	28	3	плоскій	29	26	21	17	11,5	ногopоложен.	14—55
98	27	4	плоскій	28	28	24	18	10	II зат. пер. в.	28—32 10 ч. по изм. водъ.

Операцин.	Показанія къ операцин.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
—	—	д. 3000	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды благополучно.
—	—	м. 2600	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	д. 3000	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	м. 2750	—	Хорош.	Благопол.	
Щипцы; передн. губа; во входѣ; 5 тр.	Ослаблен. боли и сердцебіенія.	м. 3200	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	м. 2500	—	Здоров.	Благопол.	Первые самопроизв. живой ребенокъ.
—	—	д. 2800	—	Здоров.	Благопол.	
Извлеченіе.	—	д. 3200	—	Здоров.	Благопол.	Первые самопроизв. живой ребенокъ.
Щипцы; передн. губа; во входѣ; 14 тр.	Судорожн. бол. кольцо сокращен.	д. 4000	—	Лихорад. надрывы и ушибырукава	Благопол.	Значительн. вдавленіе на лѣвой темянной кости.
—	—	м. 3250	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	д. 3500	—	Здоров.	Благопол.	Первые и вторые самопроизвольн. живые дѣти.
Щипцы; сов. в.; во входѣ; 7 тр.	Лихорад. 39,5° зловон. отдѣл. ребен. жив.	—	д. 4010	Endometr. et parametr. septic.	Умерла черезъ недѣлю.	Первые и вторые щипцы; и четвертые самопроизво. 4 живыхъ дѣтей, Привезена въ приютъ съ 39,5°.
Извлеченіе.	—	м. 4000	—	Здоров.	Благопол.	Первые и вторые благополучно, жив. дѣти.
Щипцы; сов. в.; во входѣ; 7 тр.	Лихорадк. ослабленіе, боли и сердцебіен. слабо.	—	д. 3700	—	—	Самопроизв. 3 родов. 2 жив. ребен. 1 мертв.

№	Віста.	Число середнь- ностей.	Т А З Ъ.	D.					C. ext.	C. diag.	Положеніє плода.	Продольно- тельно- родовъ.
				D. tr.	D. cr.	D. sp.	D. ext.	D. diag.				
1882											ч. м.	
102	19	1	плоскій	31	26	23	18	11,5	I зат. пер. в.		72—35	
1883												
7	22	1	плоскій	31	28	25	17,5	11	I зат. пер. в.		8—45	
10	25	1	плоскій	30	26	24	17,5	11	I зат. пер. в.		16—40	
13	32	2	плоскій	29	26	24	17	11	II зат. пер. в.		5—15	
23	38	2	плоскій	30	28	25	16	11	I поперечн.		14—35 1 ч. по в. водъ.	
38	25	1	плоскій	31	29	27	18	11,7	I зат. пер. в.		37—8	
48	24	1	плоскій	31	30	27	17	10	I зат. пер. в.		16—55	
62	12	1	обшесъужен.плоск. рахит.	29	23	21	17	10	I зат. пер. в.		10—10	
73	23	2	плоскій	30	27	22	17	11,5	II зат. пер. в.		6—45	
1884												
1	17	1	плоскій	32	26,5	24	17	11	I зат. пер. в.		12—40	
22	22	3	плоскій	30	25	22	17	11	I зат. пер. в.		4—10	
43	41	5	плоскій	—	—	—	—	10	—		—	
80	21	2	плоскій	31	28	24	17,5	11,5	I зат. пер. в.		16—35	
91	—	9	плоскій	30	27	25	17	11	I зат. пер. в.		13—10	
100	23	2	плоскій	30	27	25	19	11	II темян.		31—15 8 ч 50 м. изл. водъ.	
1885												
18	42	1	плоск. рахит.	28	25	23	17,5	11,5	I зат. пер. в.		17—35	
30	23	1	плоскій	30	27	25	17	11	I зат. пер. в.		21—15 4 ч. по в. водъ.	

Операціи.	Показанія къ операціи.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
—	—	м. 3600	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	м. 3000	—	Лихорад.	Благопол.	
—	—	м. 2700	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	м. 3000	—	Здоров.	Благопол.	Первые самопроизв. жив. ребен.
Versio et extract.	—	—	м. 3100	Лихорад.	Благопол.	Первые самопроизв. жив. ребен.
—	—	д. 3000	—	—	—	
—	—	д. 3000	—	Лихорад.	Благопол.	
Part. praem. art. pr.	—	м. 2400	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	д. 3100	—	Здоров.	Благопол.	Первые роды на 7 мѣсяцѣ.
—	—	м. 3000	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	д. 3050	—	Здоров.	Благопол.	Первые и вторые самопроизв. жив. дѣти.
Part. praem. art. pr.	—	д. 2200	—	Здоров.	Благопол.	3 перфорации, 1 искусствен. преждевр. род.—ребенокъ живой.
—	—	м. 3800	—	Здоров.	Благопол.	Первые—самопроизв. живой ребен.,
—	—	м. 3075	—	Здоров.	Благопол.	Вѣсь роды самопроизв. 1 мертвый ребен.
Щипцы; въ полости; 6 тр.	Ослабл. боли и сердецб.	м. 4200	—	Здоров.	Благопол.	Первые роды самопроизвольны; живой ребенокъ.
—	—	д. 3250	—	—	Благопол.	
Щипцы; зѣв. сов.; въ полости; 5 тр.	Ослабл. боли, лихорад.	м. 400	—	Здоров.	Благопол.	

№	Лѣта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.
1885										ч. м.
37	27	3	плоскій	30	28	25	17	10	I зат. пер. в.	45—20 4 ч. 40 м. по изл. водъ.
43	27	2	плоскій	32	29	26	17	10	I зат. пер. в.	49—18 9 ч. по изл. водъ.
49	19	1	плоскій	30	27	23	17	11	I зат. пер. в.	11—10
71	23	1	общесъужен.плоск. рахит.	27,5	23,5	21	16	11	I зат. пер. в.	25—45
91	24	2	плоскій	30	26	24	17	11	I зат. пер. в.	7—35
102	24	2	плоскій	29	25	22	17	10,5	II зат. пер. в.	6—50
110	37	4	плоскій	32	25	23	19	10	—	34—50 10 ч. по изл. водъ.
1874										
										П О Л И К
1	22	1	плоскій	—	—	—	—	10	II зат. пер. в.	30— 7 ч. по изл. водъ.
2	21	1	плоскій	—	—	—	—	9,8	череп. I зат.	26—
1875										
3	24	1	плоск. рахитит.	30	25	24	17	9,4	черепное.	38— 10 ч. по изл. водъ.

Операція.	Показанія къ операціи.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
Щипцы; передн. губа; входѣ; 10 тр.	Сильн. боли кольцо со-кращ.	м. 3750	—	Здоров.	Благопол.	Paresis nervi facialis. — прежніе роды самопроизв. 1 жив. ребен.
Щипцы; во входѣ; 8 тр.	Лихорад. 38,5°, зловон. отдѣл.	д. 4250	—	Здоров. над-рывы шейки справа, уши-бы рукава.	Благопол.	Вдавлен. на лѣвой темянной кости у ребенка. Первые роды самопроизв. жив. ребен.
—	—	м. 3050	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	м. 3200	—	Здоров.	Благопол.	
—	—	д. 2650	—	Здоров.	Благопол.	Первые роды самопроизвольн. живой ребенокъ.
—	—	м. 3650	—	Здоров.	Благопол.	
Perforatio; на мертв. плодѣ.	Лихорад. 39°; вздутый животь мертв. ребен.	—	д. 4000	Лихорад.	Благопол.	Первые роды самопроизвольн.: 2 и 3 опера-тивн. — дѣти мертв.
Л И Н И К а.						
Щипцы во входѣ. Пер. г. 11 тракц.	Лихорадка.	д. 3200	—	Лихорад. над-рывы промеж. 4 шва.	Выздовѣл. промежн. ерослась	На 9 тр. головка сразу прошла. Вдавленіе на лѣвой темян. кости ребенка.
—	—	м. 2800	—	Здоров.	Здорова.	Сильныя боли; въ теченіи получаса по излитіи воды головка прошла узкое м.
Щипцы во входѣ. з. сов. 26 тракц.	Прекращеніе болей.	3000	—	Лихорад. над-рывы шейки, разрывъ уз-дѣчки.	Здорова.	Послѣ 5 тракціи ощу-щеніе подающейся голов., тракціи производилась не спѣша около полу-часа; на 24 тракціи го-ловка сразу проскочила через узкое мѣсто.

№	Лѣта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.
1875										
4	24	2	плоск. рахит.	—	—	—	—	10,8	поперечное.	ч. м. 20 ч 2 ч. по изл. водъ.
5	25	1	плоскій	30	25	22	17	9,4	черепн. I зат.	30 ч. 6 ч. по изл. воды.
6	27	2	плоскій	—	—	—	—	10,2	черепъ.	24 ч. 8 ч. по изл. водъ.
1876										
7	31	1	плоскій	—	—	—	—	9,8	черепъ.	32 ч. 10 ч. по изл. водъ.
8	27	2	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	26 ч. 8 ч. по изл. водъ.
9	24	1	плоскій	—	—	—	—	9,8	черепъ II зат.	26 ч. 6 ч. по изл. водъ.
10	21	1	плоскій	—	—	—	—	10,2	черепъ I зат.	32 ч. 8 ч. по изл. водъ.
1877										
11	22	1	плоск. рахит.	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	38 ч. 10 ч. по изл. водъ.
12	23	1	плоск. рахит.	—	—	—	—	9,5	черепъ I зат.	38 ч. 10 ч. по изл. водъ.
13	26	1	общесъужен.плоск. рахит.	—	—	—	—	10	лицевое з. в.	30 ч. 12 ч. по изл. водъ.
14	22	1	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ II зат.	34 ч. 6 ч. по изл. водъ.

Операціи.	Показанія къ операціи.	Вѣсъ плода.		Послѣдств. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
Поворотъ и извлеченіе.	Положеніе.	—	д. 3560	Здоров.	Здорова.	1-е роды самопрояв.; ребенокъ живой; извлеч. головка продолж. болѣе 10 минутъ.
—	—	д. 2800	—	Здоров. надрывъ шейки.	Здорова.	Увидѣлъ больную черезъ 5 ч. по изл. водъ; боли сильныя, б. родн. опущенъ, потомъ опустили молли и головка прошла сразу.
Щипцы во входѣ. Пер. губ. 10 тр.	Лихорадка.	м. 3050	—	Лихорадоч.	Здорова.	1-е роды щипцы, мертвый ребенокъ. Paresis nervi facialis, у реб.; чер. 2 дня прошель.
Пробн. щипцы; 11 тр.; perforat. на живомъ.	Ослабл. боли; истощ. рож.; лихорадка.	—	м. 3800	Ушибы рук., надрыв. пром. 4 шва. Лихорадочн.	Здорова, промежн. срослась.	
Щипцы; з. сов.; 10 тр. во входѣ.	Ослабл. болей и сердцебиен. плода.	м. 3000	—	Здоров.	—	1-е роды оперированы; ребенокъ мертвый.
—	—	д. 2900	—	Здоров. ушибы рукав. и разрыв. пром. 4 шва.	Здорова. заросла. 1 натяж.	
Щипцы; во входѣ; з. сов.; 10 тр.	Лихорадка.	м. 3200	—	Лихорадоч. надрыв. шейки ушибы рукава.	Здорова.	Paresis nervi facialis; черезъ 2 дня прошло.
Perforatio на мертв.	Неправильн. механизмъ; ослабл. рож. и лихорадка.	—	д. 3900	Лихорадоч.	Здорова.	Стрѣловидный шовъ надвинули за лонное соединеніе.
Пробн. щипцы; пер. г.; 11 тр. Perforatio на живомъ.	Прекращен. болей; лихорадка.	—	д. 3800	Лихорадоч. на лѣво надрывъ шейки.	Здорова.	При щипцахъ головка не подавалась.
Perforatio живаго плода.	Неправильн. полож.	—	м. 3810	Здоров.	Здорова.	
Щипцы во входѣ; пер. губ.; 7 тр.	Ослабл. бол., лихорадка.	д. 3700	—	Здоров.	Здорова.	Paresis nervi facialis скоро прошель.

№	Лѣта.	Число беременностей.	Т А З Ъ.	D. tr.	D. cr.	D. sp.	C. ext.	C. diag.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.
1878										ч. м.
15	27	1	плоскій	—	—	—	—	10,4	поперечное.	24 ч. 1 ч. по изл. водь.
16	26	2	плоск. рахит.	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 8 ч. по изл. водь.
1879										
17	25	1	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 10 ч. по изл. водь.
18	30	1	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	28 ч. 7 ч. по изл. водь.
1880										
19	21	1	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	38 ч. 8 ч. по изл. водь.
1881										
20	22	1	плоск. рахит.	29	24	23	17	10	лицевое з. в.	36 ч. 10 ч. по изл. водь.
21	23	1	плоск. рахит	—	—	—	—	9,5	черепъ I зат.	36 ч. 12 ч. по изл. водь.
1882										
22	27	2	плоскій	—	—	—	—	10,2	черепъ II зат.	28 ч. 6 ч. по изл. водь.
23	20	1	плоскій	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 7 ч. по изл. водь.
1883										
24	30	2	плоскій	—	—	—	—	9,8	черепъ I зат.	38 ч. 8 ч. по изл. водь.
1885										
25	22	1	плоскій	—	—	—	—	10,3	черепъ II зат.	22 ч. 6 ч. по изл. водь.
1887										
26	26	1	общесъужен.плоск. рахит.	28	24	33	17	10	черепъ I зат.	36 ч. 10 ч. по изл. водь.

Операции.	Показанія къ операции.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
Поворотъ.	Неправ. пол.	—	м. 4000	Здоров.	Здорова.	
Щипцы во входѣ з. сов. 10 тр.	Отсутствіе бол., слабость рож. ослабл. сердц. пл.	—	д. 3800	Здоров.	Здорова.	Значительно вдавлена на лѣвой темян. кости.
Щипцы во входѣ зѣв. сов. 6 тр.	Лихорадка, зловон. отдѣл. темпер. 39°.	м. 3600	—	Endometrit. septica.	Умерла через 1 ^{1/2} недѣли.	Сэписис передъ щипцами.
Щипцы во входѣ зѣв. сов. 7 тр.	Ослабл. бол. и сердецб. пл.	д. 3600	—	Здоров.	Здорова.	
Щипцы во входѣ пер. г. 17 тр.	Прекращ. бол. и ослабл. сердецб. пл.	—	м. 3750	Здоров.	Здорова.	Ребенокъ вскрикнулъ нѣсколько разъ; но черезъ ¹ / ₄ часа показалось кровотеченіе изъ носа и онъ скоро умерь.
Perforatio живаго плода.	Неправильн. полож. кольцо суженія.	—	м. 3860	Лихорадоч. ушибы рук.	Здорова.	
Пробные щипцы; 10 тр. з. сов. Perforatio мертв.	38,2°/о, бурн. боли, кольцо сокращено.	—	м. 3800	Лихорад. надрыв. шейки справа.	Здорова.	
Щипцы во входѣ; передн. губ. 8 тр.	Кольцо сокращено.	д. 3650	—	Лихорадоч.	Здорова.	1-е роды долго, ребенокъ мертвъ Paresis nervi facialis—прошелъ черезъ 2 дня.
Щипцы во входѣ передн. губ. 11 тр.	Судорож. бол. кольцо сокращено.	д. 3508	—	Надр. шейки; Лихорадоч.	Здорова.	Вдавленіе на темян. кости.
Пробн. щипцы; сов. зѣв. 10 тр. Perforatio живаго плода.	Лихорадка 38,9°; зловон. отдѣл.	—	м. 3800	Надрыв. шейки ушибы рукав. Лихорадоч. Endometrit.	Здорова.	1-е роды оперирован. ребенокъ мертвый.
Щипцы во входѣ; зѣв. сов. 10 тр.	Ослабл. болей и сердецб. пл. плода.	м. 3720	—	Ушибы рукава; здоров.	Здорова.	
Пробн. щипцы; з. сов. 10 тр. Perforatio мертв. плода.	Лихорадка и ослабл. бол.	—	м. 3820	Надрыв. шейки и ушибы рукава. Разрывы пром. 5 швов.	Здорова. разрыв. сросся.	

Считаю нужным оговориться, что изъ приюта отмѣчены всѣ узкіе тазы, которые только тамъ были замѣчены; что же касается до поликлиники, то по самымъ условіямъ встрѣчающихся въ ней случаевъ приходилось пользоваться только, до извѣстной степени, подобраннымъ матеріаломъ; подобраннымъ въ томъ смыслѣ, что случаи частной практики обыкновенно разбросаны по разнымъ рукамъ, и принадлежатъ по преимуществу къ оперативнымъ. На этомъ основаніи для общихъ выводовъ я буду пользоваться только приотскимъ матеріаломъ, для частныхъ же обращусь и къ поликлиникѣ; при чемъ для окончательныхъ выводовъ будутъ взяты за основаніе тазы II степени суженія, такъ какъ они то и представляютъ самое существенное затрудненіе при установкѣ показаній къ пособію. Что касается до дѣленія тазовъ по степенямъ, то принимая за основаніе, дѣленіе *Litzmann'a*, мы позволили себѣ сдѣлать только нѣкоторое измѣненіе по отношенію къ признаку, взятому симъ послѣднимъ, для опредѣленія степени.

Измѣреніе таза на живой женщинѣ не можетъ быть математически вѣрно. Мы часто видимъ, что одинъ и тотъ-же акушеръ, измѣряя тазъ одной и той-же женщины въ разное время, впадаетъ нерѣдко въ ошибку приблизительно на полъ-сантиметра; если къ этой ошибкѣ прибавить еще другую, могущую образоваться при переводѣ С. D. на С. V., то можно получить колебаніе въ измѣреніи, равное приблизительно одному сантиметру. Во избѣжаніе подобной возможности, мы въ нашихъ наблюденіяхъ ограничились только указаніемъ на С. D., которою и будемъ руководствоваться при опредѣленіи степеней, — получится: I степень суженія, когда С. D. уменьшена до 10,5 сан.; II степень — С. D. отъ 10,5 до 9 сант.; III степень — С. D. отъ 9 до 7 см.; IV степень — С. D. ниже 7 см.

Всѣхъ родовъ въ приютѣ, начиная съ 18 мая 1871 года по 1 января 1886 г. было 1887, замѣчено узкихъ тазовъ — 100 (5,3%).

I	степень суженія	68
II	»	30
III	»	1
IV	»	1
Итого		100

Изъ нихъ простыхъ	плоскихъ	I степени	58
»	»	II »	19
»	» плоск. рахитическ.	I »	3
»	»	II »	7
Общеравномѣрно сужен.	рахит.	I »	4
»	»	II »	4
»	»	III »	2
»	»	IV »	1
»	» прост.	I »	2

Процентъ встрѣченныхъ нами узкихъ тазовъ ближе всего подходитъ къ $\frac{1}{10}$ данному *Грамматикати* въ его отчетѣ за 10 лѣтъ (1874 — 1884), изъ клиники проф. *Лебедева* ($5\frac{1}{2}\%$), но представляетъ громадную разницу съ $\frac{1}{10}$ полученнымъ для Варшавской клиники *Федоровымъ* ($55,5\%$). Объяснить эту разницу довольно трудно, такъ какъ въ приютѣ производилось наружное измѣреніе всякой роженницы и въ случаѣ незначительнаго даже отступленія отъ нормы обыкновенно измѣрялась С. D.

Изъ случаевъ, наблюдавшихся въ поликлиникѣ, я приведу наблюденія надъ 35 узкими тазами II степени суженія. Общее количество узкихъ тазовъ, встрѣтившихся мнѣ за отчетный промежутокъ времени, равно какъ суженіе I степени здѣсь не отмѣчены, такъ какъ при слабыхъ степеняхъ суженія роды въ большинствѣ случаевъ протекаютъ безъ особенныхъ затрудненій и слѣдовательно ускользаютъ отъ наблюденій; поэтому мною записывались суженія II степени, и то только послѣ того, какъ мнѣ удалось видѣть въ клиникѣ проф. *Красовскаго* въ 1873 г. нормальное окончаніе срочныхъ родовъ, при С. V. въ 7, въ то время, когда все уже было приготовлено къ кесарскому сѣченію.

На 35 тазовъ наблюдалось:

Плоскихъ	19
» рахитическихъ	11
Общеравномѣрно сужен. рахит.	4
Общеравномѣрно сужен. не рахит.	1

Итого 35

Относительно достаточное количество тазовъ II степ. сѣуженія дастъ намъ право разсчитать процентное отношеніе разныхъ формъ сѣуженія; получимъ на 65 тазовъ:

Простыхъ плоскихъ	38	(58,4%)
Плоскихъ рахитическихъ	18	(27,2%)
Общеравномѣрно сѣужен. рахит.	8	(12,3%)
Общеравномѣрно сѣужен. не рахит.	1	(1,5%)

Итого 65

Слѣдовательно и у насъ получилось то же отношеніе между видами сѣуженія, какъ вездѣ (*Schroeder*, *Spiegelberg* и др.).

Предлежаніе плода при наблюдавшихся нами тазахъ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

Тазы I ст. сѣужен. 68.

Затылочное	60	(88,7%)
Лицевое, задній видъ	1	(1,4%)
Лобное	1	(1,4%)
Ягодичное	1	(1,4%)
Ногоположеніе	2	(2,7%)
Поперечное	3	(4,2%)

Тазы II ст. сѣужен. 65.

Затылочное	59	(90,3%)
Лицевое	3	(4,8%)
Поперечное	3	(4,8%)

Въ общемъ получили 133 таза:

Затылочныхъ	119	(89,5%)
Лицевыхъ	4	10,5%
Лобныхъ	1	
Ягодицы и ножки	3	
Поперечное	6	

Слѣдовательно по отношенію къ нормѣ является довольно значительное отклоненіе по сравненію съ цифрами, данными, хотя бы *Schroeder* омъ.

Затылочные	95, %
Неправильн. устан. головки .	0, 6%
Поперечныя положенія . . .	0,56%
Положеніе тазовымъ концомъ.	3,11%

Что же касается до преждевременныхъ родовъ, описаніе которыхъ будетъ помѣщено ниже, то при нихъ неправильныя положенія встрѣчаются еще чаще, именно на 33 роды:

Затылочныхъ	26 (78,8%)
Ягодичныхъ	4 (12 %)
Поперечныхъ	3 (9 %)

Расположимъ же теперь нашъ матеріалъ по разнымъ отдѣламъ:

А. Выжидательный методъ.

Желаніе предоставить окончаніе родовъ спламъ природы вполне естественно, почему этотъ методъ прежде всего напрашивается на примѣненіе и, уже издавна, рекомендуется предпочтительно передъ другими. Но выжиданіе имѣетъ свои границы. Когда силы природы не могутъ справиться со своей задачей, а дальнѣйшее ожиданіе начинаетъ грозить опасностью жизни матери, или ребенка, тогда наступаетъ необходимость обратиться къ искусству; умѣнье уловить этотъ моментъ и выбрать рациональное пособіе составляетъ въ данномъ случаѣ главную задачу акушерской науки. Слѣдовательно выжидательный способъ распадается на 2 отдѣльныхъ акта. Выжиданіе въ тѣсномъ смыслѣ и помощь искусства. Помощь эта, какъ я уже указалъ выше, заключается или въ наложеніи щипцовъ, орудія, при употребленіи котораго имѣется въ виду забота о спасеніи жизни ребенка безъ вреда для матери, или въ краниотоміи, операциі, уничтожающей жизнь плода для опасенія матери. Необходимость примѣнить иногда эту операцию составляетъ слабую сторону выжидательнаго способа, тѣмъ болѣе, что не имѣется никакого критерія, который могъ бы въ началѣ родовъ указать на необходимость перфорациі при окончаніи ихъ. Это обстоятельство и было причиною появле-

нія на свѣтъ другихъ методовъ. Для того, чтобы разобратъся въ различныхъ способахъ и опредѣлить большую, или меньшую пригодность каждаго изъ нихъ, приступимъ къ разсмотрѣнію, собраннаго нами матерьяла, сообразно установленной программѣ, т. е. разсмотримъ результаты выжиданій, щипцовъ и перфораций, какъ дѣйствій, принадлежащихъ къ одному выжидательному методу и сравнимъ съ таковыми же при поворотѣ и кесарскомъ сѣченіи, составляющими собою 2 отдѣльные и самостоятельные метода веденія родовъ, при II степени суженія таза.

На 62 родовъ при плоскомъ тазѣ I степени суженія мы получили 37 родовъ, окончившихся безъ всякаго внимательства искусства,—при чемъ всѣ матери и дѣти остались живыми. На 6 родовъ общесуженнаго таза также наблюдалось 4 самопроизвольныхъ—съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.

Общее число всѣхъ самопроизвольныхъ родовъ равнялось—60,3%.

На 21 срочные роды при плоскомъ тазѣ II ст. суженія мы имѣли 11 самопроизвольныхъ—всѣ матери и дѣти живы; на 3 роды при общесуженномъ тазѣ—1 самопроизвольные роды, окончившіеся благополучно для матери и ребенка—Слѣдовательно 50% самопроизвольныхъ родовъ съ 0% смертности для матерей и дѣтей.

Матеріаль частной практики въ данномъ случаѣ не можетъ быть принимаемъ во вниманіе, такъ какъ тамъ наблюдались почти исключительно оперативные роды. Скажу только, что въ поликлиникѣ мнѣ пришлось видѣть самопроизвольные роды при С. D.—9,3 см. и 9,4 с, при чемъ рождены относительно крупныя дѣти до 3000 гр. вѣсомъ. Несмотря на незначительность матеріала для тазовъ II степени суженія, мы получили процентное отношеніе самопроизвольныхъ родовъ къ оперативнымъ очень близкое по сравненію съ болѣе богатымъ матеріаломъ Вѣнской клиники. Въ отчетѣ *Braun'a* (*Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc.*)—на 224 родовъ II ст. суженія отмѣчено 109 самопроизвольныхъ родовъ, что составляетъ 49% съ 0% смертность для матерей и 1,3% для дѣтей. Такое совпаденіе %, получаемое при наблюденіяхъ въ двухъ различныхъ учрежденіяхъ, указываетъ на извѣстную законность наблюдавшагося явленія. 50 же процентовъ

родовъ, безъ всякаго вмѣшательства искусства, съ благопріятнымъ исходомъ для матерей и, относительно, съ небольшою смертною дѣтей, уже сами по себѣ много говорятъ въ пользу выжидательнаго метода.

Разсматривая условія вышеуказанныхъ родовъ, кончавшихся, при выжидательномъ методѣ, различнымъ образомъ, т. е. или самопроизвольно, или при помощи щипцовъ, или, наконецъ, при помощи краніотоміи, мы, къ сожалѣнію, не могли сдѣлать точныхъ практически полезныхъ выводовъ насчетъ вліянія этихъ условій. Въ самомъ дѣлѣ: съ одной стороны, встрѣчаются самопроизвольные роды ребенка — въ 3000 гр. при С. D. въ 9,3 ст. или въ 3850 гр. при С. D. въ 10 ст., извлеченіе щипцами живого плода въ 4500 гр. при С. D. въ 10 см., а съ другой — мы бывали иногда поставлены въ необходимость перфорировать и уменьшать объемъ головки ребенка въ 2400 гр. при такой же С. D. въ 10 см. — и это въ тазахъ одной категоріи, при сравнительно одинаковыхъ родовыхъ боляхъ. Изъ этого ясно, что величина и объемъ ребенка не играютъ еще единственной роли при прохожденіи головки черезъ узкость таза. Такъ какъ перѣдко у однихъ и тѣхъ же особей приходилось наблюдать по нѣскольку самопроизвольныхъ, срочныхъ родовъ довольно крупныхъ дѣтей, а у другихъ при такой же формѣ и степени суженія таза всѣ срочные роды кончались перфорацией — надо допустить, что, для прохожденія головки черезъ узкость таза, играетъ кромѣ того важную роль наследственное строеніе головки т. е. по всѣмъ вѣроятіямъ свойство костей ея, равно какъ и величина швовъ и родничковъ, — обстоятельства, которыя, къ сожалѣнію, не отмѣчены въ имѣющихся у насъ наблюденіяхъ и которыя врядъ ли могутъ быть узнаны до конца родовъ. Слѣдовательно, если бы мы могли знать величину плода и его головки настолько, насколько мы знаемъ размѣры таза, то и тогда бы еще не владѣли способами для точнаго опредѣленія возможности самопроизвольнаго прохожденія головки и момента, когда можетъ наступить этотъ актъ; почему, для опредѣленія времени дѣйствія, приходится руководствоваться другими данными; именно тѣми, которые получаютъ изъ наблюденій надъ вліяніемъ продолжительности родовъ на мать и ребенка. Мы такъ и поступали, — какъ только появлялась угрожа-

юція явленія, мы считали за правило поскорѣ прекращать ожиданія и переходить ко второму акту выжидательнаго метода, т. е. къ оперативному пособию.

а. Щипцы. Ужь издавна (*Stein jun.*) возставали противъ щипцовъ, накладываемыхъ во время стоянія головки во входѣ въ тазъ, но *Simpson* и *Schroeder*, силою своего авторитета, чуть было совсѣмъ не подорвали значеніе этого оперативнаго приѣма при плоскомъ тазѣ II степени суженія.

Противъ щипцовъ были выставлены слѣдующіе доводы: 1) они, сжимая головку въ одномъ направленіи, увеличиваютъ противоположный діаметръ, а такъ какъ этотъ инструментъ приходится накладывать по преимуществу въ поперечномъ размѣрѣ таза, то слѣдовательно при извлеченіи щипцами усиливается препятствіе для прохожденія головки; 2) щипцы тяжело повреждаютъ мягкія части матери; 3) они, повреждая и сжимая головку плода, дѣйствуютъ на него неблагоприятно.

По отношенію къ первому пункту, т. е. касательно расширенія головки въ противоположномъ сжатому щипцами діаметру, скажу слѣдующее: щипцы накладываются только въ то время, когда головка извѣстнымъ сегментомъ уже установилась во входѣ въ тазъ и, когда каждое поступательное движеніе ея въ узкость таза обуславливаетъ все большее и большее давленіе со стороны обхватывающаго ея кольца изъ костей входа въ тазъ. Другими словами, если между головкою и костями таза будутъ находиться ложки щипцовъ, то эти ложки болѣе будутъ сжиматься костями таза, чѣмъ давленіемъ на рукоятки щипцовъ; слѣдовательно головка сжимается самимъ движеніемъ ея черезъ суженное мѣсто, а щипцы, если и играютъ роль при этомъ сжатіи, то только вслѣдствіе того, что они, помогая изгоняющей силѣ, увеличиваютъ шансы прохожденія головки черезъ узкое мѣсто таза.

Если это не вѣрно, то тогда щипцы вообще не слѣдуетъ накладывать, такъ какъ при паложеніи ихъ даже въ полости нормальнаго таза, въ случаѣ, гдѣ нужны сильныя тракціи (а это не рѣдко), они, увеличивая одинъ діаметръ головки за счетъ другаго, нарушаютъ отношеніе этихъ діаметровъ къ діаметрамъ таза и слѣдовательно затрудняютъ прохожденіе головки, а производя давленіе на головку, всегда должны вредить ребенку. Между тѣмъ,

щипцы накладываются въ полости таза силою да рядомъ и никто не отрицаетъ ихъ полезнаго дѣйствія. Понятно, что при тракціяхъ необходимо стараться ослабить, со-всѣмъ не нужное, сжиманіе головки, могущее обусловиться давленіемъ на ручки перекрещивающагося замка. Для этого акушеры — практики обыкновенно помѣщали между ручками какое либо постороннее тѣло, въ послѣднее же время для этой цѣли стали рекомендовать щипцы съ параллельными ручками.

Я довольно удачно достигаю устраненія ненужнаго давленія на головку, употребляя щипцы *Greenhalgh'a*. Ручки этихъ щипцовъ коротки и служатъ только для упора инструмента въ ладонь; сила тракціи прилагается выше перекрещивающагося замка, при помощи введеннаго пальца или даже двухъ, въ принаровленное для этой цѣли полукольцо, расположенное выше замка. Подобнымъ инструментомъ головка втягивается въ тазъ, подвергаясь сжатію только со стороны стѣнокъ таза, сжатію, равномерность котораго, если можно такъ выразиться, регулируется уменьшеніемъ на толщину щипцовъ размѣра поперечнаго діаметра таза, отчего на черепѣ плода, совместно со слѣдами вдавленія на мѣстахъ соприкосновенія съ выдающимися точками таза, получаютъ знаки и отъ щипцовъ. Слѣдовательно вопросъ о расширеніи однихъ діаметровъ головки за счетъ другихъ, при наложеніи щипцовъ, не представляетъ серьезнаго возраженія противъ употребленія этого инструмента. Кромѣ того *Baudelocque* уже давно экспериментально доказалъ отсутствіе значительной расширяемости діаметра головки, противоположнаго сжатоуму; онъ очень рѣдко видѣлъ подобное увеличеніе, которое къ тому же никогда не превышало 2 мм.; между тѣмъ какъ сжимаемый діаметръ уменьшался обыкновенно отъ 3 до 11 мм., въ особенности при сдавливаніи прямого размѣра головки. Въ позднѣйшее время эти выводы подтвердилъ *Cohnstein*.

Что касается до поврежденія мягкихъ частей матери, то они встрѣчаются довольно часто, но, накладывая щипцы не одинъ десятокъ разъ, смѣло могу утверждать, что я ни разу не видѣлъ поврежденій болѣе значительныхъ, чѣмъ тѣ, которыя можно найти всегда при самопроизвольныхъ родахъ у женщинъ съ узкимъ тазомъ.

Поврежденія на головкѣ ребенка въ большинствѣ случаевъ, какъ увидимъ ниже, не мѣшаютъ ему жить и обуславливаются не щипцами, а давленіемъ костей таза, слѣдовательно должны получаться при всякомъ способѣ выведенія головки.

Обратимся теперь къ нашему матеріалу.

На 62 родовъ при плоскомъ тазѣ I степени сѣуженномъ мы наложили 18 разъ щипцы. Осталось живыхъ матерей 17, умерло 1; живыхъ дѣтей 16, мертвыхъ 2. На 6 родовъ при общенеравномѣрно-сѣуженномъ тазѣ щипцы наложены 1 разъ; мать и ребенокъ остались живы.

Итого на 19 случаевъ, наложенныхъ щипцовъ, получаются 1 умершая мать, т. е. смертность 5,5% и 2 ребенка, т. е. смертность 10,5%.

Но если мы примемъ во вниманіе, что единственная умершая женщина привезена въ приютъ, послѣ десяти часовъ страданія, съ зловонными отдѣленіями, съ температурой въ 39°, то подобную смерть нельзя будетъ поставить на счетъ операціи. Слѣдовательно общая смертность выразится 0% для матерей и 10,5% для дѣтей. Сопоставлять значеніе щипцовъ при плоскомъ и общенеравномѣрно-сѣуженномъ тазахъ я не имѣю права, такъ какъ въ таблицѣ указанъ только единственный случай наложенія этого инструмента при обще-сѣуженномъ тазѣ.

Щипцы были наложены 13 разъ въ полости таза и только 6 разъ во входѣ. Показанія для наложенія щипцовъ были слѣдующія: 15 разъ они наложены по причинѣ ослабленія болей, получился 1 мертвый ребенокъ; 2 раза при инфекціи матери — умерли 1 мать и одинъ ребенокъ; ясно выраженное кольцо сокращенія — 1 разъ мать и ребенокъ живы.

На 26 плоскихъ тазовъ II степени сѣуженія щипцы наложены 5 разъ—всѣ матери живы, ребенокъ одинъ мертвый. При 4-хъ обще-неравномѣрно-сѣуженныхъ плоскихъ тазахъ щипцы наложены 2 раза—мать и ребенокъ живы. Всѣ щипцы наложены во входѣ въ тазъ.

Чтобы имѣть болѣе данныхъ для оцѣнки значенія щипцовъ, накладываемыхъ во входѣ въ тазъ при II степени сѣуженія, рассмотримъ теперь случай, наблюдавшійся въ поликлиникѣ; такъ какъ показанія для производства операціи были таковыя же, какъ и въ приютѣ.

При плоских тазахъ II степени суженія щипцы наложены 13 разъ—12 матерей живы и здоровы, равно какъ и 11 дѣтей.

Случай, окончившійся смертью матери, отмѣченный въ таблицѣ № 1, подъ № 17 ч. пр., наблюдался при слѣдующей обстановкѣ:

Въ мартѣ 1878 года я былъ призванъ въ одну изъ квартиръ для бѣдныхъ въ литовскомъ рынкѣ для подачи пособія роженницѣ; роды, по словамъ бабки, продолжались около 2-хъ сутокъ; воды прошли болѣе 10 часовъ назадъ; головка незначительнымъ сегментомъ установлена во входѣ въ тазъ; на шей большая опухоль; передняя губа прижата, отечна; С. D. приблизительно—10 ст.; болѣе нѣтъ, изъ половыхъ органовъ выдѣляются грязныя, зловонныя отдѣленія; температура роженницы 39.2°. пульсъ 120, она ослаблена и истощена, сердцебіеніе ребенка слышно довольно ясно. Наложены щипцы очень легко, для проведенія головки черезъ узкость таза потребовалось всего 6 тракцій; извлеченъ мнимоумершій мальчикъ, но оживленъ и остался жить; у матери же температура не понизилась и послѣ родовъ, развился септический эндометритъ, отъ котораго она и погибла черезъ 1½ недѣли послѣ родовъ.

Слѣдовательно единственный случай смерти при щипцахъ долженъ быть исключенъ изъ счета, такъ какъ инфекция въ этомъ случаѣ наступила ранѣе операціи, — слѣдовательно получимъ при наложеніи щипцовъ въ поликлиникѣ 0% смертности для матерей и 15,4% для дѣтей.

Общая сумма всѣхъ наблюдавшихся при II степени суженія родовъ, конченныхъ щипцами, равняется 20, исключая, по вышензложеннымъ причинамъ, 1 роды, получимъ 19. Процентъ смертности для матерей равенъ 0, для дѣтей 15%.

На столько же благопріятные результаты мы находимъ въ отчетѣ *Braun*'а (*Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc.* Вѣна 1888 г.). Въ вѣпской клиникѣ начиная съ 1881 по 1887 г. включительно, наложены щипцы при плоскихъ и обще-суженныхъ тазахъ II степени суженія 64 раза, причеиъ щипцы удавались даже при *C. D* въ 8 и 7.—Мать умерла 1,—1,6% смертности; дѣтей же умерло 8—12,6% смертности.

Изучая собранный нами матеріалъ, мы видимъ, что роды окончены щипцами при ослабленіи болѣе и измѣненіи ритма сердцебіенія ребенка 9 разъ; матери всѣ

живы, изъ дѣтей мертвыхъ 2. При появленіи лихорадки и зловонныхъ отдѣленій *sub partu*—7 разъ. Изъ матерей умерло 1, изъ дѣтей тоже 1. При ясно выраженномъ кольцѣ сокращенія, — 4 раза — всѣ матери и дѣти живы. Кромѣ того въ 7 случаяхъ роды неудалось окончить щипцами, пришлось перфорировать головку плода— матери всѣ живы. На 27 наложенныхъ щипцовъ, удалась 20, итого 74%.

Послѣ 19 наложенныхъ щипцовъ мы наблюдали у матерей 6 разъ неглубокіе надрывы шейки, которые рубцовались даже безъ зашиванія (№№ 28 — 73, 30 — 82, 43—85, 3, 5 и 15). Часто находили ушибы рукава, проходившіе безъ всякихъ послѣдствій. Пять разъ произошелъ разрывъ промежности — всякій разъ зашить; 4 срослись хорошо первымъ натяженіемъ; 1 сращеніе было не совершенное. Кромѣ указаннаго септического эндометрита, который приобрѣтенъ до операціи, мы не имѣли ни одного серьезнаго заболѣванія; даже послѣ щипцовъ, накладывавшихся при *endometr. sub. partu*, 5 разъ температура понизилась до нормы и эндометритъ останавливался въ развитіи вскорѣ по окончаніи операціи; только 2 раза при подобномъ положеніи, эндометритъ затянулся, но больныя выздоровѣли.

Что касается дѣтей, то мы имѣли значительно выраженное вдавливаніе на черепѣ — 5 разъ, въ томъ числѣ у одного ребенка, родившагося мертвымъ; *paresis nervi facialis*—5 разъ; но эта патологическая форма въ теченіи нѣсколькихъ дней пачезла безслѣдно. У одного ребенка по всѣмъ вѣроятіямъ былъ переломъ костей на основаніи черепа, такъ какъ вскорѣ послѣ родовъ у него появились сильныя кровотеченія изъ носа и онъ умеръ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ.

Показанія къ наложенію щипцовъ мы принимали слѣдующія: 1) значительное ослабленіе или полное прекращеніе болей, послѣ продолжительнаго вставленія головки большимъ или меньшимъ сегментомъ въ узкости таза, причемъ обыкновенно образуется большая опухоль на головкѣ, а роженица ослаблена и измучена; 2) появленіе ясно выраженнаго кольца сокращенія; 3) появленіе *endometr. sub. partu*, хотя бы и при сильныхъ боляхъ. Всѣ эти показанія считались обязательными только при жи-

вомъ плодѣ и 4) неправильность въ ритмѣ и ослабленіе сердцебіенія ребенка.

Условія, при которыхъ проба щипцовъ считалась возможной: 1) достаточное раскрытіе зѣва, хотя, иногда, приходилось накладывать щипцы при несовершенномъ зѣвѣ; 2) вставленіе головки во входѣ въ тазъ. (Здѣсь считаю не лишнимъ сдѣлать одно практическое замѣчаніе: известная сморщенность кожи на головкѣ, не рѣдко ощущаемая изслѣдующимъ пальцемъ, указываетъ на наклонность головки конфигурироваться; щипцы, накладывавшіеся въ такихъ случаяхъ, гдѣ наблюдалось это явленіе, почти всегда удавались); 3) правильное установленіе головки и правильный механизмъ родовъ.

Что касается до техники, то она была слѣдующая: щипцы накладывались въ узкости таза въ поперечномъ размѣрѣ, т. е. на лобъ и затылокъ ребенка или приблизительно около того. Тракціи производились по преимуществу во время боли, довольно сильно, по принаравливаясь къ нормальной потугѣ, т. е. постепенно увеличивая и потомъ ослабляя силу. Въ случаяхъ, если головка не подавалась, дѣлалось не менѣе 10 тракцій. Надо замѣтить, что головка, имѣющая наклонность пройти, обыкновенно скоро, начинаетъ слегка подаваться, что при навѣскѣ ощущается тянущей рукой; если замѣчается это явленіе, тогда дѣлають больше 10 тракцій; самое большое количество тракцій, съ известными отдыхами, я сдѣлалъ 26 при суженіи С. D. 9,4 (№ 3); причѣмъ извлеченъ былъ живой и оставшійся жить ребенокъ (я видѣлъ его черезъ годъ по рожденіи); мать слегка лихорадила послѣ родовъ; имѣла односторонній надрывъ зѣва, но на 9 день встала совершенно здоровой.

Относительно способа и направленія тракцій, соблюдалсь слѣдующія правила: тракціи при стояннй головки во входѣ таза направлялись всегда внизъ и притомъ при началѣ направленія тракціи были немного въ бокъ, какъ бы способствуя опущенію вышестоящаго родничка; если это ощущеніе дѣлалось уже осязательнымъ, направленіе мѣнялось, какъ бы для проведенія другого родничка. Такъ поступали мы при плоскихъ тазахъ; при обще-суженныхъ же тракціи направлялись прямо внизъ.

Качательныя и ротационныя тракціи никогда не упо-

треблялись. Если головка тронулась съ мѣста, то осторожно соразмѣрялась сила тракцій, такъ какъ головка обыкновенно проскакиваетъ черезъ узкость, какъ бы сразу. Когда узкое мѣсто было пройдено, щипцы размыкались и головка дѣлала поворотъ обыкновенно сама.

И такъ, общее число родовъ, окончившихся высокими щипцами при II степени суженія въ теченіи отчетнаго періода у *Braun*'а и у насъ равно 84; если присоединимъ сюда 7 случаевъ пробныхъ щипцовъ, предшествовавшихъ перфорации, получимъ въ общемъ 91 случай. Число умершихъ матерей послѣ этой операціи равно 2 — 2,2% смертности; но уже выше нами указано, что одна умершая родильница имѣла, ясно выраженную, инфекцію до родовъ, — слѣдовательно получимъ 1,1% смертности. Дѣтей же умерло 11, что составляетъ 13% смертности.

Считаю не лишнимъ прибавить здѣсь нѣкоторыя данныя на счетъ щипцовъ изъ статьи *Nagel*'я: Die Wendung bei engem Becken. Arch. f. Gynaek. XXXIV т. Приводя казуистику щипцовъ въ доказательство преимущества поворота передъ этой операціей, *Nagel*, помимо желанія, достигаетъ совершенно противоположныхъ результатовъ. Послѣ 20 щипцовъ у него умерло 4 матери и 3 плода, но, изучая матеріаль, мы видимъ, что только 13 разъ щипцы наложены во входъ въ тазъ, остальные же 7 въ то время, когда головка уже прошла входъ и стояла въ полости таза; роженицы же были истощены и страдали уже *endom. sub. partu*. Изъ 13 указанныхъ роженицъ умерла 1 и погибли 2 плода; но умершая мать, какъ видно изъ отчета, была инфицирована до операціи (39%).

Слѣдовательно за счетъ щипцовъ умершихъ нѣтъ ни одной. Прибавимъ теперь эти 12 случаевъ къ приведеннымъ выше, получится нами, т. е. 103 наложеній высокихъ щипцовъ мать умерла 1, т. е. 0,9% смертности, дѣтей же умерло 13, т. е. 13,5% смертности (13 : 96).

Вдумываясь въ результатъ, полученный *Nagel*'емъ при наложеніи щипцовъ, 3 смерти матери на 7 операцій приходишь къ тому заключенію, что вопреки совѣту многихъ, рекомендовавшихъ накладывать щипцы только по прохожденіи головкою узкости таза, эта операція, наоборотъ, должна примѣняться ранѣе, т. е. во время стоянія

головки во входѣ, въ особенности, если роды затягиваются очень долго. Въ виду малаго количества цифръ я не ставлю это положеніе аксіомой, но считаю нужнымъ подчеркнуть его и сказать, что я уже аргюи всегда руководился этимъ правиломъ въ теченіи своей практической дѣятельности.

Принявъ во вниманіе все вышензложенное придется признать важное значеніе щипцовъ въ родахъ при II степени сѣуженія какъ плоскаго, такъ и общесѣуженнаго тазовъ. Теоретическія соображенія на счетъ того, что щипцы динамически усиливаютъ сокращенія матки, помогаютъ этимъ усиліямъ развить большую изгоняющую силу, вслѣдствіе чего способствуютъ дальнѣйшему вставленію головки и что они, наконецъ, обусловливая поднятіе цереброспинальной жидкости къ спинному мозгу, уменьшаютъ величину головки, вполне подтверждается практикой.

Въ послѣднее время очень рекомендуютъ (*Ястребовъ, Федоровъ* и др.) прямые параллельные щипцы *Лазаревича*. Не имѣя опытности въ ихъ наложеніи я, однако, думаю, что этотъ инструментъ дѣйствительно очень пригоденъ для проведенія головки черезъ узкое мѣсто таза; а такъ какъ онъ, по причинѣ своей прямизны, можетъ быть накладуемъ даже и въ поперечномъ размѣрѣ головки, то въ иныхъ случаяхъ онъ имѣетъ преимущество передъ щипцами съ кривизной.

b. Perforatio et cranioclasia. Если пробными щипцами не удалось извлечь головку; если существовала неправильная установка головки (лобное, задн. въ лицевомъ положеніи) или уклоненіе въ механизмѣ родовъ при плоскомъ тазѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ являлось показаніе скорѣй кончить роды по поводу истощенія роженицы и прекращенія болей, или вслѣдствіе ясно выраженаго кольца сокращенія, или же, если являлась лшхорадка, совмѣстно съ зловонными отдѣленіями изъ половыхъ органовъ: то во всѣхъ подобныхъ случаяхъ производилась перфорация даже живого плода. Кромѣ того смерть ребенка во всѣхъ случаяхъ сѣуженія II степени также всегда служила показаніемъ къ этой операци; въ послѣднемъ случаѣ мы иногда дожидали большаго раскрытія зѣва.

На 65 случаевъ родовъ при плоскомъ тазѣ I степени суженія произведена 1 перфорация—мать жива.

На 6 обще-перевормбро-суженныхъ тазовъ пришлась одна перфорация — мать умерла отъ септического эндометрита и лимфангоита черезъ 17 дней послѣ родовъ. Операция въ этомъ случаѣ сдѣлана по причинѣ появленія end. sub. partu (38,9°) при баллотирующей головкѣ,—продолжалась 1½ часа: 2 раза введены перфораторы, 4 раза краниокласть, наконецъ тупымъ крючкомъ, заложенымъ въ ротъ ребенка, удалось извлечь головку. Это была единственная изъ приведенныхъ мною здѣсь перфораций, которая была произведена не мною.

На 26 плоскихъ тазовъ II степени въ приютѣ перфорация произведена 3 раза. Всѣ матери живы.

Для оцѣнки общихъ результатовъ перфораций произведенныхъ мною, имѣя въ виду незначительность материала въ приютѣ, я рассмотрю случаи, встрѣчавшіеся мнѣ въ поликлиникѣ.

На 29 оперативныхъ родовъ II степени суженія плоскаго таза сдѣлано 9 перфораций—всѣ матери живы.

На 4 родовъ обще-суженнаго таза—сдѣлано 4 перфорации. Матери тоже всѣ живы.

Итого, слѣдовательно, вмѣстѣ съ приютскими случаями составитъ 16 перфораций при суженіи таза II степени. Матери всѣ живы—процентъ смертности 0.

Касательно поврежденія мягкихъ частей матери, мы имѣли 3 раза надрывы шейки, 2 раза разрывы промежности; первые зарубцевались безъ зашиванія, а во вторыхъ промежности вышиты и оба раза срослись первымъ натяженіемъ. Послѣ родовъ лихорадили 7 родильницъ; 1 заболѣла эндометритомъ, но въ теченіи 1½ недѣли поправилась.

По отношенію къ дѣтямъ: перфорация 7 разъ произведена на живомъ плодѣ,—9 на мертвомъ.

Показаніемъ къ производству операціи были: 7 разъ невозможность извлечь ребенка пробными щипцами, при настоятельной необходимости кончить скорѣе роды, перфорировано 4 живыхъ; при неправильномъ вставленіи головки, т. е. въ заднемъ видѣ, лицеваго положенія, послѣ появленія выраженаго кольца сокращенія 2 раза,—оба на живомъ плодѣ; при неправильности механизма вставленія головки

въ плоскій тазъ—6 разъ, 1 разъ на живомъ плодѣ; при баллотировующей головкѣ, не установившейся во входѣ по прошествіи 8 часовъ, причемъ боли прекратились и большую стало лихорадить 1 разъ,—на мертвомъ плодѣ.

Посмотримъ теперь, какова заболѣваемость и смертность послѣ краниотоміи въ большихъ родильныхъ домахъ. Разумѣется я возьму для сравненія только тѣ числа, которыя получены въ антисептическое время, такъ какъ я, уже давно, въ своей диссертациі «Родильные приюты etc.», доказалъ неизмѣримую разницу въ исходахъ родовъ до антисептическаго времени въ большихъ родильныхъ домахъ, по сравненіи съ таковыми въ маленькихъ приютахъ и въ частной практикѣ. Я возьму позднѣйшіе отчеты *Leopold'a* и *Braun'a*, обнимающіе собою матеріалы, пачиная съ 1881 по 1887 годы.

У *Leopold'a* на 71 краниотомію получилось 7,6°% заболѣваній и 0°% смертности. У *Braun'a* на 51 краниотомію 8,6°% заболѣваній и 0°% смертности. *Braun* въ своемъ отчетѣ объясняетъ эту разницу въ заболѣваемости тѣмъ, что въ Вѣнской и Дрезденской клиникахъ не одинаково относились къ жизни плода и въ то время, когда въ Вѣнской клиникѣ перфорированъ живой плодъ только въ 12,5°% случаевъ, въ Дрезденской въ 47°%.

Сравнивая результаты, полученные *Leopold'омъ*, съ нашими, замѣчается значительное сходство: процентъ перфорациі на живомъ плодѣ у насъ также равенъ 43,7°% и у насъ также получили 0°% смертности.

Хотя упрекъ *Braun'a*, сдѣланный *Leopold'у*, ложится до нѣкоторой степени и на насъ, но тѣмъ не мѣнѣе я не могу признать себя неправымъ въ данномъ случаѣ, такъ какъ въ 4 краниотоміяхъ на живомъ плодѣ я не имѣлъ права послѣ пробныхъ щипцовъ дожидать смерти плода, не имѣющаго никакихъ шансовъ родиться живымъ, въ ущербъ матери; въ случаѣ захожденія стрѣловиднаго шва головки за лонное соединеніе при начавшемся уже эндометритѣ и въ 2-хъ случаяхъ задняго вида лицевого положенія при кольцѣ сокращенія, то же ожиданіе было бы безцѣльно и опасно. Рисковать произвести поворотъ въ послѣднихъ 3-хъ случаяхъ я не рѣшился, такъ какъ и до сихъ поръ не могу забыть того зловѣщаго треска, который мнѣ довелось слышать въ молодости, при фор-

сированномъ введеніи руки для производства запущеннаго поворота.

Сложивъ къ концѣ концовъ приведенныя выше числа мы получимъ общую сумму 137 перфорацийъ безъ смертельныхъ исходовъ для матери, т. е. процентъ смертности равный 0.

Что касается техники, то операція производилась обыкновенно перфораторомъ *Smellie*, иногда *Braun'a*. Роды кончались, по выполаскиваніи мозга, краниокластомъ безъ особеннаго затрудненія, кромѣ указаннаго выше случая.

Заканчивая отдѣлъ о краниотоміи, считаю не лишнимъ привести здѣсь краткую исторію родовъ женщины, долго находившейся подъ моими наблюденіями и имѣвшей суженіе таза, стоящее на границахъ III и IV степеней, т. е. С. D. которой равнялось 7 см.; она отмѣчена въ таблицѣ № 1, подъ № 5 1877 г.

Первые роды въ 1872 г. были вызваны преждевременно докторомъ *Гугенбергомъ* въ Повивальномъ институтѣ и, несмотря на то, что ребенокъ имѣлъ только 31 недѣлю утробной жизни, его пришлось перфорировать. Черезъ 2 года послѣ этого та же самая женщина явилась въ повивальный институтъ, во время завѣдыванія мною родильною комнатою, послѣ 3-хъ дней родовыхъ мукъ при родахъ доношеннаго плода. Зѣвъ былъ открытъ на 3 пальца, воды прошли неизвѣстно когда, головка баллотировала надъ входомъ; сердцебиеніе плода было отчетливо слышно. Я, съ дозволенія директора, покойнаго д-ра *В. Н. Этлингера*, порѣшилъ приступить къ кесарскому сѣченію; но пріѣхавшіе, пока занимались приготовленіемъ къ операціи, *Горвицъ* и *Гринсвальдъ* настояли на краниотоміи, съ чѣмъ подъ конецъ согласился и *Этлингеръ*; кесарское сѣченіе было отложено и приступили къ перфорации, которую и производили почти въ теченіи 2-хъ часовъ вчетверомъ. Головка перфорирована трепаномъ *Braun'a*; мозгъ выполосканъ изъ кружки *Эмарха*; затѣмъ 6 разъ накладывали краниокласть; кости верхушки черепа были всѣ обломаны, но головка не подавалась; въ концѣ концовъ наложили кефалотрибъ, при помощи котораго удалось провести ее черезъ узкость таза; но этимъ дѣло не кончилось, плечи представили также затрудненіе, такъ что пришлось острымъ крючкомъ сдѣлать эвентерацію ребенка и только тогда онъ былъ извлеченъ. Во время операціи оторванъ кусокъ передней губы. Ребенокъ былъ очень великъ. У больной развился эндометритъ, параметритъ, метрофлебитъ — но черезъ 2 мѣсяца она выписалась здоровой. Въ 1877 году, послѣ предложенія дожидаться срока и покончить роды кесарскимъ сѣченіемъ, на которое больная не согласилась, ей были произведены ранніе роды на 24 недѣлѣ,

прохождение головки ребенка въ 700 грм. представило также значительныя затрудненія. Послѣ этого я сдѣлалъ у этой женщины 4 выкидыша на 3-мъ мѣсяцѣ, такъ какъ она ни подѣ какимъ предлогомъ не соглашалась подвергнуться кесарскому сѣченію.

с) Преждевременные роды. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сѣуженія II степени были извѣстны уже во время беременности, я всегда приступалъ къ производству искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которыхъ мнѣ пришлось наблюдать 33 у 11 роженицъ. Краткія свѣдѣнія о нихъ изложены въ нижеслѣдующей таблицѣ.

ТАБЛИЦА № 2.

№ по порядку и времени родовъ.	Которые роды.	Течение прежних родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способомъ и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предлежаніе ребенка и теченіе родовъ.
1. 3 сентября 1874 г. (№ 95). В—ва.	2	Поворотъ и трудное извлеченіе мертвого ребенка.	Плоскій рахитич. D. tr. 31. Cr. 27,5. sp. 27. C. E. 17 C. D. 9,6.	35 недѣля. 13 сеансовъ индуктивн. тока и души — ничего—затѣмъ введенъ 1 бужъ, черезъ 6 часовъ родов. боли.	Черезъ 3 сутокъ.	1 затыл. положеніе. 32 ч. 40 м. II періодъ 1 ч. 35 м. Воды прошли за 2 часа до совершенія зѣва.
2. 16 июня 1874 г. I-жа К...	1	—	Плоскій рахитич. тазъ tr. 29,5—Cr. 26,5, sp. 21—C. e. 17,5 C. D. 9.	36 недѣля. 3 сеанса индуктивнаго тока. Электроды прикладывались снаружи по сторонамъ матки. Санний аппаратъ. Dubois Raymond.	Черезъ 3 сутокъ.	1 затыл. положеніе. Съ начала болей до разрыва пузыря 11 час. Черезъ 1/2 часа соверш. зѣвъ. Малый родничекъ высоко, но опустился сразу и ребенокъ родился въ 3 поугн.
3. 7 февраля 1877 г. I-жа К...	2	Преждевременные роды (№ 2).	Идем.	36 недѣля. Души въ 35°; 1 сеансъ гальвано-магнитной индукціи.	Черезъ 2 часа.	1 затыл. положеніе. Роды 9 часовъ. II періодъ—1 ч. 20 м. Воды прошли при 3-хъ кольцахъ зѣва; сначала ощущался большой родничекъ, стрѣлов. шовъ въ поперечн. разм.
4. 7 декабря 1877 г. С—ва. № 105.	2	Первые роды кончены перфорацией мертвого ребенка и краниокл. послѣ пробныхъ шпильцовъ.	Плоскій рахитич. тазъ; tr. 30, Cr. 27. sp. 26, C. E. 16,5. C. D. 9,2.	34 недѣля. Душа въ 36°; бужъ на 12 ч.; еще душа и еще бужъ на 12 часовъ.	Черезъ 2 сутокъ.	<i>Ягодицы.</i> 24 часа по прохожденіи воды, что произошло при совершенномъ зѣвѣ; 2 періодъ 30 м.
5. 31 марта 1877 г.	2	Первые роды кончены перфорацией мертвого ребенка. Endom. sub. p.	Плоскій общеслуженн. рахитическ. тазъ. tr. 29,5. Cr. 24 C. sp. 24 C. E. 17. C. D. 9,4.	34 недѣля. Души въ 36°; 2 бужа, черезъ 10 час. одинъ послѣ другого.	Черезъ 2 сутокъ.	<i>Ягодицы.</i> 14 часовъ по отхожденіи воды при совершен. зѣвѣ; періодъ прорѣзыванія 45 м.; голова застряла.

Операци.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М Ѣ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умерь.		
Самопроизвольн.	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2600 gr. 47 с. Окружность головки 35. Б. попер. д. 8. М. д. 7.	
idem.	idem.	1 дѣвочка.	—	—	2600 gr. 46 с. Б. п. 8,3. М. п. 7,2.	Токъ сначала слабый, потомъ сильнѣе, пока можно терпѣть; затѣмъ сразу ослабленъ; этотъ маневръ повторился по 5—6 разъ съ паузами въ 3—5 мин.
idem.	idem.	1 мальчикъ.	—	—	2600 gr. 45 с. Б. п. 8,4. М. п. 7.	
Извлечена головка по Lachar-Weit'y—8 мин.	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1	2200 gr. 43 с. Б. п. 8. М. п. 6,8. Окружность головки 32.	Ребенокъ въ асфиксѣ, но оживленъ; слабо кричалъ и умерь черезъ 5 часовъ по рожденіи.
Извлечена головка по Lachar-Weit'y—12 мин.	Здорова.	—	1 мальчикъ.	—	2200 gr. 44 с. Б. п. 8. М. п. 6,8. Окружность головки 32.	

№ по порядку и время родовъ.	Которые роды.	Течение прежних родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способом и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предложеніе ребенка и теченіе родовъ.
6. 17 января 1878 г. А. Т.—ва № 72.	2	Кончились щипцами; ребенокъ мертвый.	Общеравномерно суженн. тазъ; tr. 28,5, (Cr. 23. sp. 20. С. е. 17. С. D. 10.	На 36 недѣлѣ. Души въ 36°; 15 янв бужъ на 10 час.; 16-го бужъ на 10 ч.; къ вечеру боли.	Черезъ 2 сутокъ.	1 затылочное. 6 час. — I періодъ; I часъ 20 м.—II періодъ; воды прошли при соверш. зѣвѣ стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ таза.
7. 5 мая 1879 г.	3	1-е перфор.; 2-е partus praemat. arte pr.	См. выше № 5.	На 35 недѣлѣ. Душа въ 36°; съ 1 мая по 4 положено 4 бужа на 10 часовъ каждый.	Черезъ 4 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ—12 часъ II періодъ—1 часъ Воды прошли при пальцахъ, черезъ 10 мин. соверш. зѣвѣ стрѣловидн. шовъ въ поперечн.; большой родничекъ опущенъ.
8. 12 марта 1879 г. № 18 т. 1. В—ва.	4	1-е поворотъ; 2-е part. praemat. art. pr.; 3-и роды доношеннаго ребенка продолжались 2 сутокъ; ребенокъ умеръ; end. sub. part. perforat. и краниокл. мертв. ребен.	См. выше № 1.	На 36 недѣлѣ. Души и въ теченіи 3-хъ дней по бужу на 12 часовъ.	Черезъ 3 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 16 часовъ II періодъ 50 мин Воды излились за 4 часовъ до соверш. зѣва. Стрѣловидный шовъ въ поперечн. размѣрѣ; большой родничекъ опустился.
9. 15 марта 1879 г. С—ва.	3	1-е перфор.; 2-е part. praemat. art. pr.	См. выше № 4.	На 35 недѣлѣ. Души и 4 бужа ежедневно на 12 час.	Черезъ 4 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ—19 часъ II періодъ—40 мин Воды при соверш. зѣвѣ. Механизмъ плоск. таза.
10. 20 февраля 1880 г. Г-а К—я.	2	1-е конечны перфорацией мертвого плода. End. sub. part.	Плоскій рахитич. tr. 30. (Cr. 25. sp. 24. С. е. 17. С. D. 9,7.	На 35 недѣлѣ. Души и 2 бужа по 10 час. каждый день.	Черезъ 2 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 13 ч. 40 м. II періодъ 1 ч. 20 м. Воды прошли за полчаса до соверш. зѣва; стрѣловидный шовъ въ поперечн. размѣрѣ таза.

Операци.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умерь.		
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	3200 gr. 46 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,3. Окружность головки 33.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1	2450 gr. 44 с. Б. п. 8,2. М. п. 7. Окружность головки 32.	Ребенокъ кричалъ хорошо, бралъ грудь на 7 день, по отпадении пупка, явилась желтуха и умерь въ одинь сутки.
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2650 gr. 45 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,2. Окружность головки 33 с.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2400 gr. 45 с. Б. п. 8,3. М. п. 7. Окружность головки 32.	При введеніи 3-хъ бужей по передней стѣнкѣ показалась кровь. Бужь вынуть сейчасъ же. Положенъ ледь. Кровотеченіе незначительное; черезъ 5 час. кончилось. Черезъ 20 часовъ введенъ бужь по задней стѣнкѣ благополучно.
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2350 gr. 44 с. Б. п. 8. М. п. 7. Окружность головки 31,5.	

№ по порядку и время родовъ.	Которые роды.	Течение прежнихъ родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способомъ и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предложеніе периода и теченія родовъ.
11. 6 іюня 1880 г. Г. П—ъ.	4	1-е перф.; 2-е и 3-е partus praem. art. provocatus.	См. выше №№ 5 и 9.	На 35 недѣль. Въ теченіи 6 дней ежедневно бужь на 12 час. Въ промежутк. души.	Черезъ 6 сутокъ.	1 поперечное. I періодъ 14 час.
12. 10 сентяб-ря 1881 г. С—ва.	4	1-е перфор.; 2-е и 3-е part. praem. art. provocatus.	См. выше №№ 4 и 5.	На 35 недѣль. Въ теченіи 5 дней, 5 бужей на 12 часовъ кажд.; въ промежутк души въ 36°.	Черезъ 5 сутокъ.	1 поперечное. I періодъ 12 час.
13. 15 ноября 1881 г. В—ва. № 69. N° 1.	5	1-е повр.; 2-и 4-е part. praemat. art. pr. 3-и роды окончились перфорац. доношеннаго плода.	См. выше №№ 1 и 8.	На 35 недѣль. Въ теченіи 7 дней введено 7 бужей на 12 час.; въ промежут. души въ 36°.	Черезъ 7 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 12 час II періодъ 25 мин Воды прошли за часъ передъ совершеннымъ звѣвомъ Механизмъ плоскаго таза.
14. 5 августа 1881 г. Г. П—ъ.	5	1-е перфор.; 2-е, 3-и и 4-е part. pr. arte provocatus.	См. выше №№ 5, 7 и 11.	На 35 недѣль. Положенъ послѣ души бужь на 8 час.	Черезъ 20 часовъ.	1 затылочное. I періодъ 10 час II періодъ 40 мин Воды при совершенномъ звѣвѣ; стрѣловидн шовъ въ поперечн. головка сразу прошла узкость.
15. 16 сентяб-ря 1882 г. Г-а К—я.	3	1-е перфор.; 2-е part. pr. arte provoc.	См. выше № 10.	На 36 недѣль. Въ теченіи 4 сутокъ введено 4 бужа на 12 час. каждый; въ промежуткахъ душ.	Черезъ 4 сутокъ.	Поперечное. I періодъ 14 час.
16. 20 октяб-ря 188? г. А—въ.	4	1-е поворотъ и перфор. голов.; 2-е и 3-и перфорацией.	Плоскій рахитич. tr. 20, ср. 26, ср. 24, С. Е. 16, 5, С. D. 10.	На 36 недѣль. Въ теченіи 2-хъ дней 2 бужа; первый — 12 час., второй — часовъ.	Черезъ 38 часовъ.	1 затылочное. I періодъ 14 час II періодъ 1 часъ Воды прошли при совершенномъ звѣвѣ Механизмъ плоскаго таза; головка прошла сразу.

Операціи.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умерь.		
При зѣвѣ на 4 пальца <i>поворотъ</i> и извлеченіе головки по Lachap.-Veit'y; извлеченіе оного 15 минутъ.	Здорова.	—	1 дѣвочка.	—	2350 gr. 44,5 с. Б. п. 8,3. М. п. 7,2. Окружность головки 32,5.	Бужь обыкновенн. вкорѣ по введеніи вызвалъ сокращенія и боли, которыя скоро утихли; при слѣдующемъ опять и т. д. пока наконецъ не появились настоящія родовыя боли.
При зѣвѣ на 4 пальца поворотъ при стоячихъ водахъ. Извлечена головка по Lach.-Veit'y; потребовалось около 15 минутъ.	Здорова.	—	1 мальчикъ.	—	2500 gr. 46 с. Б. п. 8,3. М. п. 7. Окружность головки 32.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2650 gr. 45 с. Б. п. 8,2. М. п. 7. Окружность головки 32.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2350 gr. 44 с. Б. п. 8. М. п. 6,7. Окружность головки 32.	При введеніи бужей по задней стѣнкѣ замѣчено выдѣленіе воды въ незначительномъ количествѣ. Черезъ 2 часа начались сокращенія. Бужь вынуть черезъ 8 часовъ. Боли стали правильныя.
При соверш. зѣвѣ тотчасъ по прохожденіи воды. <i>Поворотъ</i> . Извлеченіе головки, по тому же способу, затнулось около 15 мин.	Здорова.	—	1 дѣвочка.	—	2550 gr. 45 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,2. Окружность головки 32,5.	
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2600 gr. 45 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,3. Окружность головки 33.	

№ по порядку и время родовъ.	Которые роды.	Течение прежних родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способом и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предлежаніе ребенка и теченіе родовъ.
17. 25 февраля 1883 г. Г-а П—ъ.	6	1-е перфор.; 2-е, 3-и, 4-е и 5-е partus praem. art. provocatus.	См. выше №№ 5, 7, 11 и 14.	На 35 недѣль. Въ теченіи 7 дней 8 бужей; въ послѣдній разъ 2 одновременно. Души въ промежуткѣ. Наконецъ разорванъ пузырь и введенъ кольперинтеръ.	Черезъ 8 сутокъ.	Ягодицы I періодъ 16 ч. II періодъ 1 часъ Пузырь лопнулъ въ 20 мин. при соверш. зѣвѣ.
18. 11 августа 1883 г. Екатер. М—ва. № 62. Т. № 1.	1	—	Общесъужен. плоскій рахитич. tr. 29, Cr. 23, sp. 22, С. е. 17, С. D. 10.	На 35 недѣль. 1 бужь, сокращ. постоянны, но по вынугіи черезъ 12 час. прекратилась; — душа; введенъ другой—черезъ 7 часовъ сокращенія въ полномъ ходу.	Черезъ 24 часа.	1 затылочное. I періодъ 8 ч. 30 м. II періодъ 35 мин. Воды прошли за 1 часа до соверш. зѣва. Механизмъ плоскаго таза.
19. 25 августа 1883 г. Г-а З—ъ.	1	—	Плоскій рахитич. tr. 30, Cr. 25, sp. 23, С. е. 17, С. D. 9,7.	На 36 недѣль. Души и 1 бужь.	Черезъ 12 часовъ.	1 затылочное. I періодъ 8 часовъ II періодъ 40 мин. Воды прошли при совершенномъ зѣвѣ механизмъ плоскаго таза.
20. 17 ноября 1873 г. С—ва.	5	1-е перфор.; 2-е, 3-и и 4-е part. praem. art. provocatus.	См. выше №№ 4, 9 и 12.	На 36 недѣль. Въ перемежку съ душами введено 8 бужей первый на 12 час. послѣдній въ присутствіи другаго; на 9 д. порваны оболочки и положенъ кольперинтеръ.	Черезъ 8 сутокъ; послѣ разрыва оболочки черезъ 16 часовъ.	1 затылочное. I періодъ 12 часъ II періодъ 45 мин. головка черезъ узкую кость прошла съ стрѣловидн. швомъ въ поперечн. размѣрѣ таза.
21. 25 марта 1884 г. Г-а С—а.	1	—	Общесъужен. плоскій рахитич. tr. 29, Cr. 24, sp. 23, С. е. 17, С. D. 9,4.	На 35 недѣль. Душа; 1 бужь на 12 часовъ; душъ,—2-й бужь при началѣ правильныхъ болей вынута.	Черезъ 2 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 13 ч. II періодъ 1 ч. 15 м. Воды излились при соверш. зѣвѣ; механизмъ плоск. таза

Операции.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умеръ.		
Извлечена послѣдующая головка; оп. затянута на 12 или около того мин.	Здорова.	—	1 дѣвочка.	—	2400 gr. 45 с. Б. п. 8. М. п. 6,8. Окружность головки 32.	Ребенокъ родился въ глубокой асфиксiи, сдѣлалъ попытку къ дыханiю, но не оживленъ. Послѣ разрыва пузыря прошли 14 часовъ до начала болей.
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2400 gr. 46 с. Б. п. 8. М. п. 7. Окружность головки 32.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2600 gr. 46 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,2. Окружность головки 32,5.	
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2400 gr. 45 с. Б. п. 8,5. М. п. 7. Окружность головки 32.	Какъ и въ другихъ случаяхъ при введенiи новаго буза появлялись лишь сокращенiя и боли, а потомъ прекращались.
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2400 gr. 45 с. Б. п. 8. М. п. 6,8. Окружность головки 32.	

№ по порядку и время родовъ.	Которые роды.	Теченіе прежнихъ родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способомъ и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предлежаніе ребенка и теченіе родовъ.
22. 14 мая 1884 г. А—ва. № 43/ж.	5	См. выше	№ 16.	Въ концѣ 35 недѣли. Послѣ души ежедневно на 12 ч. вкладывался бужъ—4 дня сряду; на 5 день порваны оболочки и введенъ кольперинтеръ.	Черезъ 5 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 20 ч. 2 мин. II періодъ 30 мин.; стрѣлов. шовъ въ поперечномъ діаметрѣ; головка прошла черезъ узкую сразу.
23. 12 октября 1884 г. Г-а К.—я.	4	См. выше №	№ 10 и 15.	На 35 недѣлѣ. Введено 7 бужей; по второму показалась кровь—день отдыха.	Черезъ 8 сутокъ.	1 затылочное. I періодъ 15 ч. II періодъ 50 мин. Воды прошли при соверш. зѣвѣ; стрѣловидный шовъ и перечн.
24. 14 мая 1885 г. С—ва.	6	См. выше №	№ 4, 9, 12 и 20.	Въ концѣ 35 недѣлѣ. Души. Бужъ, при введеніи показалось нѣсколько капель воды Бужъ оставленъ на 6 час.; воды исходили по немногу; сокращен. матки.	Черезъ 14 часовъ.	Черепное. I періодъ 12 ч. II періодъ 1 час. Оболочка ошущалась надъ головою но пузырь не надувался. Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ; головка черезъ узкую сразу.
25. 11 марта 1886 г. Г-я К.—я.	5	См. выше №	№ 10, 15 и 23.	На 34 недѣлѣ. Души. Бужъ. При введеніи немного воды сокращен. черезъ 9 час. бужъ вынуть, сокращеніе продолжалось.	Черезъ 10 часовъ.	Черепное. I періодъ 14 ч. II періодъ 1 ч. 15 мин. Пузырь не надувался—порванъ при соверш. зѣвѣ; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ діаметрѣ.
26. 16 марта 1886 г.	2	Первые роды	см. № 21.	На 35 недѣлѣ. Въ перемежку съ душами введено 4 бужа. При введеніи 2-го показал. кровь.	Черезъ 5 сутокъ.	Черепное. I періодъ 22 ч. II періодъ 50 мин. Воды прошли за 2 мин до соверш. зѣва. Стрѣловидный шовъ по поперечному діаметру таза.

Операціи.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умерь.		
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2400 gr. 43,5 с. Б. п. 8. М. п. 6. Окружность головки 39,5.	
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2500 gr. 46 с. Б. п. 8,4. М. п. 7,3. Окружность головки 32.	При введеніи 2 бужа показала кровь, бужь тотчасъ же вынуть; душъ въ 33°. Кровь шла не сильно; остановилась къ вечеру. На другой день бужь по передней стѣнкѣ.
—	Здорова.	1 дѣвочка.	—	—	2650 gr. 46 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,2. Окружность головки 32.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2500 gr. 46 с. Б. п. 8,5. М. п. 7,2. Окружность головки 32.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2350 gr. 45 с. Б. п. 8. М. п. 7. Окружность головки 32.	При введеніи 2 бужа показала кровь (по задней стѣнкѣ); вынуть; крови много; черезъ 3 часа остановилась. На другой день бужь по передней стѣнкѣ.

№ по порядку и время родов.	Которые роды.	Течение прежних родов.	Свойство и величина таза.	Какимъ способом и въ какое время произведены роды	Начало болей.	Предлежаніе ребенка и теченіе родовъ.
27. 10 марта 1887 г.	3	См. выше №	№ 21 и 26.	На 35 недѣль. Въ перемѣжку съ душами введено 3 бужа на 12 час. первые 2; при введении 3-го показались каплями вода и скоро сокращен.; оставленъ на 6 час.; сокращеніе сильное; зѣвъ на 2 пальца; оболоч. надъ головой.	Черезъ 50 часовъ.	Черепное. I періодъ 15 час. II періодъ 1 час. Пузырь лопнулъ при соверш. зѣвъ. Стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза. Большой родничекъ спускался; головка прошла сразу черезъ узкое мѣсто.
28. 15 апрѣля 1887 г. Г-а С—а.	7	Смотри выше 12, 20	и № 4, 9, 24.	Въ концѣ 36 недѣли. Въ теченіи 8 дней введено 9 бужей— послѣдній введенъ во время нахождения предъдущаго; порваны оболочки и — кольперинтеръ. Черезъ 12 час. начались настоящ. боли.	Черезъ 9 сутокъ.	Черепное. (1 затыл.). I періодъ 16 час. II періодъ 1 ч. 20 м. Стрѣловидный шовъ поперечн. размѣръ таза.
29. 18 іюня 1888 г. Г-а К—я.	6	См. выше № 23 и	№ 10, 15, 25.	На 36 недѣль. 5 бужей безъ эффекта. Порваны оболочки и положенъ кольперинтеръ. Черезъ 20 час. правильное сокращеніе матки.	Около 6 сутокъ.	Черепное. (1 затыл.). I періодъ 24 часа II періодъ 1 часъ. механизмъ плоск. таза.
30. 3 марта 1890 г. Г-а Л—а.	2	1-е кончены пробн. щипцами съ перфорацией мертв. плода.	Общій равномерный суженный тазъ. tr. 28, Cr. 25, sp. 22, C. e. 17, C. D. 10.	На 34 недѣль въ концѣ. Введено 2 бужа на 12 часовъ. Въ концу пребыванія 2-го— появились правильныя боли.	Черезъ 24 часа.	Черепное. (1 затыл.). I періодъ 20 час. II періодъ 1 ч. 50 м. Воды прошли при совершенномъ зѣвъ. Малый родничекъ опустился глубоко и голова медленно проходила черезъ тазъ.

Операци.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина на плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умеръ.		
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1 прина- ступленіи 2 дневи судор.	2400 gr. 45 с. Б. п. 8,2. М. п. 7. Окружность головки 32.	Въ этомъ случаѣ скоро за внутреннимъ разрывомъ оболочекъ начались роды.
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2450 gr. 46 с. Б. п. 8,3. М. п. 7,2. Окружность головки 33.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2500 gr. 46,5 с. Б. п. 8,1. М. п. 7,2. Окружность головки 32,5.	
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1	2200 gr. 44 с. Б. п. 7,8. М. п. 6,8. Окружность головки 31.	Черезъ 48 часовъ по рожденіи ребенка — судорога, въ которыхъ онъ и умеръ черезъ 3—4 часа. Вдавленный на черепъ не найдено.

№ по порядку и время родовъ.	Которые роды.	Течение прежнихъ родовъ.	Свойство и величина таза.	Какимъ способом и въ какое время произведены роды.	Начало болей.	Предлежаніе ребенка и теченіе родовъ.
31. 18 февраля 1891 г. Г-а К—я.	7	См. выше № 23, 25	№ 10, 15, и 29.	На 37 недѣлѣ въ концѣ.—Послѣ души введенъ бужъ, причѣмъ показались отдѣленія воды, нѣсколько капель. Бужъ остался на 10 час.; началась сокращенія матки.	Черезъ 10 часовъ.	<i>Двойни.</i> Черепомъ оба. I періодъ 24 часа II періодъ (при со верш. зѣвѣ лопнул пузырь) 1 ч. 20 м Черезъ 2 часа лопнулъ пузырь у другого, родился въ теченіи 20 мин.; механизмъ плоск. таза у обоихъ; голова быстро проходила мѣсто суженія.
32. 29 марта 1891 г. Г-а С—а.	4	См. выше № 27	№ 21, 26 и 27.	На 35 недѣлѣ. Потребовалось 8 бужей. Послѣдній введенъ вмѣстѣ съ другимъ оставшимся.	Черезъ 8 сутокъ.	Ягодицы и ножки I періодъ 12 час II періодъ 1 часъ
33. 15 января 1892 г. Г-а С—а.	8	См. выше № 20, 24	№ 4, 9, 12, и 28.	Въ концѣ 36 недѣли. Введено 8 бужей; послѣдній разъ 2 вмѣстѣ. Въ промежуткахъ души въ 38°; порваны оболочки и кольперинтеръ. Черезъ 16 часовъ явились настоящія боли.	Черезъ 9 сутокъ.	Черепное. (1 затыл.). I періодъ 20 час II періодъ 1 часъ Черезъ узкость таза ребенокъ проходилъ около $\frac{3}{4}$ часа и проскочилъ разомъ; сперва опустился больш. родничекъ; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, обращенный къ крестцовой впадинѣ.

Операцин.	Исходъ для матери.	Исходъ для плода.			Вѣсъ и величина плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умеръ.		
—	Здорова.	2 мальчика.	—	—	2550 gr. 46,5 с. 2150 gr. 45 с. Б. п. 8,3,—8. М. п. 7,2,—7. Окружность головы 33,—32.	
Извлечена голова; потребовалось 12 мин.	Здорова.	—	1 мальчикъ.	—	2350 gr. 46,5 с. Б. п. 8,8. М. п. 7,3. Окружность головы 33.	Ребенокъ рожденъ въ глубокой асфикции, но не оживленъ.
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2860 gr. 46 с. Б. п. 8,6. М. п. 7,2. Окружность головы 33.	

Такъ какъ роды, производившіеся разновременнo у одной и той же женщины, могутъ считаться совершенно отдѣльными актами, то мнѣ кажется вполнѣ законнымъ принимать каждыя роды за таковыя, бывшіе у разныхъ роженицъ. При подобномъ воззрѣніи мы получимъ слѣдующія общія цифры.

Изъ 33 роженицъ всѣ остались живы, слѣдовательно смертность 0%. На 34 плода (одни двойни) родилось живыхъ 28—смертность 17,6%

Осталось въ живыхъ по истеченіи 2 недѣль — 24 — смертность 30,3%.

Такъ какъ всѣ дѣти, рожденные на 34 недѣлѣ, умерли, то, считая на этомъ основаніи мало показуемымъ производство операции въ этомъ срокѣ, я позволяю себѣ исключить изъ счета 3-е родовъ, вызванныхъ на 34 недѣлѣ, получится на 31 плодъ 7 смертныхъ случаевъ, т. е. 22,2% смертности.

Возьмемъ для сравненія Дрезденскую клинику; тамъ произведено преждевременныхъ родовъ, начиная отъ 35 недѣль до 37, въ теченіи времени отъ 1883 по 1887 г. включительно, 25 съ 4 смертельными исходами для дѣтей—смертность 16% (*Leopold*).

Въ Вѣнской клиникѣ получились слѣдующія данныя для преждевременныхъ родовъ того же срока и того же періода времени — на 18 родовъ — 3 случая смерти ребенка, т. е. смертность 16,6%.

Соединивъ всѣ эти данныя вмѣстѣ, получимъ 74 родовъ съ 14 смертельными исходами для дѣтей, т. е. 18,9% смертности, при 0% смертности матерей.

Предлежаніе плодовъ у насъ было слѣдующее:

	Черепомъ.	Ягодицъ.	Поперечное.
При обще-сѣуженномъ тазѣ.	8	3	1
» плоскоомъ тазѣ . . .	19	1	2
Итого.	27	4	3

При родахъ черепомъ на 27 родовъ остались въ живыхъ 24 плода—слѣдовательно смертность равна 11,1%.

При предлежаніи ягодицъ изъ 4 родилось мертвыми 2, умерли вскорѣ послѣ родовъ — 2, итого 100% смертности.

При 3 поперечных положеніяхъ родилось 3 мертвыхъ плода, слѣдовательно смертность тоже 100%.

При обще-сбуженныхъ тазахъ получилось 6 умершихъ дѣтей; при плоскихъ—4.

По времени рожденія предлежанія распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

		Черешное.	Ягодичное.	Поперечное.
На 34 недѣлѣ	3 род.	1	2	0
» 35 »	14 »	11	1	2
» 36 »	15 »	13	1	1
» 37 »	1 »	2	0	0
Итого.		27	4	3

Смертность по времени распредѣлилась:

На 34 недѣлѣ	3 родовъ—	умерло дѣтей	3
» 35 »	14 »	»	5
» 36 »	15 »	»	2
» 37 »	2 »	»	0
Итого. . 34		»	10

Рождены 22 мальчика и 12 дѣвочекъ; осталось въ живыхъ 15 мальчиковъ и 9 дѣвочекъ.

Размѣръ и вѣсъ рожденныхъ дѣтей колебался не въ строго опредѣленныхъ, по отношенію къ возрасту, цифрахъ:

На 34 нед.	вѣсъ отъ 2000 до 2200	длина отъ 42 до 44 с.
» 35 »	» » 2200 » 2650	» » 45 » 47 »
» 36 »	» » 2350 » 3200	» » 45 » 47 »
» 37 »	» » 2450 » 2550	» » 45 » 46 »

Величина головки даже и на 37 недѣлѣ меньше таковой же доношеннаго плода. Поперечный діаметръ въ среднемъ равнялся 8 с.; малый же поперечный—6 с.

Изъ 4 плодовъ, имѣвшихъ вѣсъ не болѣе 2200 и длину менѣе 44 см., всѣ умерли.

Первородящихъ, которымъ произведены были преждевременные роды, было 4; всѣ дѣти предлежали головкою и остались жить.

Общее число родовъ, производившихся на одной и той же женщинѣ выражается слѣдующими числами:

Роды произведены	1 раз у 4 рож.	1 плоскій и 3 обще-сѣуж. таза
»	» 2 » » 2 »	2 плоскій рахитич. тазы
»	» 3 » » 1 »	плоскій рахитич.
»	» 4 » » 1 »	обще-сѣуженный рахит. тазъ; 1 разъ ягодичн. полож.
»	» 5 » » 1 »	обще-сѣуж. рахит. тазъ; 2 раза ягодичн.; 1 разъ поперечн. полож.
»	» 6 » » 1 »	плоскій рахитич. тазъ; 1 разъ поперечн. полож.
»	» 7 » » 1 »	плоскій рахитич. тазъ; 1 разъ ягодичн., 1 разъ поперечн. полож.
<hr/>		
Итого.	33 род.	11 роженецъ.

У 4-хъ женщинъ первые срочные роды покончены перфорацией; у одной высокими щипцами съ извлеченіемъ мертвого ребенка (обще-сѣуженный тазъ). У одной поворотомъ съ извлеченіемъ мертвого ребенка; эта же самая женщина, родившая послѣ 2-й беременности при помощи операціи искусственныхъ, преждевременныхъ родовъ живого ребенка, при 3-хъ родахъ ошиблась въ счетѣ и доносила;—роды пришлось кончить опять краниотоміей. Одна съ плоскимъ тазомъ, прежде нежели додумалась до предложенныхъ ей, послѣ первыхъ срочныхъ родовъ, окончившихся поворотомъ съ перфорацией послѣдующей головки, искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, доносила еще 2 раза; роды оба раза кончены краниотоміей. 4 и 5 роды были вызваны преждевременно и она родила двухъ, оставшихся жить, ребятъ.

Преждевременные роды производились, начиная съ 34 до 37 недѣли беременности включительно. Вызываніе родовъ ранѣе 34 недѣль утробной жизни, я считалъ не соответствующимъ цѣли, такъ какъ дѣти, рожденныя въ этомъ срокѣ, рѣдко остаются жить и при томъ только при самомъ тщательномъ уходѣ за ними. Впослѣдствіи я убѣдился, что и 34 недѣли слишкомъ ранній срокъ, такъ какъ 3 родовъ, вызванныхъ мною въ это время, всѣ окончились смертью ребенка. Повѣряя справедливость этого убѣжденія посторонними наблюденіями, я укажу на выше приведенную статистику *Braun*'а, гдѣ на 29 случаевъ родовъ, вызванныхъ ранѣе 34 недѣли, 15 либо родились мертвыми, либо умерли, вскорѣ по рожденіи; на 6 родовъ на 34 недѣль 3 дѣтей родились мертвыми; слѣдовательно смертность равнялась 51,4%; между

тѣмъ какъ на 18 родовъ на 35, 36 и 37 недѣляхъ мертвыхъ дѣтей было только 3, слѣдовательно смертность равнялась 16,6%.

Операцию искусственныхъ преждевременныхъ родовъ послѣ 37 недѣли беременности я тоже считалъ не показуемой, такъ какъ разница въ плотности черепа доношеннаго ребенка по отношенію къ таковымъ же 38 и 39 недѣльнаго неособенно значительна, а выжиданіе одной или полуторы недѣли въ позднѣйшихъ срокахъ беременности не много усилить шансы на большую жизнеспособность плода. За доказательствами обращаюсь къ статистикѣ *Leopold'a*, у котораго на 11 родовъ послѣ 37 недѣль получилось 7 мертвыхъ дѣтей (т. е. 63% смертности), въ числѣ которыхъ 2 были перфорированы и одинъ извлеченъ щипцами, между тѣмъ какъ на 25 родовъ между 35 и 37 недѣлями включительно, мертвыхъ дѣтей было всего только 4, т. е. смертность равнялась 16%.

У много-рожавшихъ, замѣтивъ медленность вызыванія родовъ излюбленнымъ мною способомъ, я приступалъ къ операциі ранѣе.

Что касается до техники производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, то было испробовано нѣсколько способовъ. У одной женщины 2 раза роды были вызваны индуктивнымъ токомъ, который дѣйствовалъ на эту женщину замѣчательно скоро и вѣрно; на другихъ же индукція уже не производила подобнаго дѣйствія. Души сами по себѣ вызывали роды только послѣ очень продолжительнаго времени ихъ употребленія.

Чаще всѣхъ я пользовался способомъ *Krause* въ перемежку съ душами; употребляя часто бужи, я замѣтилъ, что у первородящихъ роды вызываются скоро, одинъ — много два бужа уже достаточны, чтобы привести къ желаемому результату; но у многорожавшихъ, въ особенности при повторномъ производствѣ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, иногда вводилось до 8 бузей послѣдовательно одинъ за другимъ, подъ конецъ даже по 2 вмѣстѣ и, въ концѣ концовъ, приходилось разрывать оболочки и вставлять кольпейринтеръ. Этотъ послѣдній приемъ вызываетъ роды навѣрняка, но далеко не такъ скоро, какъ это мы привыкли читать въ учебникахъ; иногда со времени разрыва оболочекъ до начала родовъ протекали

сутки. Не рѣдко при введеніи бужа приходилось нечаянно порвать оболочки въ вышинѣ, что характеризовалось незначительнымъ отдѣленіемъ водъ, — въ такихъ случаяхъ роды наступали тоже навѣрняка, но также по истеченіи сутокъ, или около того. Разрывъ оболочекъ нечаянный, или, даже намѣренный ни разу не вызвалъ неблагоприятныхъ явленій по отношенію къ матери и ребенку. Обращая вниманіе на совершенную безопасность разрыва оболочекъ, въ особенности глубокаго, я, хотя по привычкѣ и начиналъ всегда операцію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ способомъ *Krause*, думаю, что лучшимъ въ этомъ отношеніи способомъ будетъ, очень рекомендуемый *Braun*'омъ, высокій разрывъ плодныхъ оболочекъ.

Припоминая, что нашъ сочленъ *И. Ф. Баландинъ* принималъ за причину неудовлетворительнаго дѣйствія бужей антисептичность ихъ введенія, я долженъ сказать, что на основаніи собственныхъ наблюденій, не могу съ этимъ согласиться. Значительное большинство цитированныхъ мною случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, производилось еще въ до-антисептическія времена. Между тѣмъ мое замѣчаніе и тогда оставалось въ полной силѣ; возьмемъ для примѣра № 17 и увидимъ, что при производствѣ 6-хъ родовъ введено 8 бужей и въ заключеніе порваны оболочки; въ параллель къ этому возьмемъ также № 30, гдѣ, при первыхъ преждевременныхъ родахъ, соблюдены всѣ правила настоящей антисептики, а тѣмъ не менѣе на второмъ бужѣ уже начались роды.

При введеніи бужа иногда случалось попадать на мѣсто прикрѣпленій послѣда, причемъ сейчасъ же показывалась кровь. Въ такихъ случаяхъ бужъ вынимался, дѣлался горячій душъ, и больная оставлялась въ покоѣ. Кровотеченіе никогда не было сильно и продолжалось нѣсколько часовъ. На другіе сутки, по прекращеніи кровотеченія, бужъ вновь вводился по противоположной стѣнкѣ матки, и манипуляціи продолжались обыкновеннымъ порядкомъ. Никакихъ неблагоприятныхъ послѣдствій въ подобныхъ случаяхъ не встрѣчалось.

Выше мы указали, что результатъ примѣненія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ отъ 35 до 37 не-

дѣли включительно, выражается въ слѣдующихъ цифрахъ: 0% смертности для матерей и 18,4% для дѣтей.

Сгруппируемъ теперь результаты выжидательнаго метода по нашимъ даннымъ и присоединимъ къ этому данныя Вѣнской клиники, опубликованныя Braun'омъ и составленныя по такой же программѣ, какъ и наши. У насъ для тазовъ II степени, выключивъ искусственныя преждевременныя роды и поворотъ, получилось на 22 родовъ:

		смертн. мат.	смертн. дѣт.
Щипцы	7 (пл. т. 5, обще-суж. 2)	31,8%	0 1
Перфорациа	3 (пл. таз. 3)	13,6 >	0 3
Самопроизв. роды	12 (пл. таз. 11 обще-суж. 1)	54,5 >	0 0
	22 (пл. т. 19; обще-суж. —3).		0 4—18,6%

У Braun'a на 228 родовъ II ст. суженія, исключая повороты и преждевременныя роды:

Щипцы	64 (пл. т. 36, общ.с. 28)	28%	1	8 (7 пл. и 1 обще-суж.)
Перфорациа	52 (пл. т. 20, общ.с. 32)	22,8%	1 *	52
Самопр. род.	112 (пл. т. 68, общ.с. 44)	49%	0	2 пл. т.
	228 (пл. т. 124; обще-суж.—104).		1+4 *	62—27,2% "

Разсматривая приведенныя цифры, мы видимъ, что разновидность тазовъ не составляла повода къ значительно выраженной разницѣ примѣненія того или другаго оперативнаго приѣма, а равно къ разницѣ въ исходахъ.

Въ общемъ для плоскихъ и обще-суженныхъ тазовъ II ст. сужен. получились слѣдующіе выводы: самопроизвольныхъ родовъ 50,5%; щипцовъ—28,5%; перфорациа 22,3%. Общая смертность матерей равнялась 0,4%, общая смертность дѣтей 26,4%.

Припомнимъ все вышесказанное объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ и сравнимъ 0% смертности матерей съ 0,4% и 18,9% смертности дѣтей съ 26,4%, мы по неволѣ придемъ къ такому заключенію: *искусственныя преждевременныя роды при II степени суженія, какъ плоскихъ, такъ и обще-суженныхъ тазовъ, показываются всегда, какъ только это суженіе стало известнымъ въ теченіи беременности; эти показанія одинаково примѣ-*

* Звѣздочка у Braun'a означаетъ инфекцію до операціи, почему случаи означенныя звѣздочкою исключаютъ изъ счета.

тмы какъ для первородящихъ, такъ и для много родившихъ, но въ предълахъ С. Д. 9 ст., такъ какъ при болшей степени суженія головка 35 недельнаго плода будетъ почти на столько же не соразмѣрна съ тазомъ, на сколько головка доношеннаго по отношенію къ тазу II степени суженія. Преждевременные роды должны производиться не ранее 35 недель и не позже конца 37-й утробной жизни плода. Самый лучший способъ для вызыва преждевременныхъ родовъ есть высокій проколъ оболочекъ.

В. Поворотъ на ножки при предлежаніи черепа.

Уже издавна признано за правило считать самымъ благоприятнымъ условіемъ для производства поворота цѣлость пузыря или недавнее излітіе воды; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воды прошли уже давно, поворотъ называли всегда запущеннымъ, и выполненіе этой операціи считалось мало что затруднительнымъ, но нерѣдко сопровождающимся болѣе или менѣе значительными поврежденіями матки и притомъ такими, возможность которыхъ мы даже не въ состояніи предвидѣть. Слѣдовательно идеальный поворотъ при суженіи таза II степени долженъ быть профилактическимъ, т. е. производимымъ въ то время, когда мы еще не имѣемъ никакого представленія о возможномъ исходѣ родовъ, проводимыхъ по выжидательному методу. Если же мы предоставимъ дѣло нормальному теченію и станемъ думать о поворотѣ тогда только, когда наступаетъ показаніе для щипцовъ и краніотоміи, т. е. вздумаемъ приступить къ повороту по проишествіи цѣлыхъ часовъ послѣ прохожденія воды, то мы паталживаемся не рѣдко на запущенный поворотъ, со всеми его неприглядными послѣдствіями.

Посмотримъ теперь, на сколько будетъ рационально примѣненіе поворота какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаяхъ. Существеннымъ противопоказаніемъ къ профилактическому повороту является уже то обстоятельство, что при выжидательномъ способѣ роды въ 50% оканчиваются силами природы, слѣдовательно, производя поворотъ, мы половина на половину будемъ обращаться къ операціи безъ надобности. Но это было бы еще съ поль

горя, если бы эта операція была совершенно безразлична какъ для матери, такъ и для плода, — къ сожалѣнію, какъ увидимъ ниже, это далеко не такъ.

Соглашаясь съ мотивами *Simpson'a* и *Schroeder'a*, что извлеченіе послѣдующей головки производитъ меньше поврежденій мягкихъ частей роженицы, что головка при этомъ легче извлекается и, слѣдовательно, роды скорѣе кончаются, допуская къ тому же, что поворотъ, при стоячихъ водахъ, или вскорѣ по ихъ излитіи, совершенно безразличенъ для матери, теоретически можно прийти къ логическому выводу, что профилактическій поворотъ благопріятенъ для матери. По отношенію же къ дѣтямъ это даже теоретически является уже большимъ вопросомъ. Трудно допустить, чтобы извлеченіе послѣдующей головки было бы равнозначуще, а тѣмъ болѣе благопріятно для ребенка (*Scharlau*), по сравненію съ прохожденіемъ предлежащей головки. Мы часто видимъ, что конфигурація предлежащей головки совершается часами и, хотя головка при этомъ подвергается значительному сжатію, выражающемуся сильнымъ давленіемъ на черепъ, ребенокъ все же рождается живымъ и остается жить; вмѣстѣ съ тѣмъ намъ очень хорошо извѣстно, что извлеченіе послѣдующей головки должно быть кончено очень быстро и, если оно затянется, хотя бы на 10 минутъ (*Breisky*), то ребенокъ рождается мертвымъ. При сьуженіи таза II степени требуется достаточно времени, чтобы установить надлежащимъ образомъ головку, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ при потягиваніи за нижній конецъ плода, она вставляется или въ косомъ діаметрѣ, или съ закинутымъ кверху подбородкомъ; затѣмъ требуется достаточно времени для того, чтобы провести головку чрезъ сьуженное мѣсто. Сдѣлать все это меньше, чѣмъ въ 10 минутъ рѣдко удается. Въ виду сказаннаго, уже а priori можно утверждать, что преимущество прохожденія клина чрезъ не растяжимое кольцо узкаго таза, острымъ концомъ книзу, не на столько велико по отношенію клина, идущаго тупымъ концомъ, чтобы уравновѣсить возможность продолженія жизни плода въ теченіи 15—20 часовъ, съ таковою же, обнимающею промежуткомъ времени менѣе 10 минутъ. Къ этому нужно еще прибавить, что давленіе на головку снизу вверхъ обусловливаетъ поднятіе це-

реброспинальной жидкости въ голову, что увеличиваетъ давленіе на мозгъ. Наконецъ, хотя и говорятъ, что въ случаѣ невозможности извлечь послѣдующую головку, ее можно также перфорировать, но это *также* далеко не одно и то же; перфорация послѣдующей головки, стоящей во входѣ въ тазъ всегда болѣе опасна для матери, чѣмъ перфорация подлежащей.

Въ подтвержденіе указанныхъ разсужденій и для дальнѣйшихъ соображеній приведемъ собранныя нами наблюденія, а равно статистическія данныя изъ другихъ родо-вспомогательныхъ заведеній.

При тазахъ I степ. сужен. мы имѣли:

		смертн. матерей.	смерт. дѣтей.
Поворотъ при поперечн. полож.	3	0	1
Извлеченіе при ягодницахъ . . .	3	0	1
При II степени суженія:			
Профилактич. поворотовъ	2	0	2
Поворотъ при попер. полож. . . .	3	0	3
При преждевременныхъ родахъ:			
Повор. при поперечн. полож. . . .	3	0	3
Извлеченій.	4	0	4 ¹⁾
Итого.	18	0	14

Я привожу здѣсь извлеченія именно потому, что на смертность ребенка при поворотѣ главнымъ образомъ влияетъ извлеченіе послѣдующей головки.

Въ общемъ сдѣлано 18 извлеченій и получилось 77,7% смертности дѣтей. А по отношенію къ извлеченію при II степени суженія смертность равна 100%.

Такой ужасающій процентъ смертности я не могу полностью отнести къ неумѣлому примѣненію *Lachapelle Veit* овскаго способа извлеченія, такъ какъ на 6 извлеченій при I степени суженія получилось только 2 мертвыхъ плода, т. е. 33% смертности и, такъ какъ, въ бытность свою въ Повивальномъ Институтѣ, я тоже не видалъ ни одного спасеннаго ребенка послѣ поворотовъ при III степени суженія таза, хотя пособіе подавалось опытными операторами.

¹⁾ Двое родились живыми, но умерли вскорѣ.

Наша смертность дѣтей дѣйствительно ужасна, но возьмемъ другихъ—тоже утѣшительнаго мало.

У *Nagel'*я (Arch. f. Gynaek. т. XXXIII Die Wendung bei eng Becken.), рекомендующаго поворотъ par excellence, на 49 родовъ при тазѣ II ст. сѣуженія (въ нашемъ смыслѣ) получило 16 мертвыхъ дѣтей. т. е. 32,8% смертности. Смертность матерей равна 0%, въ большинствѣ были профилактическіе повороты. У *Braun'*а¹⁾ на 70 родовъ при II степ. сѣужен. умерло при извлеченіи 32 плода т. е. 45,7% смертности; да кромѣ того умерла одна мать отъ поврежденій, вызванныхъ поворотомъ, чрезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ и—двѣ отъ септицеміи послѣ перфорациі головки. У *Leopold'*а — на 83 родовъ первыхъ 2-хъ степеней сѣуженія умерло 34 плода, т. е. 40,9%, оставшіеся въ живыхъ почти на половину имѣли разные переломы, да плюсъ еще умерло 2 матери чрезъ нѣсколько часовъ по окончаніи родовъ отъ причинъ, которыя ничѣмъ инымъ нельзя объяснить, какъ влияніемъ насилія при операциі. Слѣдовательно, общій процентъ смертности при поворотѣ—для матери 2,3% (5 : 214), а для дѣтей—43,9 (97 : 214).

Имѣя теперь подъ руками числа, мы можемъ опредѣлить значеніе профилактическаго поворота по отношенію къ выжидательному методу и значеніе поворота, какъ операциі, замѣняющей собою щипцы и перфорацию. Намъ уже извѣстно, что при выжидательномъ методѣ получилась смертность 0,4% для матерей и 26,4% для дѣтей. При поворотѣ же—у самаго новаго поклонника этой операциі *Nagel'*я смертность 32,8% для дѣтей (а общая = 43,9%), для матерей 2,3%. Слѣдовательно всѣ выгоды за выжидательнымъ методомъ. Если мы допустимъ, что при профилактическомъ поворотѣ смертность матерей будетъ меньше, такъ какъ изъ 5 умершихъ, указанныхъ въ приведенномъ отчетѣ, 3 умерло прямо вслѣдствіи поздняго поворота, то и тогда смертность матерей все же будетъ равна 0,9%.

Что касается до замѣны щипцовъ позднимъ поворотомъ, то и здѣсь преимущество далеко не въ пользу по-

1) У *Braun'*а поворотъ съ перфорацией послѣдующей головки въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣченъ въ таблицѣ о краниотоміи. Я соединилъ эти цифры.

ворота, такъ какъ для щипцовъ, при узкомъ тазѣ II степени суженія, мы имѣли 0,9% смертности противъ 2,3% для матерей и 13,5% противъ 43,9% для дѣтей.

По отношенію къ перфорации въ общемъ процентъ смертности дѣтей при поворотѣ, разумѣется, значительно менѣе, чѣмъ при краніотоміи; но за то смертность матерей при поворотѣ далеко выше, — 2,3% и 0% для перфорации цифры не сравнимы, къ тому же надо замѣтить, что процентъ смертности матерей при постоянной замѣнѣ перфорации поворотомъ долженъ непременно увеличиться, такъ какъ тогда придется дѣлать чаще запущенные повороты, а подобная операція представляетъ много шансовъ на поврежденіе матери, въ чемъ мы наглядно убѣдились изъ вышеприведенныхъ отчетовъ, гдѣ 3 матери умерли чрезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ прямо отъ поврежденій, имѣвшихъ свою причину въ операціи.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что поворотъ не можетъ замѣнить ни выжидательнаго метода вообще, ни отдѣльныхъ операцій, входящихъ въ составъ послѣдняго.

Поворотъ при узкомъ тазѣ слѣдовательно имѣетъ тѣ же показанія, какъ и при нормальномъ, съ прибавкою развѣ слѣдующихъ: 1) Если, вскорѣ по излитіи водъ, мы замѣтимъ тенденцію къ неправильному механизму прохожденія головки (наклоненіе стрѣловиднаго шва къ лопному соединенію). 2) Если, долго баллотирующая до излитія водъ, головка баллотируетъ и по излитіи ихъ, что обыкновенно указываетъ на значительныя несоотвѣтствія ея съ тазомъ. Въ этихъ двухъ случаяхъ, если только поворотъ легко удастся, можно рискнуть сдѣлать его для того, чтобы имѣть хотя тѣнь надежды на спасеніе ребенка, такъ какъ при подобномъ положеніи краніотомія впослѣдствіи становится почти неизбѣжной.

Кесарское сѣченіе.

Leopold въ своей монографіи «Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur etc.» установилъ слѣдующія desiderata по отношенію къ производству кесарскаго сѣченія. 1) Начало родовъ и стояніе пузыря. 2) Совершенное здоровье матери, главное же полное отсутствіе инфекціи. 3) Непри-

косновенность и здоровье ребенка. 4) Достаточная асепсическая и вполне удовлетворительная обстановка. Подобные же требования для производства этой операции предъявлены большинством авторитетов. В самом деле, не нужно много видеть и думать чтобы понять значение указанных факторов для благоприятных результатов в такой серьезной операции, как кесарское сечение. Следовательно, идеальное, сохраняющее кесарское сечение показывается как операция, замещающая собою выжидательный способ, т. е. в начале родов. Посмотрим теперь, насколько она показывается в только что указанном смысле при относительном показании, т. е. при сужении 2 степени с $C. D. 9$ см. и выше. Этот вопрос может разрешиться, разумеется, только путем статистических сравнений цифр смертности, получаемых при том и другом способе ведения родов.

Вспомним теперь указанные выше результаты родов при выжидательном способе. Мы получили $0,4\%$ смертности для матерей и $26,4\%$ для детей.

Так как моя опытность касательно кесарскаго сечения очень ограничена, ибо я сдѣлалъ эту операцию одинъ только разъ (Таблица 1-я, № 45), то для сравненія возьму статистику кесарскаго сеченія, произведеннаго въ достаточномъ количествѣ случаевъ, однимъ и тѣмъ же, вполнѣ авторитетнымъ и довольно счастливымъ, операторомъ,— я говорю о *Leopold*'ѣ. До 1-го августа 1890 года, какъ указано у *Caruso* ¹⁾, въ Дрезденской клиникѣ произведено 42 кесарскихъ сеченій; умерли 4 оперированныхъ—следовательно смертность $9,5\%$. Это сравнительно блестящій результатъ, но если прибавимъ число всѣхъ случаевъ, указанныхъ у того же *Caruso* для 1890 г., то получимъ на 61 кесарское сеченіе 7 умершихъ матерей, т. е. $11,40\%$ и 3 дѣтей, т. е. 5% .

Сопоставляя указанные цифры, нельзя не убѣдиться въ большей цѣлесообразности выжидательнаго метода, въ особенности если принять во вниманіе, съ одной стороны то, что при узкомъ тазѣ II степени суженія роды въ 50% оканчиваются силами природы съ 0% смертности для матерей и $1,1\%$ для дѣтей; съ другой стороны то,

1) *Fronmel* Jahresbericht über der Fortschritte etc IV. 1891 г.

что женщина послѣ перфорации можетъ еще производить потомство, въ чемъ убѣждаемся, припоминая приведенные нами выше 5 случаевъ, въ которыхъ 1-е роды доношеннаго плода окончились его перфорацией, а послѣдующіе, вызванныя при помощи операціи иск. преждевременные роды, дали 15 живыхъ, и оставшихся жить, дѣтей.

Слѣдовательно о замѣнѣ выжидательнаго способа веденія родовъ кесарскимъ сѣченіемъ, произведеннымъ, даже, въ идеальныхъ условіяхъ, пока не можетъ быть и рѣчи.

Остается рассмотреть кесарское сеченіе, производимое уже въ менѣе благоприятныхъ условіяхъ, т. е. въ замѣнѣ перфорации живого плода. Начну съ того, что показанія къ перфорации живого плода довольно относительны; у насъ, напр., перфорировано 46% ж. плодовъ, въ Дрезденѣ 47,9%, въ Берлинѣ 55%, въ Лейпцигѣ 64%. *Braun* же, изъ монографіи котораго я взялъ приведенныя сейчасъ цифры, въ Вѣнской клиникѣ низвелъ процентъ перфорации живого плода до 12,5, и, какъ мы видѣли изъ указанныхъ выше данныхъ, безъ особеннаго вреда для дѣла.

Вспомнимъ теперь вообще показанія къ перфорации при тазѣ II степени суженія. Онѣ раздѣляются на 2 категоріи: 1) Ослабленіе болей, кольцо сокращенія, инфекция матери — при болѣе или менѣе установившейся головкѣ, когда въ подобныхъ условіяхъ роды не удается кончить щипцами. 2) Баллотированіе неустановившейся головки послѣ давняго излитія водъ при затаившихся родахъ; исправленіе и механизмъ головки, не измѣняющіеся къ лучшему при продолжительности родовъ, угрожающей опасностью матери.

Касательно примѣненія кесарскаго сѣченія къ первой категоріи показаній, какъ объ идеѣ не имѣющей достаточныхъ основаній, я не сталъ бы говорить ничего, если бы въ послѣднее время въ русской медицинской литературѣ не былъ бы поднятъ этотъ вопросъ. Профессоръ *А. И. Лебедевъ* съ кафедры предложилъ накладывать пробныя щипцы передъ кесарскимъ сѣченіемъ и 2 раза выполнилъ это съ блестящимъ результатомъ. Его ученики взялись пропагандировать новое ученіе, почему поневолѣ приходится остановиться на этомъ показаніи.

Когда головка установилась во входѣ, мы рѣшительно

не имѣемъ никакого точнаго указанія, чтобы опредѣлить возможность ея прохожденія чрезъ сѣуженное мѣсто. Намъ случалось видѣть, что плодъ вѣсомъ 3625 гр. легко, въ теченіи 14 ч., проходилъ чрезъ сѣуженіе плоскаго таза съ С. D. въ 10 см. (№ 20 1878 г.), въ другомъ же случаѣ, плодъ въ 3000 гр. не могъ пройти чрезъ тазъ съ С. D. въ 11,8 с. въ теченіи 62 ч. безъ помощи искусства (№ 103 1877 г.). Прямой выводъ изъ этого—всегда надо ожидать до тѣхъ поръ, пока продолжительность родовъ не грозитъ опасностью матери. При подобномъ ожиданіи силы больной падаютъ, она не рѣдко инфиндируется, сердцебіеніе ребенка дѣлается неправильнымъ, ослабѣваетъ,—слѣдовательно шансы на сохраненіе жизни плода уменьшаются. Далѣе, подъ именемъ пробныхъ щипцовъ практическіе акушеры привыкли понимать такую операцію, при которой прилагается довольно энергическая сила, чтобы окончательно убѣдиться въ невозможности провести головку чрезъ сѣуженное мѣсто: другими словами, щипцы потому называются пробными, что мы пробуемъ извлечь головку, а не пробуемъ только наложить ихъ. Получаемое при такихъ пробныхъ щипцахъ насиліе далеко не безразлично для жизни плода, — это доказывается ясно выше приведенными цифрами, изъ которыхъ явствуетъ, что при извлеченіи щипцами погибаетъ 11,5% дѣтей, а изъ числа тѣхъ, которыхъ не удается извлечь—еще болѣе, именно: изъ 7—3, какъ мы видѣли выше. Слѣдовательно, приступая къ наложенію пробныхъ щипцовъ, мы намѣренно уменьшаемъ, и безъ того ослабѣвающіе, шансы на сохраненіе жизни плода, въ интересахъ котораго рѣшаемся рискнуть жизнью матери; а вѣдь рискъ не малый, если сравнимъ статистику хотя бы того же самаго *Leopold'a*, у котораго имѣется для перфорациі 0%, а для кесарскаго сѣченія 8,6% смертности. Подобная разница при новомъ показаніи должна непременно увеличиться, что можно сказать смѣло безъ цифръ, а priori, такъ какъ при пробныхъ щипцахъ, вопреки общепринятаго совѣта по возможности меньше изслѣдовать, даже антисептически, женщину передъ кесарскимъ сѣченіемъ мы, хотя и антисептически вводимъ и уже не въ рукавъ, а въ матку пальцы и инструменты; ушибаемъ мягкія части матери, надавливаемъ стѣнки канала шейки etc.

Докторъ *Парышевъ* во Врачѣ № 13, за 1892 г. старается доказать законность и цѣлесообразность пробныхъ щипцовъ предъ кесарскимъ сѣченіемъ тѣмъ, что это показаніе научно установлено предъ перфорацией; но помимо того, что *comparaison n'est pas raison*, при перфорации ребенокъ навѣрно обрекается на смерть въ интересахъ матери; поэтому большія или меньшія насилія, надъ его головой при щипцахъ, не представляются важными, напротивъ даже получается менѣе тяжелое впечатлѣніе, если ребенокъ умретъ при попыткахъ спасти его жизнь, нежели отъ необходимаго законнаго убійства; что же касается матери, то значеніе этихъ 2 операций даже по самому существу различно: при перфорации не вскрывается брюшная полость, и поэтому извѣстныя поврежденія внутренней поверхности матки, даже инфекция полости ея, не угрожаетъ жизни матери въ такой степени, какъ при кесарскомъ сѣченіи.

Слѣдовательно пробные щипцы предъ перфорацией вполне рациональны и научно показываются, что никакъ нельзя сказать про нихъ при кесарскомъ сѣченіи. Мнѣ могутъ замѣтить, что имѣются 2 случая, изъ 2-хъ, съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка; но въ отвѣтъ на это я припомню случай, гдѣ одинъ изъ товарищей не акушеръ, долго кичился предъ акушерами своимъ счастіемъ въ акушерскихъ операцияхъ, при которыхъ онъ имѣлъ 100% живыхъ, здоровыхъ матерей и дѣтей; но черезъ нѣсколько времени этотъ процентъ понизился до 50% смерти, какъ для тѣхъ, такъ и для другихъ. Дѣло въ томъ, что наложивъ 1 разъ благополучно акушер. щипцы, онъ при второмъ разѣ потерялъ мать и ребенка.

При сравненіи результатовъ краниотоміи, производимой на основаніи второй группы показаній съ результатами кесарскаго сѣченія я обращаюсь опять къ статистикѣ.

Большинство поклонниковъ кесарскаго сѣченія разными сопоставленіями и перемѣщеніями цифръ доводятъ смертность отъ кесарскаго сѣченія почти до 0%, а смертность отъ краниотоміи, тѣмъ же путемъ, возвышаютъ далеко выше нормы. Подобный пріемъ отчетливо виденъ въ работѣ *Caruso* (*Arch. f. Gynaek.* т. 33), гдѣ для краниотоміи и преждевременныхъ родовъ получились проценты, о которыхъ въ настоящее время трудно даже со-

ставить себѣ понятіе. Я же не стану дѣлать статистику, не приведу даже результатовъ, полученныхъ у цитированнаго мною до сихъ поръ *Braun'a*, такъ какъ эти результаты слишкомъ не въ пользу кесарскаго сѣченія, именно: 33,3% смертности для матерей и 17,9% для дѣтей на 17 случаевъ,—пѣтъ, я возьму, безъ всякой фильтраціи, результаты кесарскаго сѣченія, указанные *Новицкимъ* (Врачъ, 1891 г., № 47), начиная съ 1887 по по 1890 годъ, равно таковыя же *Leopold'a*, и сравню ихъ съ результатами краниотоміи у меня, у *Braun'a* и *Leopold'a*. Оказывается: на 150 кесарскихъ сѣченій, сдѣланныхъ разными операторами, умерло матерей 25, т. е. 16,6% смертности и 9 дѣтей т. е. 6% смертности; на 42 кесарскихъ сѣченій дѣланныхъ *Leopold'омъ* умерло 4 т. е. 9,5% смертности. Для перфорации же, какъ я уже указалъ выше, у меня, у *Braun'a* и у *Leopold'a* смертность матерей была равна 0%.

Смертность 0% отъ перфорацин въ сравненіи съ 9,5% и 16,6% отъ кесарскаго сѣченія цифры краснорѣчиво говорящія за себя безъ всякихъ коментарій. Прибавлю только, что разъ умершая мать не родитъ больше ребенка, а та, у которой первый ребенокъ былъ перфорированъ, можетъ родить 4 — 5 вполне жизнеспособныхъ и остающихся жить дѣтей. Я лично знаю не одну семью, гдѣ дѣти, подростки въ настоящее время, родились при помощи операціи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ на 36 недѣль отъ матерей, у которыхъ, по причинѣ узкаго таза, первый ребенокъ былъ мною же перфорированъ.

Истиные поклонники кесарскаго сѣченія охотно указываютъ на результаты, полученные некоторыми операторами, какъ напримѣръ, *Schauta*, *Von der Mey*, *Лебедевъ* и другіе, изъ которыхъ 1-ый на 15, 2-ой на 7, а 3-ій на 6 случаевъ получили смертность матерей равную 0. На это я скажу, что у *Leopold'a*, начиная съ 5 до 15 случая, т. е. 10 оперированныхъ также дали смертность 0%, а все же, въ концѣ концовъ, на первые 23 случая смертность равнялась 8,6%, а по прибавкѣ послѣдующихъ 19—на 42 она стала равною 9,5%. Трудно вывести проценты и основывать на нихъ заключеніе, не имѣя хотя бы 20 наблюдавшихся случаевъ и не проверивъ свои наблюденія сравненіемъ съ подходящимъ по условіямъ болѣе обширнымъ матерьяломъ.

Указанія на уменьшеніе, съ усовершенствованіемъ операціи, смертности матерей, также не выдерживаетъ критики;—у того же *Новицкаго* указана для 1889 года смертность въ 10,7%, а для 1890 года—въ 15,5%.

Вопросъ о показуемости кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, помимо научнаго интереса, имѣеть еще извѣстное социальное значеніе. Показаніе къ какой бы то ни было операціи должно походить на афоризмъ, на непреклонную истину. Истина же выводится изъ обобщенія хорошо извѣстныхъ и строго провѣренныхъ фактовъ. Я понимаю, что кесарское сѣченіе, производимое при идеальной обстановкѣ, при идеальныхъ условіяхъ, въ началѣ родовъ можетъ имѣть идеальный исходъ; хотя и при этомъ остается далеко еще не разъясненнымъ вопросъ о влияніи рубца матки на послѣдующую беременность и роды, а также о рубцѣ на покровахъ живота. Но кесарское сѣченіе, въ замѣну перфорации, при запущенныхъ случаяхъ, въ условіяхъ далеко отступающихъ отъ идеала, будетъ имѣть исходъ, всегда зависящій отъ случая. Поэтому признать полную показуемость кесарскаго сѣченія, въ замѣну перфорации, очень мало зависящей отъ случая, чрезвычайно рискованно. Законъ требуетъ отъ всякаго припятія зависящихъ мѣръ для спасенія жизни ближняго, это требованіе особенно строго примѣняется къ врачамъ; и вотъ, — при настоящемъ враждебномъ направленіи прессы и общества, по отношенію къ врачамъ, въ то время, когда могутъ являться судебные вопросы въ такомъ родѣ: «почему-де въ данномъ случаѣ, на умершей беременной, сдѣланы поворотъ и извлеченіе, а не кесарское сѣченіе, какъ требуетъ законъ?» — если наука окончательно признаетъ полную показуемость кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи, въ замѣну перфорации, явится обширное поле для судебныхъ разбирательствъ на тему о законномъ убійствѣ; при чемъ судебный врачъ, экспертъ, будетъ поставленъ въ тяжелую необходимость опровергать мнѣніе авторитетовъ и констатировать несовершенство акушерской науки.

Но этого мало, помимо судебныхъ разбирательствъ, явится много и другихъ столкновеній. Въ иныхъ случаяхъ не рѣдко придется у такъ называемыхъ интеллигентовъ производить противъ убѣжденій кесарское сѣче-

не, при совершенно не подходящей обстановкѣ, просто въ силу того, чтобы не прослыть отсталымъ и, такимъ образомъ, не испортить своей врачебной репутаціи и т. д. А все изъ-за-чего? изъ за-неправильнаго рѣшенія вопроса, рѣшенія, если смѣю такъ выразиться, обусловленнаго модою и погонею за громкою операціей. Позволю себѣ говорить такъ, потому что рѣшительно не могу никакъ найти у рьяныхъ сторонниковъ кесарскаго сѣченія, указаній на преимущества этой операціи передъ перфорацией даже живого плода. Въ самомъ дѣлѣ, гдѣ эти преимущества? Мы видимъ, что въ самомъ лучшемъ случаѣ, при блестящей клинической обстановкѣ послѣ кесарскаго сѣченія у одного и того же оператора погибаетъ 9,5% матерей полныхъ жизни, составляющихъ счастье семьи, способныхъ въ не далекомъ будущемъ производить потомство, хотя и приобрѣтается въ замѣну 94% дѣтей, остающихся при подобномъ условіи жить, перѣдко безъ матери; послѣ перфорациі же, во всякомъ случаѣ, при настоящей антисептикѣ не можетъ погибнуть болѣе 0% матерей и слѣдовательно сохранится 9,5% таковыхъ въ замѣнъ 100% умершихъ дѣтей, изъ которыхъ врядли 20% *въ отдаленномъ будущемъ* достигнутъ правоспособнаго, въ данный моментъ, возраста ихъ матери.

Отрицая законность показанія къ кесарскому сѣченію въ замѣну перфорациі, я не хочу этимъ заявить требованіе о прекращеніи дальнѣйшей разработкѣ этой операціи. Авторитеты въ клиникахъ для развитія науки, за свой рискъ могутъ дѣлать все, что считаютъ пригоднымъ, могутъ накладывать даже пробные щипцы при намѣченномъ уже впередъ кесарскомъ сѣченіи, по санкціи *громкой* и вмѣстѣ съ тѣмъ сомнительной для жизни матери операціи, въ обыденной жизни, по моему даже будетъ грѣшить противъ нравственности.

Указанные нами проценты смертности матерей послѣ кесарскаго сѣченія взяты изъ благоустроенныхъ клиникъ. Смѣю думать, процентъ этотъ значительно увеличится, если операцію, требующую самыхъ тщательныхъ приготовленій и, не всегда выполнимыхъ для частнаго помѣшенія, условій стануть производить въ поликлиникѣ. Слѣдовательно замѣна краніотоміи на живомъ плодѣ, антисептическое производство которой доступно даже и въ хижинѣ, кесар-

скимъ сѣченіемъ и съ этой точки зрѣнія не мыслима. Нельзя же въ самомъ дѣлѣ разсуждать вродѣ *Credé*, который считалъ возможнымъ отсылать всякую роженицу съ сомнительными показаніями къ касарскому сѣченію въ клинику, какъ это дѣлается при сложныхъ переломахъ; нельзя также установить одно показаніе для поликлиники, а другое для клиники. Все это будетъ болѣе, чѣмъ странно. Общій выводъ изъ всего выше сказаннаго для тазовъ II степени суженія какъ плоскихъ, такъ и общенеравно-мѣрно суженныхъ слѣдующій.

1) Если суженіе таза извѣстно во время, то при С. Д. до 9 ст. включительно, показываются преждевременные роды, которые не должны быть производимы ранѣе 35-й недѣли утробной жизни. Что касается до способовъ производства преждевременныхъ родовъ, то болѣе всѣхъ соотвѣтствуетъ цѣли высокій проколъ оболочекъ, предлагаемый *Vrain'*омъ. При употребленіи способа *Krause* у женщины, которымъ уже производились роды разъ-другой, надо разсчитывать время родовъ, прикидывая недѣлю на производство ихъ.

2) Для веденія родовъ при II степени суженія таза, существуютъ 3 самостоятельные способа, которые должны быть строго различаемы, именно: 1) *Выжидательный способъ*, состоящій изъ двухъ актовъ: а) выжиданіе въ тѣломъ смыслѣ, и если оно не даетъ благопріятныхъ результатовъ; б) щипцы или перфорация. 2) *Профилак- тическій поворотъ* и 3) *касарское сѣченіе при относительномъ показаніи*.

3) Если суженіе сдѣлалось извѣстнымъ только при началѣ родовъ, то самые надежные результаты получаются при выжидательномъ способѣ, при каковомъ выжиданіе показано только до тѣхъ поръ, пока оно не грозитъ опасностью матери, или плоду.

4) Если при правильномъ механизмѣ родовъ и вставившейся, до извѣстной степени, во входѣ головки, замѣчаются явленія, угрожающія жизни матери, или плода, то покажется наложеніе высокихъ щипцовъ, которые вовсе не такъ страшны, какъ думаютъ нѣкоторые. Щипцы, въ случаѣ надобности, могутъ быть накладываемы и при не вполне, но все же достаточно раскрытомъ зѣвѣ. Влеченія могутъ примѣняться съ достаточною силою,—

разумѣется въ извѣстныхъ границахъ. Если головка не подается, можно примѣнить десятокъ благоразумныхъ влеченій, какъ доказательство невозможности извлечь ее въ данномъ случаѣ. Если не удалось кончить роды щипцами, равно какъ и при неправильномъ механизмѣ родовъ, при баллотирующей головкѣ, если дальнѣйшее продолженіе родовъ начинаетъ угрожать жизни матери, показуется прободеніе даже живого плода. Эта операція показуется также во всѣхъ случаяхъ смерти ребенка.

5) Поворотъ по причинѣ не благоприятнаго вліянія на плодъ имѣетъ, при сѣуженіи С. D. 10,5 и ниже, свои спеціальныя показанія, т. е. такія же, какъ при нормальномъ тазѣ. Одно показаніе еще можно допустить специально для узкаго таза, а именно, если головка долго баллотировала при стоячихъ водахъ и не вставляется скоро по излитіи водъ, но и при этомъ показаніи поворотъ умѣстенъ лишь тогда, если онъ удается безъ затрудненій.

6) Кесарское сѣченіе при С. D. выше 9 ст. какъ операція, замѣняющая выжидательный способъ, не показуется по крайней мѣрѣ въ настоящее время. Что же касается до кесарскаго сѣченія, какъ операціи, замѣняющей строго обдуманное прободеніе, или послѣ пробныхъ щипцовъ, то оно, въ подобныхъ случаяхъ, и не можетъ быть показано. При III степени сѣуженія, гдѣ плодъ не можетъ родиться жизнеспособнымъ, все сводится къ вопросу о томъ, какого мнѣнія, касательно кесарскаго сѣченія, сама роженица, такъ какъ при С. D. до 7 ст. прободеніе и краниоклазія даже и доношеннаго плода, хотя съ трудомъ, но вполне выполнимы. Слѣдовательно, единственнымъ безспорнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію остается IV степень сѣуженія.