

# 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 столкновеніи 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 миллиметровъ; сжатые же размѣры уменьшаются даже до 11 миллим.* 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 кесарское сѣченіе показуемымъ при 7 $\frac{1}{2}$  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 перфорацию *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 перфорацию. 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 перфорация. 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 <sup>1)</sup> и увидимъ, что тамъ щипцы при узкихъ тазахъ вовсе не употребляются, а параллельно, въ то же самое время, въ Вѣнской клиникѣ <sup>2)</sup> за 6 лѣтъ наложено 72 щипцовъ при разныхъ степеняхъ суженія, даже при С. V. въ 7 ст.—и съ хорошими результатами. Возьмемъ *Caruso* <sup>3)</sup>: у него

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

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

<sup>3)</sup> *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* <sup>1)</sup> 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 наблюдений 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-

<sup>1)</sup> Barsoni. Arch. f. Gynaecol. 91. T. XLI. Ueber Kraniotomie.

мией, 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.
<b>Т ю л е в с к і й</b>										
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 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>	9 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	II зат. зад. в.	17—5
69	33	2	плоск. рахит. . . .	29	26	24	16 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	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 <sup>1</sup> / <sub>4</sub>	10	II зат. пер. в.	11—10
1875										
45	21	1	плоскій . . . . .	31	25	22	17	11	I зат. пер. в.	27—40
<b>Н а р ы ш к и н</b>										
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 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	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.

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

Операци.	Показанія къ операци.	Вѣсъ плода.		Послѣрод. состояніе.	Исходъ для матери.	Замѣчанія.
		Живой.	Мертвый.			
<b>п р і ю т ъ.</b>						
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., кефалотрипися.	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.	
<b>с к і й п р і ю т ъ.</b>						
Щипцы при сов. зѣв. 6 тр. во входѣ въ тазъ <sup>1)</sup> .	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 <sup>1/2</sup>	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 <sup>1/2</sup>	27 <sup>1/2</sup>	17	10	I зат. пер. в.	33—20
107	26	4	плоск. рахит. . . . .	29	25 <sup>1/2</sup>	25 <sup>1/2</sup>	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—имѣеть 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 craniot. 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., имѣеть 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 <sup>1/2</sup>	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. staniocl. 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. uscaga- ruerperal.	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 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	11	II зат., пер. в.	24—
48	27	4	плоскій . . . . .	31	29 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	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 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	10	I зат., пер. в.	14—20
21	18	1	общеслужен.плоск. рахит. . . . .	27	23 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	22	16	10 <sup>3</sup> / <sub>4</sub>	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 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	9,5	поперечное.	14—30 1/4 ч. по изл. водъ.
44	21	2	общеслужен.плоск. рахит. . . . .	27	25	23	17 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	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 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	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:	
										ч. м.	
1879										ч. м.	
14	18	1	плоскій . . . . .	30	25	24	18 <sup>1/2</sup>	10	I зат. пер. в.	37—35	
	18	23	4	плоскій . . . . .	—	—	—	10	II зат. пер. в.	37—35	
	42	30	2	общесъужен.плоск. рахит. . . . .	31	27	23	19	II зат. пер. в.	36—25 5 ч. 25 м. 1 изл. водъ.	
	62	21	1	плоскій . . . . .	30	27	23	17	11,5	I зат. пер. в.	53—45
	88	28	1	плоскій . . . . .	30	28	24	17 <sup>1/2</sup>	11	I зат. пер. в.	15—
1880											
	11	26	3	плоскій . . . . .	30	26	23	17 <sup>1/2</sup>	11	I зат. пер. в.	7—55
	14	25	2	плоскій . . . . .	29	24	20	19	11,5	I зат. пер. в.	24—25 9 ч. по изл. водъ.
	44	22	1	плоскій . . . . .	27	25	22	16	11	I зат. пер. в.	19—25
	79	19	1	общесъужен.плоск. рахит. . . . .	30	26	25	17 <sup>1/2</sup>	10,6	I зат. пер. в.	35— 10 ч. по изл. водъ.
	81	26	4	плоскій . . . . .	31	29	25	17 <sup>1/2</sup>	11,5	I зат. пер. в.	5—25
	82	28	2	плоскій . . . . .	30	28	25	16 <sup>1/2</sup>	11	II зат. пер. в.	40—15
	89	22	2	плоскій . . . . .	30	26	22	17	11,5	II зат. пер. в.	12—40
1881											
	69	25	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 ребенокъ живы; 3-е перфор. доношен. плода.
Щипцы; зѣв. соверш.; во входѣ; 6 тр.	Ослабл. боли.	4000	—	Хорош.	Благопол.	Первые роды благоподучно.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	
—	—	3000	—	Лихорад.	Благопол.	
—	—	3000	—	Лихорад.	Благопол.	2 произвольн. родов. 1—ребен жив., 1—мертвый.
Щипцы; переди. губа; во входѣ; 6 тр.	Сильн. боли; кольцо сокращ.	3600	—	Здоров.	Благопол.	Первые самопроизв. ребенокъ мертвый.
—	—	3000	—	Хорош.	Благопол.	
Perf. cranio-clas. на мерт.	Ознобъ и лихорадка. 78,9° баллотир. головка.	—	3600	Endom. lymphang. saepticum.	Умерла черезъ 17 дней.	Операція производилась 1½ часа; перфораторъ введенъ 2 раза. Краниокласть 4 раза; извлечена головка крючкомъ, заложенымъ въ ротъ.
—	—	3500	—	Лихорад.	Благопол.	Четверо родовъ благоподучно, 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.	Продоль- 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										
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										
									<b>П О Л И К</b>	
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.
<b>Л И Н И К а.</b>						
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 подающейея голов., тракціи производилась не спѣша около полу-часа; на 24 тракціи го-ловка сразу проскочила черезъ 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. водъ.
16	26	2	плоск. рахит. . . . .	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 8 ч. по изл. водъ.
1879										
17	25	1	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 10 ч. по изл. водъ.
18	30	1	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	28 ч. 7 ч. по изл. водъ.
1880										
19	21	1	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	38 ч. 8 ч. по изл. водъ.
1881										
20	22	1	плоск. рахит. . . . .	29	24	23	17	10	лицевое з. в.	36 ч. 10 ч. по изл. водъ.
21	23	1	плоск. рахит . . . . .	—	—	—	—	9,5	черепъ I зат.	36 ч. 12 ч. по изл. водъ.
1882										
22	27	2	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10,2	черепъ II зат.	28 ч. 6 ч. по изл. водъ.
23	20	1	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10	черепъ I зат.	30 ч. 7 ч. по изл. водъ.
1883										
24	30	2	плоскій . . . . .	—	—	—	—	9,8	черепъ I зат.	38 ч. 8 ч. по изл. водъ.
1885										
25	22	1	плоскій . . . . .	—	—	—	—	10,3	черепъ II зат.	22 ч. 6 ч. по изл. водъ.
1887										
26	26	1	общесъужен.плоск. рахит. . . . .	28	24	33	17	10	черепъ I зат.	36 ч. 10 ч. по изл. водъ.

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 <sup>1/2</sup> 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 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> 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 приютскимъ 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 получилъ 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-

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

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

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

На 21 срочные роды при плоскомъ тазѣ II ст. суженiя 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.

Матерiаль частной практики въ данномъ случаѣ не можетъ быть принимаемъ во вниманiе, 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 матерiала для тазовъ II степени суженiя, мы получили процентное отношенiе самопроизвольныхъ родовъ къ оперативнымъ очень близкое по сравненiю съ болѣе богатымъ матерiаломъ Вѣнской клиники. Въ отчетѣ *Braun'a* (*Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc.*)—на 224 родовъ II ст. суженiя отмѣчено 109 самопроизвольныхъ родовъ, что составляетъ 49% съ 0% смертность для матерей и 1,3% для дѣтей. Такое совпаденiе %, получаемое при наблюденiяхъ въ двухъ различныхъ учрежденiяхъ, указываетъ на извѣстную законность наблюдавшагося явленiя. 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 С. 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 — все матери и дѣти живы. Кромѣ того въ 7 случаяхъ роды неудалось окончить щипцами, пришлось перфорировать головку плода— матери все 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 всемъ 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, причеиъ 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. Все 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 приноравливаясь 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 навѣкѣ 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 ротаціонныя 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, обуславливая 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 операціи; 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-переворморо-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, заложеннымъ 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. Этлингефа*, порѣшилъ приступить къ кесарскому сѣченію; но приѣхавшіе, пока занимались приготовленіемъ къ операціи, *Горвицъ* и *Гринсвальдъ* настояли на краниотоміи, съ чѣмъ подъ конецъ согласился и *Этлингефъ*; 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 прежнихъ 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. газъ; 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. газъ. 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 Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умерь.		
Самопроизвольн.	Здорова.	1 мальчикъ.	—	—	2600 гр. 47 с. Окружность головки 35. Б. попер. д. 8. М. д. 7.	
idem.	idem.	1 дѣвочка.	—	—	2600 гр. 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 гр. 45 с. Б. п. 8,4. М. п. 7.	
Извлечена головка по Lachar-Weit'y—8 мин.	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1	2200 гр. 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 гр. 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, (r. 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. arte 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. arte 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. (r. 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 теченіе 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 промежуткъ 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 вызваль 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. голова 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 вынутъ.	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 ощущалась 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 родов.
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 съуженный 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 плода.	З А М Ъ Ч А Н І Я.
		Живой.	Мертвый.	Умеръ.		
—	Здорова.	1 мальчикъ.	—	1 принадлеженіи 2 днени 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; головка 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 вполне 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 операциі 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.
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. II 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 болѣе степенн суженія головка 35 недѣльнаго плода будетъ почти на столько же не соразмѣрна съ тазомъ, на сколько головка доношеннаго по отношенію къ тазу II степенн суженія. Преждевременные роды должны производиться не раньше 35 недѣль 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 водъ; 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 степенн 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 водъ, то мы наталкиваемся 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 сожалѣнiю, какъ увидимъ ниже, это далеко не такъ.

Соглашаясь съ мотивами *Simpson'a* и *Schroeder'a*, что извлеченiе послѣдующей головки производитъ меньше поврежденiй 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 излитii, совершенно безразличенъ для матери, теоретически можно прийти къ логическому выводу, что профилактический поворотъ благопрiятенъ для матери. По отношенiю же къ дѣтямъ это даже теоретически является уже большимъ вопросомъ. Трудно допустить, чтобы извлеченiе послѣдующей головки было бы равнозначуще, а тѣмъ болѣе благопрiятно для ребенка (*Scharlau*), по сравненiю съ прохожденiемъ предлежащей головки. Мы часто видимъ, что конфигурація предлежащей головки совершается часами и, хотя головка при этомъ подвергается значительному сжатiю, выражающемуся сильнымъ давленiемъ на черепъ, ребенокъ все же рождается живымъ и остается жить; вмѣстѣ съ тѣмъ намъ очень хорошо извѣстно, что извлеченiе послѣдующей головки должно быть кончено очень быстро и, если оно затянется, хотя бы на 10 минутъ (*Breisky*), то ребенокъ рождается мертвымъ. При сьуженii таза II степени требуется достаточно времени, чтобы установить надлежащимъ образомъ головку, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ при потягиванii за нижнii конецъ плода, она вставляется или въ косомъ диаметрѣ, 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 прохожденiя клина чрезъ не растяжимое кольцо узкаго таза, острымъ концомъ книзу, не на столько велико по отношенiю клина, идущаго тупымъ концомъ, чтобы уравновѣсить возможность продолженiя жизни плода въ теченii 15—20 часовъ, съ таковою же, обнимающею промежутокъ времени менѣе 10 минутъ. Къ этому нужно еще прибавить, что давленiе на головку снизу вверхъ обусловливаетъ поднятiе 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 <sup>1)</sup>
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.

<sup>1)</sup> 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'*а<sup>1)</sup> 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 перфорацин 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 операцин. 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 операцин, замѣняющей собою щипцы и перфорацин. 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 операцин *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 асепсизация и вполне удовлетворительная обстановка. Подобныя же требованія для производства этой операціи предъявлены большинствомъ авторитетовъ. Въ самомъ дѣлѣ, не нужно много видѣть и думать чтобы понять значеніе указанныхъ факторовъ для благоприятныхъ результатовъ въ такой серьезной операціи, какъ кесарское сѣченіе. Слѣдовательно, идеальное, сохраняющее кесарское сѣченіе показуется какъ операція, замѣняющая собою выжидательный способъ, т. е. въ началѣ родовъ. Посмотримъ теперь, насколько она показуется въ только что указанномъ смыслѣ при относительномъ показаніи, т. е. при суженіи 2 степени съ С. D. 9 см. и выше. Этотъ вопросъ можетъ разрѣшиться, разумѣется, только путемъ статистическихъ сравненій цифръ смертности, получаемыхъ при томъ и другомъ способѣ веденія родовъ.

Вспомнимъ теперь указанные выше результатъ родовъ при выжидательномъ способѣ. Мы получили 0,4% смертности для матерей и 26,4% для дѣтей.

Такъ какъ моя опытность касательно кесарскаго сѣченія очень ограничена, ибо я сдѣлалъ эту операцію одинъ только разъ (Таблица 1-я, № 45), то для сравненія возьму статистику кесарскаго сѣченія, 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* <sup>1)</sup>, въ Дрезденской клиникѣ произведено 42 кесарскихъ сѣченій; умерли 4 оперированныхъ—слѣдовательно 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 сѣченіе 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 инфиндуруется, 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 головкой 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 операциі, 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 операциі 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 перфорациі, при запущенныхъ случаяхъ, въ условіяхъ далеко отступающихъ отъ идеала, будетъ имѣть исходъ, всегда зависящій отъ случая. Поэтому признать полную показуемость кесарскаго сѣченія, въ замѣну перфорациі, 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 перфорациі, 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 замѣну 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. D. 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) *Профилактическій 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 показуется 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.

## XVI.

*Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.*

**Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины.**

Д-ра мед. А. Рымша.

(Сообщено въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ въ С.-Петербургѣ, 7-го Мая 1892 г.)

Если слѣдить внимательно за ходомъ родового акта послѣдовательно у многихъ роженницъ и къ каждому уклоненію отъ нормальнаго теченія относиться критически, то нельзя не замѣтить, что бѣльшая часть этихъ уклоненій стоитъ въ болѣе или менѣе близкой зависимости отъ пространственнаго несоотвѣтствія между вмѣстимостью тазоваго канала и головкою плода. Такъ какъ въ свою очередь чрезмѣрная величина головки доношеннаго и здороваго плода, въ особенности такая, которая могла бы причинить болѣе серьезныя разстройства нормальнаго механизма, какъ справедливо замѣчаетъ *Schroeder*, составляетъ большую рѣдкость, то и неудивительно, что въ большинствѣ случаевъ именно изслѣдованіе таза даетъ намъ руководящую нить, предохраняющую отъ блужданія и нераціональнаго вмѣшательства.

Почти всеми авторами, работавшими на русскомъ матеріалѣ, отмѣченъ фактъ, что болѣе сильныя суженія таза встрѣчаются въ Россіи гораздо рѣже, чѣмъ, напр., въ Германіи. И дѣйствительно, чтобы убѣдиться въ этомъ, стоитъ только просмотрѣть медицинскіе отчеты родовспомогательныхъ заведеній, акушерскихъ клиникъ и родильныхъ пріютовъ С.-Петербурга и Москвы. Да и вообще, не говоря уже о болѣе высокихъ степеняхъ, количество всехъ отмѣченныхъ узкихъ тазовъ крайне незначительно: для большнхъ родильныхъ домовъ обѣихъ столицъ оно колеблется между 1—2%<sup>1)</sup>, для акушерскихъ клиникъ и родильныхъ пріютовъ выше 2%,

---

<sup>1)</sup> С.-Петерб. Повивальный Институтъ за время съ 1845—1859 г. на 8000 родовъ 94 узк. т.=1,2% (по отчету *Гуенбергера*).—С.-Петерб. Родовспомог. Заведеніе за 10 лѣтъ съ 1871—1880 г. на 23410 родовъ 361 узк. т.=1,54% (по отчетамъ *Биддера* и *Тарновскаго*); за 5 лѣтъ съ 1886—1890 г. на 19924 родовъ 315 узк. т.=1,58% (по отчетамъ *Крассовскаго* въ Журн. Ак. и Жен. Бол. 1887, 1888, 1889, 1890 и 1891 г.).—Московское Родовспомог. Заведеніе за 1876 и 1877 г. на 7536 родовъ 78 узк. т.=1,03% (по отчету *Гуенбергера*); за 1887 и 1888 г. на 9029 родовъ 122 узк. т.=1,35% (по отчетамъ *Сутушина* въ Журн. Ак. и Жен. Бол. 1888 и 1889 г.)

но нигдѣ не достаетъ 10%<sup>1)</sup>. Только у *Шмидта*<sup>2)</sup> отмѣчено 12,6% суженныхъ тазовъ, при чемъ всѣ тазы, имѣвшіе наружную конъюгату 18,5 снтм. и менѣе причислены къ узкимъ (4059 : 514). *Парышевъ*<sup>3)</sup> получилъ на 252 родовъ 33 узк. т. = 13%.

Но если сильныя степени суженія, требующія въ большинствѣ случаевъ акушерской помощи, не могутъ за небольшимъ развѣ исключеніемъ проскользнуть незамѣченными даже въ большихъ родильныхъ домахъ, то нельзя того же сказать о среднихъ степеняхъ, а тѣмъ болѣе о легкихъ суженіяхъ, которыя проявляются лишь въ небольшомъ уклоненіи отъ нормального хода родовъ или даже могутъ быть узаны только подробнымъ изслѣдованіемъ таза.

Правда, вслѣдъ за поступленіемъ каждой роженицы въ родильный домъ наружные размѣры ея таза измѣряются, но эти измѣренія дѣлаются не опытными руками ученицъ и могутъ быть провѣряемы врачами лишь въ меньшинствѣ случаевъ, по большей части при болѣе серьезномъ разстройствѣ въ ходѣ родовъ, чему нельзя и удивляться, если принять во вниманіе то громадное количество роженицъ, зачастую переполняющихъ родильный покой. Что же касается внутренняго измѣренія, то оно производится сравнительно не часто, а во всякомъ случаѣ не систематически, чему мѣшаетъ хотя бы то обстоятельство, что большинство роженицъ поступаютъ въ родильные дома въ такомъ періодѣ родовъ, когда измѣреніе діагональной конъюгаты уже сдѣлалось невозможнымъ, хотя бы оно въ данномъ случаѣ констатированнаго уклоненія отъ нормального механизма и было весьма желательнымъ.

На сколько однако систематическія наружное и внутреннее измѣренія оказываютъ вліяніе на количество наблюдаемыхъ узкихъ тазовъ, это поясняетъ наглядно сравненіе цифръ, полученныхъ съ одной стороны въ

1) Спб. Академическая акушерско-гинекол. клиника за 10 лѣтъ съ 1874—1884 г. на 1244 родовъ 63 узк. т. = 5% (по отчету *Грамматикави*).—Спб. Акушерская госпитальная клиника по отчету *Алафинова* 1884 г. на 1546 родовъ 30 узк. т. = 1,9%.—Московская акушерская клиника по отчетамъ *Макеева* за время съ 1874—1887 г. на 12597 родовъ 227 узк. т. = 1,8%. за 1888 г. на 907 родовъ 21 узк. т. = 2,3% (*Журн. Ак. и Жен. Бол.* 1890 г.); за 1889 г. на 507 родовъ 11 узк. т. = 2,1%, за 1890 г. на 598 родовъ 54 узк. т. = 9% (*Журн. Ак. и Жен. Бол.* 1892 г.).—Гаванскій покровскій родильный пріютъ въ С.-Петербургѣ по отчету *Фишера* за 1883—1884 г. на 378 родовъ 29 узк. т. = 7,6%; по отчету *Есхова* (въ *Журн. Ак. и Жен. Бол.* 1887) за 1885—1887 г. на 929 родовъ 89 тазовъ съ Conj. ext. менѣе 18 снтм. = 9,5%. Родильный пріютъ Голицынской Вольницы въ Москвѣ по отчетамъ *Иноевса* за 4 года съ 1886—1889 на 2772 родовъ 66 тазовъ съ Conj. ext. менѣе 18 снтм. = 2,37%.

2) *Шмидтъ*. Медіц. отчетъ Маріинскаго Родовспомог. Дома съ 1871—1881 Спб. 1886 г.

3) *Парышевъ*. Медіц. отчетъ Спб. Академической акуш.-гинекол. клиники Диссерт. Спб. 1887.

больших пѣмецкихъ родильныхъ домахъ, гдѣ при громадномъ матеріалѣ проводить такія измѣренія едва ли возможно, съ другой же стороны въ тѣхъ акушерскихъ клиникахъ Германіи, статистическія данныя которыхъ относительно частоты узкихъ тазовъ основываются на систематическихъ измѣреніяхъ какъ наружномъ, такъ и внутреннемъ. Между тѣмъ какъ суженія таза паблодалсь въ Дрезденскомъ родильномъ домѣ въ 2,8% (10679:300) <sup>1)</sup>, въ Мюнхенскомъ родильномъ домѣ въ 1,6% (14519:227) <sup>2)</sup>, въ Вѣнѣ въ 2,1% (20607:444) <sup>3)</sup>, систематическія измѣренія въ Килѣ дали *Michaelis*у 7,2% (1000 : 72, начиная съ Conj. diag. 10,8 снтм.) <sup>4)</sup>, *Litzmann*у же 14,9% (1000 : 149, начиная съ Conj. diag. 11,25 снтм.) <sup>5)</sup> узкихъ тазовъ, *Spiegelberg*у въ Бреславлѣ 13,9% (597 : 83) <sup>6)</sup>, *Schwartz*у въ Марбургѣ 20,3% (501 : 102), ему же въ Геттингенѣ 22% (463:101) <sup>7)</sup>, *Schroeder*у въ Боннѣ 14,64% (321 : 47) <sup>8)</sup>, *Müller*у въ Бергѣ 16% (1177 : 188) <sup>9)</sup>, *Ahlfeld*у въ Гиссенѣ 20% (275 : 54) <sup>10)</sup> узкихъ тазовъ.

Такое поразительное разногласіе цифръ двухъ этихъ группъ едва ли объяснимо одними только гигиеническими условіями, напр. неодинаковымъ количествомъ заболѣваемости рахитическимъ процессомъ въ дѣтскомъ возрастѣ,—или же вліяніемъ нѣкотораго индивидуализма авторовъ во взглядѣ на узкій тазъ. Этимъ объясненіемъ еще труднѣе удовлетвориться, если посмотримъ на карту Германіи: большинство вышеупомянутыхъ мѣстностей сплочены на сравнительно не обширной территоріи. Что же касается индивидуальныхъ воззрѣній на узкій тазъ, то хотя въ нѣкоторыхъ взглядахъ и существуютъ довольно значительныя разногласія между отдѣльными акушерскими школами, однако съ другой стороны трудно допустить, чтобы

1) *Winkel*. Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge Leipzig 1882.

2) *C. v. Hecker*. Bemerkungen über die Frequenz der Dammverletzungen u. des engen Beckens in der Gebäranstalt München. Archiv f. Gynaekol. Bd. XII, 1877.

3) *C. Braun*. Der Kaiserschnitt u. s. Stellung zur künstl. Frühgeburt, Wendung, atypischen Zangenoper., Craniotomie u. zu d. spontanen Geburten bei engen Becken. Wien 1888.

4) *Michaelis*. Das enge Becken. Herausgeg. v. *Litzmann* 1865. Leipzig.

5) *Litzmann*. Die Formen des Beckens insb. d. engen weibl. Beskens. Berlin. 1861.

6) *Spiegelberg*. Bericht über d. Leistungen der gynäk. Klinik u. Poliklinik a. d. Univers. zu Breslau. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 32. 1868.

7) *Schwartz*. Ueber die Häufigkeit d. engen Beckens. Monatschr. f. Geb. u. Fr. Bd. 26. 1865.

8) *Schroeder*. Schwangersch., Geburt u. Wochenb. Klin. Unters. u. Beobacht. Bonn. 1867.

9) *Müller*. Zur Frequenz u. Aetiologie d. allg. verengt. Beckens. Archiv für Gynaekol. Bd. XVI. 1880.

10) *Ahlfeld*. Berichte u. Arbeiten. ausd. geb.-gyn. Klinik zu Giessen. Leipzig 1883.

индивидуализмъ представителей одной и той же школы былъ въ состояніи обнаружиться такъ сильно. Но даже считаясь съ гигиеническими условіями и съ индивидуализмомъ авторовъ, все таки для объясненія столь значительнаго разногласія въ частотѣ узкихъ тазовъ однихъ этихъ факторовъ для меня кажется недостаточнымъ.

Такой скептицизмъ къ слишкомъ вольному объясненію вліянія самыхъ разнообразныхъ факторовъ на частоту узкаго таза вполнѣ оправдывается статистиками *Hecker*'а. По медицинскому отчету *Hecker*'а изъ родильнаго дома въ Мюнхенѣ, изданному въ 1861 году <sup>1)</sup>, наблюдалось на 1584 родовъ 18 узкихъ тазовъ, что составляетъ 1,1<sup>0</sup>%. Такое незначительное количество узкихъ тазовъ *Hecker* объясняетъ такимъ образомъ, что хотя въ верхней Баваріи рахитъ встрѣчается не рѣдко, но смертность дѣтей на первомъ году жизни въ этой странѣ чрезвычайно велика (по *Eschrich*'у въ *Aerztliche Intelligenzblatt* 1860 № 51—39, 5<sup>0</sup>%). Въ виду этого переживаютъ возрастъ, въ которомъ обычно развивается рахитъ, лишь сильные, мало воспримчивыя къ этой болѣзни дѣти, у которыхъ и не наблюдается въ послѣдствіи значительныхъ искривленій скелета.

Въ отчетѣ по тому-же родильному дому, изданномъ *Hecker*'омъ въ 1864 г. <sup>2)</sup>, означено 33 узкихъ таза на 2519 родовъ или 0,9<sup>0</sup>%. «Эта цифра—говоритъ *Hecker*—немного разнится отъ прежде найденной 1,1<sup>0</sup>%, но за то чрезъ чуръ уже не согласна съ сообщеніемъ *Litzmann*'а, который на 1000 женщинъ, изслѣдованныхъ въ Кіефской клиникѣ, опредѣлилъ путемъ измѣренія узкой тазъ у 149, т. е. 14,9<sup>0</sup>% съ истинною конъюгатою въ 9,45 смм. и менѣе, а въ соединеніи съ произведенными въ этой же клиникѣ уже раньше измѣреніями получилъ 13,1<sup>0</sup>% узкихъ тазовъ. Эта громадная разница, существующая какъ кажется на самомъ дѣлѣ, такъ какъ едва ли могъ у меня ускользнуть хоть одинъ случай съ истинною конъюгатою въ 9,4 смм. и менѣе, доказываетъ вполнѣ, что въ Голштиніи господствуютъ своеобразныя условія, вредно вліяющія на нормальное развитіе костей, между тѣмъ какъ въ верхней Баваріи искривленія таза встрѣчаются довольно рѣдко».

Въ 1877 году появилась статья того-же *Hecker*'а <sup>3)</sup>, трактующая тоже о частотѣ узкихъ тазовъ въ Мюнхенѣ, но цифры, представленныя теперь, какъ разъ на столько же разнятся отъ означенныхъ раньше, на сколько точность метода измѣренія превышаетъ простое наблюденіе. Чтобы эту разницу выставить на видъ какъ можно рельефнѣе, я предоставляю голосъ и здѣсь самому *Hecker*'у, приводя его слова дословно. «Я заявилъ уже раньше—говоритъ *Hecker*,— что на 1584 родовъ получились у меня

<sup>1)</sup> Klinik der Geburtskunde. Beobacht. u. Unters. aus der Gebäranstalt zu München. Band I von *Hecker* u. *Ruhl*. Leipzig 1861.

<sup>2)</sup> Klinik der Geburtskunde. Beobacht. u. Unters. aus der Gebäranstalt zu München. Band II von *Hecker*. Leipzig 1864.

<sup>3)</sup> v. *Hecker*. Bemerkungen über d. Frequenz d. Dammverletz. u. d. engen Beckens in d. Gebäranstalt München. I. e.

18, т. е. 1,1%, затѣмъ на 3519 родовъ 33, т. е. 0,9% узкихъ тазовъ, и изъ за этихъ цифръ навелъ на себя упрекъ въ томъ, что въ моихъ наблюденіяхъ повѣрно ускользнуло много случаевъ узкихъ тазовъ, такъ какъ ихъ незначительное количество противорѣчитъ всѣмъ наблюденіямъ, произведеннымъ въ самыхъ различныхъ мѣстахъ Германіи. *Dohrn* (Ueber Beckenmessung въ *Vollmann's Sammlung klinischer Vorträge* № 11. 1870) прибавляетъ къ тому, что приведенныя мною племенные различія и нѣсколько другой образъ жизни населенія Баваріи не могутъ играть въ предѣлахъ Германіи такой роли, чтобы повлечь за собою значительное разнообразіе въ строеніи таза. Тоже повидимому только меня касалось его замѣчаніе, что нельзя придавать какого-либо значенія заявленіямъ родильныхъ домовъ, что узкіе тазы попадаются рѣдко, если вслѣдъ за тѣмъ прибавляютъ, что подробныя измѣренія таза у нихъ не производятся; только тотъ въ правѣ говорить о частотѣ узкихъ тазовъ, кто во всѣхъ попадающихся ему акушерскихъ случаяхъ измѣряетъ тазъ по всѣмъ правиламъ. Я далеко отъ того, чтобы не согласиться съ этими воззрѣніями *Dohrn'a*. Но и въ этомъ отношеніи устройство Мюнхенскаго родильнаго дома своеобразны и неблагоприятны для производства правильныхъ, систематическихъ измѣреній, хотя бы потому, что количество платицъ чрезвычайно велико: эти требуютъ спеціальнаго ухода, поступаютъ почти всегда послѣ наступленія родовыхъ болей, а при выискѣ неохотно поддаются всѣмъ манипуляціямъ тазоизмѣренія. Такимъ образомъ вполне естественно, что въ моихъ заявленіяхъ заключается только то, что наблюдалось на самомъ дѣлѣ, и если вслѣдствіе этого количество узкихъ тазовъ означено очень низко, то я долженъ прибавить, что послѣдующіе годы не принесли съ собою большой перемены въ этомъ отношеніи, такъ какъ въ настоящее время у меня на 14519 родовъ отмѣчено 227 узкихъ тазовъ, что составляетъ 1,6%. Такимъ образомъ путемъ наблюденія, но безъ подробныхъ измѣреній таза получаемъ для Мюнхена незначительное количество узкихъ тазовъ. Оно находитъ себѣ подтвержденіе и въ небольшомъ количествѣ перфораций (16), произведенныхъ за это время въ случаяхъ узкаго таза (1:907). Тѣмъ не менѣе противорѣчіе, въ которомъ я нахожусь съ прочими изслѣдователями, и упрекъ *Dohrn'a* касательно измѣреній таза, заставили меня предложить моему ассистенту, д-ру *Gregory*, пополнить этотъ пробѣлъ. Въ настоящее время я уже могу сообщить результаты его измѣреній, произведенныхъ на 300 женщинахъ, и дѣлаю это тѣмъ охотнѣе, что они, повидимому, подтверждаютъ мнѣніе моихъ противниковъ, такъ какъ и баварскій народъ производитъ значительно большее количество узкихъ тазовъ, чѣмъ я могъ предполагать, основываясь лишь на простомъ наблюденіи. На 300 тазовъ найдено 58 съ истинною конъюгатаго въ 9,4 смм. и менѣе, т. е. 19,3%. Притомъ слѣдуетъ однако замѣтить, что большинство этихъ тазовъ представляютъ небольшое суженіе».

Въ надеждѣ выяснитъ себѣ и для нашего Заведенія этотъ вопросъ систематическими—наружнымъ и внутреннимъ—измѣреніями большаго количества тазовъ я и принялъ на себя, по предложенію д-ра *Э. Черневскаго*,

этотъ трудъ тѣмъ охотнѣе, что, на сколько мнѣ извѣстно, систематическія измѣренія русскихъ роженицъ для опредѣленія частоты узкихъ тазовъ въ Россіи до сихъ поръ еще не производились.

Собирая литературныя данныя касательно интересующаго меня вопроса, мнѣ приходилось довольно часто встрѣчать пререканія авторовъ, что тѣмъ или другимъ матеріаломъ нельзя воспользоваться, потому что многіе, довольствуясь сообщеніемъ выведенныхъ среднихъ величинъ, не подали ни таблицъ отдѣльныхъ измѣреній размѣровъ таза, ни самаго метода измѣренія. Поэтому я, прежде чѣмъ приступить къ своимъ измѣреніямъ, считая должнымъ посвятить нѣсколько словъ какъ самому матеріалу, такъ и способу, по какому я его обрабатывала для преслѣдуемой мною цѣли.

Состоя врачемъ-экстерномъ при С-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи и дежуря такимъ образомъ въ недѣлѣ однѣ сутки, я, начиная съ 15-го октября 1890 г. измѣряла тазы всѣхъ безъ исключенія роженицъ, поступавшихъ въ заведеніе въ продолженіи моего дежурства. Такъ какъ съ 1-го января 1891 г., послѣ введенія спеціальнаго отдѣленія для законнорождающихъ женщинъ, я пользовался лишь поступающими въ отдѣленіе для незаконнорождающихъ, лѣтомъ же въ продолженіи мѣсяца вовсе не производилъ измѣреній, то лишь къ концу октября 1891 г. могъ собрать 400 случаевъ, которыми и ограничился.

Какъ я уже имѣлъ случай упомянуть выше, родильный покой у насъ переполненъ весьма часто. Поэтому наружные размѣры таза я измѣрялъ въ большинствѣ случаевъ лишь на 3-и сутки послѣ родовъ, а въ родильнѣ слѣдилъ за ходомъ родового акта и измѣрялъ діагональную конъюгату, гдѣ это оказывалось еще возможнымъ. Вслѣдъ за роженіемъ младенца я осматривалъ головку и отмѣчалъ особенности ея конфигураціи, а послѣ того, какъ онъ былъ вымытъ, каждый разъ лично взвѣшивалъ его и измѣрялъ туловище и головку, причѣмъ слѣдовалъ указаніямъ *Schroeder'a*; поэтому касательно исходныхъ точекъ для каждаго отдѣльнаго размѣра позволю себѣ на него сослаться,—онѣ помѣчены въ его «*Lehrbuch der Geburtshülfe Bonn 1882*» на стр. 59.

На третьи сутки послѣ родовъ я измѣрялъ наружные размѣры таза всѣхъ разрѣшившихся въ мое дежурство, т. е. производилъ измѣренія не только у тѣхъ, которыхъ въ родильнѣ не успѣлъ измѣрить, но повторялъ измѣреніе и тѣхъ, наружные размѣры которыхъ были уже измѣрены мною во время родовъ. Этотъ повидимому лишній трудъ я задавалъ себѣ потому, чтобы всѣ мои измѣренія были произведены при одинаковыхъ условіяхъ, такъ какъ безпокойное состояніе роженицы и напряженіе брюшныхъ покрововъ могли легко повліять на точность измѣренія. Изъ наружныхъ размѣровъ измѣрялись систематически только четыре: *Dist. spinar. ant. sup. oss. il.*, *Dist. labior. extern. crist. oss. il.*, *Dist. trochant.* и *Conjugata exter.* Для этого я пользовался видоизмѣненнымъ по *Martin'u* тазомѣромъ *Bau-*

*deloquée* (compas d'épaisseur) съ дѣленіями на сантиметры, каковой у насъ въ заведеніи употребляется по преимуществу <sup>1)</sup>). Что же касается исходныхъ точекъ для этихъ размѣровъ, то я придерживался вполнѣ общепринятаго метода, изложеннаго *Michaelis* оми въ его трудѣ «Das enge Becken» <sup>2)</sup>). Наружные косые размѣры измѣрялись только въ исключительныхъ случаяхъ.

На пятый день послѣ родовъ, накануне выписки родильницъ изъ заведенія, производилось послѣ предварительнаго опорожненія кишечника и мочевого пузыря въ положеніи женщины на спинѣ съ нѣсколько приподнятымъ тазомъ внутреннее изслѣдованіе, причемъ кромѣ измѣренія діагональной конъюгаты я не упустилъ изъ виду всѣхъ тѣхъ моментовъ, которые даютъ хотя бы приблизительное понятіе о формѣ изслѣдуемаго таза, какъ извѣстно, лишь съ большимъ трудомъ узнаваемой на живомъ материалѣ. И такъ, кромѣ вмѣстимости полости малаго таза, я оцупываніемъ безымянной линіи старался опредѣлить направленіе и степень ея вогнутости; кромѣ того обращалъ вниманіе на высоту стоянія мыса, на ширину и форму крестцовой кости, на высоту и наклонъ симфиза. Считаю лишнимъ присоединять, какъ я далекъ отъ этого, чтобы результатамъ, полученнымъ путемъ такого изслѣдованія, придавать значеніе фактовъ, стоящихъ хотя бы приблизительно на равнѣ съ тѣми данными, которые намъ даютъ объективное изслѣдованіе таза при помощи тазомѣра. Поэтому, опасаясь придать характеру моихъ изслѣдованій даже самую легкую окраску оцѣнки, основанной на чисто субъективной почвѣ, я въ моихъ таблицахъ отдѣльныхъ измѣреній помѣстилъ какъ результатъ внутренняго изслѣдованія только діагональную конъюгату, т. е. только ту величину, которую могъ измѣрять. Однако считаю должнымъ упомянуть, хотя бы только на этомъ мѣстѣ, что мнѣ не разъ приходилось убѣдиться въ справедливости словъ, высказанныхъ *Litzmann* оми въ его «Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884», на стр. 23: «Измѣреніе таза даетъ намъ дѣйствительно самое вѣрное понятіе о степени суженія въ отдѣльныхъ направленіяхъ, однако изслѣдованіе и прочихъ отношеній далеко не бесполезно, какъ для опредѣленія формы и причины суженія вообще, такъ и для правильнаго толкованія результатовъ самого измѣренія».

Диагональная конъюгата измѣрялась при выпискѣ тоже у всѣхъ родильницъ, т. е. за небольшимъ исключеніемъ повторялось измѣреніе и у тѣхъ, діагональная конъюгата которыхъ была уже измѣрена во время родовъ; только въ 20—30 случаяхъ діагональная конъюгата не была измѣрена ни во время родовъ, ни въ послѣродовомъ періодѣ. Придавъ этому размѣру основное значеніе для моихъ измѣреній, я былъ вынужденъ эти случаи считать потерянными и не помѣстилъ ихъ въ таблицы, безъ опасенія однако повліять этимъ на точность моихъ выводовъ. Какъ въ выборѣ руки

<sup>1)</sup> *А. Красовскій*. Оперативное акушерство со включеніемъ ученія о неправильностяхъ женскаго таза. 3-е изданіе. СПБ. 1885 г. ф-лг. 39.

<sup>2)</sup> pg. 84, 89, 93 и 97.

(2 пальца лѣвой руки) такъ и во всемъ прочемъ при измѣреніи діагональной конъюгаты я руководствовался правилами, предложенными *Michaelis*'омъ для этой цѣли <sup>1)</sup>). *Michaelis* говоритъ, что при благопріятныхъ обстоятельствахъ можно измѣрить всегда и при томъ исполнѣ точно діагональную конъюгату въ 13,5 см. При моихъ измѣреніяхъ я могъ исполнѣ убѣдиться въ справедливости этихъ словъ, такъ какъ при нѣкоторомъ терпѣніи и соблюденіи всѣхъ предосторожностей, главнымъ образомъ при осторожномъ прохожденіи къ мысу и не послѣднемъ надавливаніи на промежность, мнѣ всегда удавалось въ послѣдородовомъ періодѣ измѣрить діагональную конъюгату: у перворожавшихъ въ 13,0 см., а у многожавшихъ въ 13,25 и даже въ 13,5 см. Относительно того вопроса, на сколько избранное мною время послѣдородоваго періода благопріятно для измѣренія діагональной конъюгаты, то хотя ширина входа во влагалище и самага рукава и уступчивость промежности съ одной стороны дѣлають внутреннее изслѣдованіе двумя пальцами и измѣреніе діагональной конъюгаты исполнѣ удобнымъ и почти безболѣзненнымъ, однако съ другой стороны нельзя не согласиться съ *Michaelis*'омъ, что низкое стояніе матки въ это время мѣшаетъ свободному проведенію пальцевъ къ мысу, хотя, долженъ прибавить, не на столько, чтобы измѣреніе вслѣдствіе этого оказалось невозможнымъ: почти всегда мнѣ удавалось довольно легко отодвинуть матку вверхъ или въ сторону проводной линіи. При разрывахъ промежности я старался измѣрять діагональную конъюгату въ родильнѣ передъ наложеніемъ швовъ, въ противномъ случаѣ пытался это сдѣлать передъ снятіемъ лигатуръ, причеиъ такіе случаи, въ которыхъ нельзя было достигнуть мыса безъ надавливанія на промежность, вошли въ рубрику потерянныхъ.

Если внутреннее изслѣдованіе или нѣкоторая неправильность механизма въ соотвѣтствующемъ періодѣ родовъ давали поводъ къ измѣренію поперечнаго размѣра выхода таза, то оно производилось по *Breisky* тазомѣромъ съ перекрещивающимися вѣтвями и полученная такимъ образомъ величина вносила въ таблицы безъ какого либо прибавленія на мягкія части (*Dist. tuber. spuria*). При отыскиваніи точекъ приложенія тазомѣра я руководствовался линією, проходящею на уровнѣ передняго края апі поперечно между буграми.

## I. Нормальный тазъ русской женщины.

«Прежде чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію суженій таза, надо безусловно знать величину и форму таза нормальнаго. Какъ для пониманія, такъ и для объясненія себѣ патологическихъ формъ необходимо знать норму» — такъ начинаеть *Zweifel* главу ученія объ узкомъ тазѣ въ своемъ акушерствѣ <sup>2)</sup>). На сколько связь эта сильна, на сколько знаніе нормальнаго таза обуславливаетъ правильное понятіе объ его суженіи, видно изъ того, что

<sup>1)</sup> 1. с. pg. 106.

<sup>2)</sup> *Zweifel*. Lehrbuch der Geburtshülfe. Stuttgart 1887. pg. 371.

вслѣдъ за тѣмъ, какъ *Andreas Vesalius* въ 1543 году впервые описалъ нормальный тазъ подъ именемъ «*pelvis*» и, основываясь на своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ, выступилъ противъ господствующаго до него мнѣнія о расхожденіи тазовыхъ костей у роженицъ, — уже въ 1572 году его ученикъ *J. C. Arantius* открываетъ узкій тазъ, въ которомъ и видитъ самую главную причину тяжелыхъ родовъ. Съ этого времени въ продолженіи трехъ столѣтій развитіе ученія объ узкомъ тазѣ шло совмѣстно и обуславливалось успѣхами, приобретаемыми знакомствомъ съ тазомъ нормальнымъ. Самые выдающіеся акушеры всѣхъ странъ и народовъ внесли свою лепту въ эту сокровищницу, считая все ими приобретенное общимъ достояніемъ, пригоднымъ какъ для нихъ, такъ и для всѣхъ прочихъ народовъ. Но между тѣмъ какъ въ прошломъ столѣтіи какъ Англія, такъ и Франція принимали въ этомъ стремленіи живое участіе и даже первая въ лицѣ *Smellie*, Франція же благодаря *Levet'y*, въ особенности же *Baudelocque'y* опередили своихъ сосѣдей, съ наступленіемъ 19-го столѣтія Германія, какъ выражается *Michaelis* <sup>1)</sup>, припала на себя среди другихъ народовъ первенствующую роль въ обработкѣ вопросовъ, касающихся акушерской науки. Не придавая ни своимъ, ни чужимъ изслѣдованіямъ національнаго характера и считая такимъ образомъ величину нѣмецкаго таза пригоднаго и для себя, авторы другихъ народовъ довольствовались знаніемъ размѣровъ таза нѣмецкаго и считали лишнимъ производить собственные измѣренія. Этимъ и объясняется то обстоятельство, почему размѣры таза часто переходили даже безъ оговорокъ изъ одного сочиненія въ другое, болѣею частью изъ нѣмецкаго въ англійское, французское или русское, почему изъ англійскихъ и французскихъ сочиненій преимущественно въ руководствахъ лишь конца прошлаго и начала нынѣшняго столѣтія встрѣчаются указанія на то, что приводимые размѣры таза опредѣлены или провѣрены авторами лично, — наконецъ, на какомъ основаніи могъ *Cazeaux* <sup>2)</sup> поправлять измѣренія *Velpcau* <sup>3)</sup> по измѣреніямъ нѣмца *Meckel'a*.

Между тѣмъ уже въ 1826 году появилась въ Амстердамѣ статья *Vrolik'a* <sup>4)</sup>, въ которой авторъ описываетъ нѣсколько тазовъ внѣевропейскихъ племенъ, сравниваетъ ихъ съ тазами европейца и приходитъ къ заключенію, что въ каждомъ изъ этихъ племенъ тазъ имѣетъ свои отличительные признаки. Если этотъ общій выводъ, касающійся только внѣевропейскихъ націй и основанный на слишкомъ незначительномъ матеріалѣ, и не могъ, конечно, удержать акушеровъ отъ дальнѣйшей, такъ сказать, космополитизаціи таза европейскихъ племенъ, однако онъ имѣлъ для насъ чрезвычайную цѣнность въ историческомъ смыслѣ. *Vrolik* первый заговорилъ опредѣленно о расо-

<sup>1)</sup> l. c. pg. 48.

<sup>2)</sup> *Cazeaux*. Traité théorique et pratique de l'art des accouch. Paris 1865.

<sup>3)</sup> *J. Velpcau*. Traité élémentaire de l'art des accouch. Paris 1829.

<sup>4)</sup> *Vrolik* Ueber die Verschiedenheiten der Becken bei verschiedenen Menschenrassen. Amsterdam 1826. Deutsch in den. *Froriep's geburtshülfflichen Demonstrationen VII Heft Weimar 1827.* — (цитир. по рефер.).

выхъ различіяхъ женскаго таза и тѣмъ далѣ толчекъ цѣлой литературѣ по этому вопросу.

Я не намѣренъ здѣсь приводить болѣе подробныхъ выводовъ работъ, касающихся этого предмета, или вдаваться въ ихъ оцѣнку. Это бы слишкомъ отвлекло отъ первоначальной цѣли, намѣченной для моей работы. Поэтому я коснусь лишь слегка исторіи развитія ученія о расовыхъ и племенныхъ различіяхъ женскаго таза, а желающихъ ближе познакомиться съ этимъ интереснымъ вопросомъ принужденъ отослать къ работамъ *C. Martin'a*, *Fulmota* и *Schröter'a*, гдѣ съ достаточными подробностями приведено все, опубликованное почти по настоящее время.

И такъ вскорѣ послѣ появленія статьи *Vrolik'a Weber* опубликовалъ свою монографію <sup>1)</sup>, въ которой, принимая за исходную точку форму входа малаго таза, онъ различаетъ 4 первичныя, основныя формы таза (*Ur-formen*), свойственныя различнымъ человѣческимъ расамъ. Эта общественная классификація *Weber'a*, не основанная на почвѣ фактовъ по недостатку матеріала, была преждевременна и не вполне оправдалась позднѣйшими изслѣдованіями.

Послѣ работъ *Vrolik'a* и *Weber'a* этотъ вопросъ былъ на время забытъ, даже наступила въ нѣкоторомъ смыслѣ реакція. Такъ *Stein* <sup>2)</sup> въ 1844 г., правда не опираясь ни на одномъ фактѣ, прямо отрицаетъ всякое существованіе расовыхъ отличій тазовъ, *Foulin* <sup>3)</sup> въ 1864 г. тоже безъ фактическихъ доводовъ не признаетъ отличительныхъ признаковъ между тазами негритянокъ и тазами монгольскаго племени и различаетъ только два типа тазовъ: типъ для расъ черной и желтой и типъ расы кавказской. *Pruner Bay* <sup>4)</sup> въ своемъ сообщеніи, сдѣланномъ въ Парижскомъ Антропологическомъ Обществѣ о тазахъ различныхъ племенъ, соглашается съ общимъ выводомъ работы *Foulin*, но это онъ дѣлаетъ не на основаніи собственныхъ измѣреній, которыхъ онъ почти совѣтъ и не даетъ, но только сопоставляя труды своихъ предшественниковъ: *Vrolik'a*, *Weber'a* и *Foulin'a*.

Но если 1864 годъ изъ за статьи *Foulin'a* имѣетъ для ученія о расовыхъ различіяхъ тазовъ въ нѣкоторомъ смыслѣ отрицательное значеніе, то съ другой стороны въ шестидесятыхъ годахъ начинается рядъ изслѣдованій и публикацій, которыя не только вывели вопросъ о племенныхъ различіяхъ тазовъ

<sup>1)</sup> *M. J. Weber*. Die Lehre von den Ur-u. Rassenformen. der Schädel u. Becken des Menschen. Düsseldorf 1830 (цитир. по рефер.).

<sup>2)</sup> *Stein*. Ueber d. Meinung von Rassenverschiedenheiten. der Becken. Neue Zeitschrift f. d. Geburtshunde herausg. v. Dr. P. Hein. Busch, Dr. J. v. d'Outrepoint, Dr. F. A. v. Ritgen, Dr. E. C. J. v. Siebold. Bd. XV. Heft I. Berlin 1844.

<sup>3)</sup> *Foulin*. Mémoire sur le bassin, considéré dans les races humaines. Archives générales de Médecine. Juillet 1864 (цитир. по рефер.).

<sup>4)</sup> *Pruner Bay*. Etudes sur le bassin, considéré dans les différentes races humaines. Bulletins de la Soc. d'Anthropol. de Paris. T. V. 1864, p. 902 (цитир. по реф.).

изъ предѣловъ сомнѣнія, но даже придали этому ученію извѣстную устойчи-  
вость и опредѣленность,

Такъ *T. Zaaijer*<sup>1)</sup> въ своей диссертациіи представилъ изслѣдованія 26  
явайскихъ тазовъ, описалъ ихъ и сравнилъ тазъ малаекъ съ тазомъ европей-  
скихъ женщинъ. Такъ какъ отличительные признаки малайскихъ тазовъ,  
замѣченные *Zaaijer*омъ, повторяются у всѣхъ авторовъ до (*Vrolijk*) и послѣ  
(*Martin, Franque*) него и такимъ образомъ племенные отличія этихъ та-  
зовъ получаютъ болѣе устойчивый характеръ, позволяющій тазы этого пле-  
мени отличать отъ тазовъ европейскихъ, то я позволю себѣ привести ихъ  
главныя отличительныя черты. Тазы малайскихъ женщинъ имѣютъ очень  
тонкое и нѣжное строеніе, подвздошныя кости плоски, сильно наклонены  
кнаружи и имѣютъ почти всегда прозрачныя мѣста. Крестцовая кость очень  
мало вогнута какъ по направленію длины, такъ и ширины, притомъ она аб-  
солютно уже крестца европейской женщины. Ости сѣдалищныхъ костей  
сильно вдаются внутрь. Входъ малаго таза круглый или продольно-овальный  
съ прямымъ діаметромъ входа по величинѣ равнымъ *Conj. ver.* европейскихъ  
тазовъ и съ весьма короткимъ поперечнымъ размѣромъ. Вслѣдствіе этого раз-  
ница между прямымъ и поперечнымъ діаметромъ входа значительно меньше,  
чѣмъ въ тазвахъ европейскихъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ прямой діаметръ  
даже больше поперечнаго. Такимъ образомъ тазъ малаекъ въ сравненіи съ  
европейскимъ тазомъ представляется какъ поперечно-суженный.

Въ 1866 году появилась статья *Carl'a Martin'a*<sup>2)</sup>, въ которой впер-  
вые былъ затронутъ вопросъ о племенныхъ различіяхъ тазовъ европейскихъ  
народовъ. Съ этой цѣлью *Martin* произвелъ измѣренія 50 нѣмецкихъ жен-  
щинъ, 20 труповъ и 16 сухихъ тазовъ и сравнилъ полученные цифры съ  
соотвѣтствующими данными, найденными у нѣмецкихъ, французскихъ и ан-  
глийскихъ авторовъ. Я имѣлъ случай еще упомянуть, что авторы различныхъ  
европейскихъ народовъ, не подозревая даже возможности племенныхъ разли-  
чій таза, не только производили весьма рѣдко собственные измѣренія, но,  
довольствуясь чужими, приводили послѣднія въ своихъ сочиненіяхъ даже безъ  
соотвѣтствующей оговорки. Поэтому какъ всякій другой занимающійся этимъ  
вопросомъ, такъ и *Martin* могъ найти лишь въ самомъ незначительномъ ко-  
личествѣ англійскихъ и французскихъ сочиненій, указанія на то, что приве-  
денные авторами размѣры основаны на личныхъ измѣреніяхъ. Все-таки срав-  
неніе даже этого небогатаго количества данныхъ позволило *Martin*'у прийти  
къ заключенію, что между тазами различныхъ племенъ кавказской расы  
существуетъ замѣтная разница. «И такъ—говоритъ *Martin*—англичанка  
имѣетъ самый широкій входъ таза съ наименьшею конъюгатю, нѣмка  
самую большую истинную конъюгату, слѣдовательно она имѣетъ самый

<sup>1)</sup> *T. Zaaijer*. Untersuchungen über die Form des Beckens javanischer Frauen. Leiden 1862. Herausg. v. d. holländischen Gesellsch. d. Wissenschaften zu Haarlem 1866 (цитир. по рефер.).

<sup>2)</sup> *Karl Martin*. Beckenmessung an verschiedenen Menschenrassen. Monatschr. f. Geburtskunde u. Frauenk. Bd. 28. 1866 pg. 23.

круглый тазъ. а французенка имѣеть вообще наименѣйшій входъ малаго таза среди этихъ трехъ народовъ». Что касается наружныхъ размѣровъ тазовъ съ мягкими частями, то замѣтная разница между тазами этихъ племень, полученная *Martin*'омъ изъ сопоставленія цифръ своихъ съ почерпнутыми у авторовъ (въ особенности относительно *Dist. spinar.* и *Dist. crist.*, такъ какъ величина *Conj. ext.* у всѣхъ авторовъ почти одинакова), съ одной стороны правда основана на слишкомъ незначительномъ количествѣ не нѣмецкихъ сочиненій, съ другой стороны однако находятъ себѣ подтвержденіе въ точно такомъ-же отношеніи размѣровъ тазоваго входа. На основаніи этихъ своихъ изслѣдованій *Martin* въ концѣ отдѣла, трактующаго о племенныхъ различіяхъ таза европейскихъ народовъ, приходитъ къ заключенію, что нѣкоторыя племенные различія въ тазахъ европейскихъ народовъ существуютъ, но разница въ величинѣ большинства соответствующихъ размѣровъ не превышаетъ одного сантиметра.

«Совсѣмъ другія цифры—говоритъ *Martin*—я получилъ въ Бразиліи при измѣреніи женщинъ вѣвропейскихъ расъ». Въ подтвержденіе этого онъ приводитъ наружные размѣры тазовъ 17 женщинъ и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. *Dist. spinar.* и *Dist. crist.*, а также разница между этими двумя размѣрами у всѣхъ этихъ представительницъ вѣвропейскихъ расъ небольшая и во всякомъ случаѣ значительно меньше чѣмъ у европейскихъ женщинъ, между тѣмъ какъ *Conj. ext.* по величинѣ соответствуетъ этому размѣру европеекъ, только у американскихъ туземокъ она нѣсколько меньше. Конечно эти выводы, какъ основанные на слишкомъ незначительномъ матеріалѣ, могли бы дать поводъ къ серьезнымъ сомнѣніямъ, если бы не находили себѣ подтвержденія въ измѣреніяхъ сухихъ тазовъ, произведенныхъ какъ *Martin*'омъ, такъ и его предшественниками. *Martin* измѣрилъ 27 сухихъ тазовъ, къ нимъ прибавилъ измѣренія *Vrolik'a*, *Foulin'a* и *Zaaijer'a* и такимъ образомъ составилъ таблицу измѣреній 50 тазовъ вѣвропейскихъ племень. «Такимъ образомъ—говоритъ *Martin*—результаты изслѣдованія сухихъ тазовъ въ главныхъ чертахъ соответвуютъ измѣреніямъ живыхъ женщинъ. Тазы вѣвропейскихъ расъ, по крайней мѣрѣ тѣхъ, про которыхъ имѣются болѣе точныя свѣдѣнія, меньше европейскихъ, главнымъ же образомъ перевѣсъ европеекъ высказывается въ поперечныхъ діаметрахъ. Только немногіе тазы этой таблицы достигаютъ въ своихъ поперечныхъ размѣрахъ средней величины поперечниковъ европейскихъ тазовъ. Да нѣкоторыя изъ нихъ, притомъ именно женщинъ, рожавшихъ вполне нормально, показываютъ столь небольшую величину своихъ поперечныхъ діаметровъ, въ сравненіи съ этими же размѣрами европейскихъ тазовъ, что они считались бы у насъ сужеными. Величина прямыхъ діаметровъ, напротивъ, превышаетъ европейскую среднюю—во многихъ тазахъ въ отношеніи къ прочимъ размѣрамъ, въ нѣкоторыхъ даже абсолютно».

Я позволилъ себѣ нѣсколько подробнѣе привести результаты статьи *Martin'a* въ виду того, что она впервые затрогиваетъ вопросъ перво-степенной важности для моей работы—вопросъ о племенныхъ различіяхъ

тазовъ европейскихъ народовъ; кромѣ того въ его статьѣ собрано самымъ тщательнымъ образомъ все, написанное до него по вопросу о расовыхъ различіяхъ тазовъ вообще, и наковецъ хотя въ послѣдніе два десятка лѣтъ появлялись во временахъ статьи по этому предмету, однако матеріалъ, собранный и по настоящимъ время, на столько бѣденъ по количеству, что вопросъ о расовыхъ различіяхъ тазовъ едва ли во многомъ подвинулся со временъ *Martin'a*.

Такъ *Franque* <sup>1)</sup> въ 1869 г. описалъ только пять новыхъ тазовъ, къ тому же принадлежащихъ къ различнымъ племенамъ, а потому и статья его имѣетъ развѣ только значеніе свѣдѣній предшествовавшихъ измѣреній. Собравъ весь описанный матеріалъ, *Franque* пришелъ къ высказанному уже до него заключенію, что по этому матеріалу хотя и констатируются различія въ тазахъ уже многихъ внѣевропейскихъ націй, но онѣ могутъ быть сформулированы въ стойкія и опредѣленные положенія лишь въ тазахъ малайскихъ.

*G. Fritsch* въ своемъ анатомическомъ и этнографическомъ описаніи туземцовъ южной Африки: кафровъ и готтентотовъ <sup>2)</sup>, между прочимъ приводитъ описаніе и размѣры нѣсколькихъ тазовъ этихъ племенъ. Признаки, замѣченные *Fritsch'*емъ,—тонкость костей, малая величина, узкость, цилиндрическая форма таза, а также относительно (у готтентотовъ по *Fritsch'*у даже абсолютно) бѣлая величина прямого размѣра входа—подтверждаютъ вполнѣ результаты прежнихъ изслѣдователей африканскихъ тазовъ.

Статья *Verneau* <sup>3)</sup> имѣетъ значеніе лишь по отношенію къ тазамъ французскимъ, измѣреннымъ въ количествѣ около 100, что же касается внѣевропейскихъ націй, то 29 женскихъ тазовъ этихъ племенъ принадлежатъ къ столь многочисленнымъ народамъ, что у нѣкоторыхъ изъ нихъ описано только по 1 или 2 таза.

*Wernich* <sup>4)</sup> въ своемъ сообщеніи, сдѣланномъ въ собраніи нѣмецкихъ гинекологовъ въ Мюнхенѣ, о тазахъ и родахъ у восточно-азиатскихъ народовъ, говоритъ о тазѣ японки, причемъ обращаетъ вниманіе на подмѣченное имъ замѣтное разнообразіе и непостоянство отношенія конъюгаты къ поперечнику входа тазовъ обитательницъ Японіи. На основаніи своихъ измѣреній 11 женщинъ и таблицы *Dönitz'a*, состоящей изъ размѣровъ 7 японскихъ тазовъ, *Wernich* приходитъ къ заключенію, что Японію населяютъ двѣ различныя расы. Широкіе таза—это форма таза коренныхъ

<sup>1)</sup> *O. con Franque*. Ueber die weiblichen Becken verschiedener Menschenraßen. Въ v. Scanzoni's Beiträge zur Geburtsk. u. Gynaek. Bd. VI Würzburg 1869.

<sup>2)</sup> *G. Fritsch*. Die Eingeborenen Südafrika's ethnograf. u. anatom. beschrieben. Breslau 1872.

<sup>3)</sup> *Verneau*. Le bassin dans les sexes et dans les races. Paris 1875.

<sup>4)</sup> *Wernich*. Ueber Becken-u. Entbindungsverhältnisse ostasiatischer Völker. Archiv f. Gynaekol. Bd XII. 1877.

жителей этой страны, а тазы суженные въ поперечномъ диаметрѣ,—это смѣсь первичной формы и тазовъ малайскихъ. Эта смѣшанная форма таза свойственна теперешнимъ жителямъ южной части Японіи, которую именно населяютъ въ преобладающемъ большинствѣ потомки Малайцевъ, поработившихъ Японію и въ послѣдствіи перемѣшавшихся съ ея жителями.

Если мы только вспомнимъ о сообщеніи *Hennig*'а <sup>1)</sup> и о статьѣ *H. Fritsch*'а <sup>2)</sup> какъ о трудахъ, имѣющихъ для насъ значеніе лишь сведенія предшествовавшихъ измѣреній, то въ порядкѣ вещей перейдемъ къ монографіи *Prochowick*'а <sup>3)</sup>, посвященной антропологическому изслѣдованію живаго таза. Онъ произвелъ измѣренія тазовъ пѣмекскихъ мужчинъ и женщинъ и составилъ таблицы какъ своихъ измѣреній, такъ и почерпнутыхъ у авторовъ, работавшихъ надъ тазами другихъ племенъ кавказской расы, а также и вѣвроейскихъ націй. «Изъ всѣхъ этихъ таблицъ—говоритъ *Prochowick* на стр. 97—можно вывести то заключеніе, что даже у близко сосѣдствующихъ европейскихъ народовъ существуютъ несомнѣнныя различія въ типѣ, которыя проявляются на живыхъ въ замѣтно различныхъ цифрахъ. Это положеніе подтверждается и у вѣвроейскихъ племенъ, хотя здѣсь оно можетъ быть основано только на небольшомъ количествѣ произведенныхъ измѣреній». Дальше на стр. 98: «Хотя эти различія въ типѣ проявляются гораздо рѣзче и виднѣе у мужчинъ, но онѣ повторяются и у женщинъ».

*Prochowick* былъ первый въ заграничной литературѣ, который въ кругъ своихъ изслѣдованій ввелъ и славянское племя. Это онъ могъ сдѣлать только благодаря трудамъ *Филатова* и *Schröter*'а, такъ какъ *Филатовъ* <sup>4)</sup> былъ первый, работавшій надъ нормальнымъ тазомъ русской женщины, именно съ точки зрѣнія его племенныхъ особенностей и отличительныхъ признаковъ. «Въ литературѣ какъ русской, такъ и иностранной—говоритъ *Филатовъ*—какъ акушерской, такъ и антропологической не существуетъ, на сколько мнѣ извѣстно, ни одной работы, произведенной съ цѣлью опредѣлить размѣры таза русской женщины. *Гарфункель* въ своей диссертациі <sup>5)</sup> кромѣ диаметровъ выхода таза измѣрилъ еще на 66 трупахъ истинную и діагональную конъюгату, но воспользоваться ими трудно, такъ какъ національность женщинъ не указана». Умалчивая притомъ совсѣмъ о методѣ измѣренія, *Гарфункель* тѣмъ болѣе

<sup>1)</sup> *Hennig*. Ueber Durchschnitte von Raçenbecken. Archiv. f. Gynaekol. Bd. XII и XIII.

<sup>2)</sup> *H. Fritsch*. Das Raçenbecken u. s. Messung. Mittheilungen d. Vereins f. Erdkunde zu Halle a S. 1878. (цитир. по рефер.).

<sup>3)</sup> *Prochowick*. Beiträge zur Anthropologie d. Beckens. Archiv f. Anthropol. Bd. XVII Heft 1 и 2. 1887.

<sup>4)</sup> *Филатовъ*. Матеріалы для опредѣленія формы и средней величины русскаго женскаго таза. Диссерт. Москва 1877.

<sup>5)</sup> *Гарфункель*. Объ измѣреніи выхода таза въ акушерскомъ отношеніи. Диссерт. СПб. 1876.

лишилъ меня возможности воспользоваться его измѣреніями наружныхъ размѣровъ таза, произведенными какъ на этихъ 66 трупахъ, такъ и на 90 правильныхъ тазахъ живыхъ женщинъ.

Первую главу своей прекрасной диссертациі *Филатовъ* посвятилъ весьма тщательной разработкѣ всѣхъ сочиненій, трактующихъ о племенныхъ различіяхъ тазовъ. Затѣмъ онъ переходитъ къ разсмотрѣнію таблицы размѣровъ тазовъ европейскихъ народовъ, составленной имъ по даннымъ нѣмецкихъ, французскихъ и англійскихъ сочиненій, но притомъ только такихъ, въ которыхъ можно было встрѣтить указанія, что приведенные въ нихъ размѣры опредѣлены или проверены авторами лично. «Какъ видно изъ сравнительной таблицы—говоритъ *Филатовъ*—полнаго согласія въ измѣреніяхъ отдѣльныхъ авторовъ нѣтъ, но разогласіе значительно больше между авторами различныхъ національностей. Выводить среднія цифры изъ среднихъ величинъ различныхъ авторовъ, какъ это сдѣлалъ *Martin*, едва ли будетъ правильно, такъ какъ приведенныя авторами среднія, выведены изъ различнаго, но обыкновенно не упоминаемаго количества измѣреній, а потому остается принять за средніе размѣры таза данной національности тѣ числа, въ которыхъ согласны большинство ея авторовъ». Получивъ такимъ образомъ возможность сравнить тазъ русскій съ тазами другихъ племенъ, *Филатовъ* переходитъ во второй главѣ къ собственнымъ измѣреніямъ.

Матеріалъ, которымъ пользовался *Филатовъ*, составляли 50 сѣжо оперированныхъ тазовъ и 197 измѣреній, произведенныхъ на роженицахъ Московской акушерской клиники. Что касается выводовъ изъ работы *Филатова*, то я ограничусь лишь тѣми изъ нихъ, которые имѣютъ акушерское значеніе, т. е. главными наружными размѣрами и діаметрами тазового входа. Начиная съ тазовъ, лишенныхъ мягкихъ частей, пахотимъ, что величина *Dist. spinar. os. il. ant. sup.* и *Dist. lab. exter. crist. os. il.* по *Филатову* въ русскихъ тазахъ (22,6 и 26,4 см.) на одинъ сантиметръ меньше величины тѣхъ же діаметровъ нѣмецкихъ и почти равна величинѣ ихъ въ тазахъ французскихъ. Разница между величинами *Dist. spinar.* и *Dist. cristar.* въ русскихъ тазахъ (3,8 см.) больше чѣмъ въ нѣмецкихъ и французскихъ. Средняя величина поперечнаго діаметра входа русскаго таза (13,18 см.) нѣсколько меньше величины поперечнаго діаметра нѣмецкихъ и французскихъ тазовъ и значительно меньше средней величины того же размѣра англійскаго таза.

Что касается конъюгаты, то средняя величина истинной конъюгаты русскихъ тазовъ (11,18 см.) не превышаетъ этой величины французскихъ и на 0,4 ст. болѣе средней величины конъюгаты нѣмецкой. Діагональная конъюгата русскихъ тазовъ (12,9 см.) превышаетъ величину нѣмецкой и, какъ кажется, тоже французской. Наружная конъюгата русскихъ тазовъ (18,4 см.) не превышаетъ величины наружной конъюгаты тазовъ нѣмецкихъ. Вслѣдствіе того, что у русскихъ истинная конъюгата, какъ было сказано выше, больше нѣмецкой, а наружная конъюгата одинакова у обоихъ народовъ, получается противорѣчіе, которое, однако, теряетъ вся-

кое значеніе, если обратить вниманіе на тѣ факторы, отъ которыхъ между прочимъ зависить величина наружной конъюгаты, а именно на толщину лоннаго соединенія (по *Филатову* 1,2 стм., по *Schroeder'у* 1,25—1,75 стм.), въ особенности же на толщину задней стѣнки таза (по *Филатову* 7,0 стм., по *Dohrn'у* 7,5 стм.). Что касается наружной конъюгаты французскихъ тазовъ, то ее измѣрилъ только *Pinard* и нашелъ равною 17,6 стм. («Nouvelles recherches de pelvimetrie et de pelvigraphie sur la forme et les diametres antero-posterieurs 1874»). У англичагъ *Филатовъ* не встрѣтилъ указанія ни относительно діагональной конъюгаты, ни относительно наружной, что же касается истинной конъюгаты английскихъ тазовъ, то указанія *Филатова* въ этомъ отношеніи, сдѣланныя имъ въ различныхъ мѣстахъ, на столько противорѣчатъ другъ другу, что невозможно разобрать, гдѣ именно кроется ошибка.

Дальше *Филатовъ* занимается вопросомъ о соотношеніи конъюгатъ. На основаніи соответствующихъ трудовъ *Michaelis'a*, *Dohrn'a*, *Schroeder'a* и *Credè Филатовъ* приходитъ къ заключенію, что средняя разница между истинною и наружною конъюгатою пѣмецкой женщины = 9,9 стм. (въ этомъ 1,8 стм. составляетъ толщину мягкихъ частей); по *Pinard'у* эта величина у франуженокъ = 10,2 стм., принимая толщину мелкихъ частей въ 1,9 стм. По *Филатову* средняя разница между истинною и наружною конъюгатою русскаго таза, лишеннаго мягкихъ частей, составляетъ 7,2 стм., а такъ какъ толщина мягкихъ частей опредѣлена имъ въ одинъ стм., то, чтобы судить о Conj. ver. по Conj. ext., измѣренной съ мягкими частями, нужно вычесть изъ послѣдней 8,2 стм. Сравнивая наружную конъюгату съ истинною *Dohrn* <sup>1)</sup> нашелъ, что разница между ними увеличивается по мѣрѣ увеличенія Conj. ext., такъ что увеличеніе истинной конъюгаты не соответствуетъ увеличенію наружной, почему и пришелъ, подобно *Schroeder'у* <sup>2)</sup>, къ заключенію, что по величинѣ наружной конъюгаты, измѣренной на роженнѣ, нельзя судить о величинѣ Conj. ver. По *Филатову*, напротивъ, разница между этими конъюгатами есть величина довольно постоянная за исключеніемъ только самыхъ малыхъ наружныхъ конъюгатъ, при которыхъ разница меньше, чѣмъ при конъюгатахъ большей величины. Такимъ образомъ *Филатовъ* не согласенъ съ *Dohrn'омъ* и допускаетъ возможность судить объ истинной конъюгатѣ по величинѣ наружной, «хотя — говорить — нельзя прибавить, что колебаніе разницы между ними все-таки довольно значительно, а потому и заключеніе должно быть сдѣлано съ осторожностью, т. е. всегда нужно помнить, что по наружной конъюгатѣ можно составить только приблизительное понятіе о конъюгатѣ истинной». Что касается соотношенія діагональной и истинной конъюгаты, то *Филатовъ* нашелъ, что средняя

<sup>1)</sup> *Dohrn*. Ueber d. Beziehungen zwisch. Conj. ext u. Conj. vera. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 29. 1867. pg. 291.

<sup>2)</sup> *Schroeder*. Ueber den Werth d. versch. Messungsmethoden z. Schätzung der. Conj. vera an d. Lebenden. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 29. 1868. pg 23.

разница между Conj. diag. и vera совершенно та же, какъ и означенная въ соответствующихъ изслѣдованіяхъ нѣмецкихъ авторовъ <sup>1)</sup>, именно она равна 1,7 стм.; величина разницы колеблется отъ 1,0 до 2,5 стм.

Косые діаметры входа русскихъ тазовъ по *Филатову* (правый 12,9, лѣвый 12,8 стм.) больше нѣмецкихъ и французскихъ, но далеко меньше косыхъ діаметровъ англійскаго таза. Наоборотъ, наружные косые размѣры русскихъ тазовъ (правый 20,6, лѣвый 20,7 стм.) меньше соответствующихъ размѣровъ тазовъ нѣмецкихъ. Это противорѣчье *Филатовъ* объясняетъ себѣ не одинаковою толщиною и длиною гребенка подвздошныхъ костей; послѣдній дѣйствительно короче въ русскихъ тазахъ. Что касается соотношенія между внутренними и наружными косыми размѣрами, то *Филатовъ* на основаніи своихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи приходитъ къ заключенію, что не только не представляется возможнымъ судить о величинѣ косыхъ діаметровъ по величинѣ наружныхъ, но даже невозможно по разницѣ между наружными косыми размѣрами получить понятіе о разницѣ между внутренними. Этотъ выводъ *Филатова* служитъ полнымъ подтвержденіемъ результатовъ изслѣдованій *Schneider'a* <sup>2)</sup>, который въ своей монографіи къ вопросу о распознаваніи косо-суженныхъ тазовъ приходитъ къ точно такому же заключенію и потому считаетъ лишнимъ трудъ производить довольно затруднительное измѣреніе этого размѣра, такъ какъ при значительно косо-суженныхъ тазахъ мы замѣтимъ это уклоненіе по много болѣе вѣрнымъ признакамъ. распознаваніе же небольшихъ скошеній таза остается при нашихъ настоящихъ вспомогательныхъ средствахъ все еще дѣломъ случайности.

Наружные размѣры тазовъ съ мягкими частями, измѣренныя *Филатовымъ* у роженицъ, пополняютъ результаты вышензложеннаго изслѣдованія тазовъ, не противорѣча имъ нигдѣ, напротивъ того подтверждая таковыя, конечно въ границахъ возможности. «Изъ моей таблицы видно,—говоритъ *Филатовъ*—что Dist. spin. os. il. ant. sup. и Dist. lab. ext. crist. os. il. русскихъ тазовъ съ мягкими частями (23,7 и 27,5 стм.) меньше тѣхъ-же размѣровъ нѣмецкихъ тазовъ, а разница между ними совершенно та же, что и въ тазахъ, лишенныхъ мягкихъ частей, т. е. 3,8 стм. На мягкія части русскихъ тазовъ приходится 1,1 стм., какъ для Sp. il., такъ и для Cr. il., что близко сходится съ толщиною мягкихъ частей, опредѣленною *Michaelis'омъ*, но значительно разнится отъ толщины въ 2 стм., полученной другими нѣмецкими авторами». Наружная конъюгата русскихъ тазовъ съ мягкими частями по *Филатову* = 19,4 стм., такимъ образомъ на мягкія части приходится 1,0 стм. Изъ сравненія этой величины, полученной для наружной конъюгаты, съ соответствующимъ размѣромъ другихъ авторовъ *Филатовъ* пришелъ къ заключенію, что русскую наруж-

<sup>1)</sup> *Dohrn*. Die Erkenntniss der Conj. vera aus d. Maasse der Conj. diag. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 30. 1867. pg. 241.

<sup>2)</sup> *Schneider*. Zur Diagnose d. schräg-verschobenen. Beckens. Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 29. 1867. pg. 273.

ную конъюгату съ мягкими частями нужно считать меньше наружных конъюгаты нѣмецкой и французской.

Послѣ того какъ *Филатовъ* этимъ своимъ трудомъ подтвердилъ и для славянскаго племени мнѣніе *Martin'a* о существованіи племенныхъ различій въ тазахъ европейскихъ народовъ, послѣднее десятилѣтіе принесло намъ еще двѣ работы, посвященныя изслѣдованію таза этого племени.

Такъ *Schröter* <sup>1)</sup> въ своемъ антропологическомъ изслѣдованіи живаго таза, приводитъ измѣренія женскихъ тазовъ одного изъ народовъ славянскаго племени. Среднія величины наружныхъ размѣровъ, выведенныя *Schröter'омъ* изъ 64 измѣреній польскихъ женщинъ еще больше отклоняются отъ соотвѣтствующихъ размѣровъ нѣмецкихъ тазовъ, такъ какъ всѣ онѣ на нѣсколько десятыхъ меньше даже величинъ, опредѣленныхъ *Филатовымъ* для русскихъ женщинъ. (По *Schröter'y* Dist. spinar. ant. sup. os. il. 23,1 стм., Dist. lab. ext. crist. os. il. 27,18 стм., Conj. ext. 18,71 стм.).

Наконецъ *Г. Рунге* представилъ въ своей диссертациі <sup>2)</sup> размѣры 50-ти женскихъ тазовъ, высушенныхъ обыкновеннымъ способомъ; они взяты изъ музея клиники проф. *Славянскаго* въ С.-Петербургѣ и принадлежать уроженкамъ самыхъ разнообразныхъ мѣстностей Россіи. Среднія величины, выведенныя *Рунге* изъ своихъ измѣреній для различныхъ размѣровъ таза, стоятъ болѣе или менѣе между средними *Филатова* и соотвѣтствующими размѣрами нѣмецкихъ тазовъ. Между тѣмъ какъ всѣ поперечные диаметры таза, наружные и внутренніе, получились у *Филатова* значительно меньше соотвѣтствующихъ размѣровъ, приводимыхъ нѣмецкими авторами, поперечники, выведенные *Рунге* изъ своихъ измѣреній (Dist. spinar. ant. sup. os. il. 23,4 стм., Dist. lab. ext. crist. os. il. 26,7 стм., D. transv. 13,3 стм.), нѣсколько больше *Филатовскихъ* цифръ, но на столько же меньше величины поперечныхъ размѣровъ нѣмецкихъ тазовъ. Прямые размѣры таза находятся снова въ обратномъ отношеніи; они у *Рунге* (Conj. diag. 12,7 стм., Conj. vera 10,9 стм.) меньше конъюгаты, полученныхъ *Филатовымъ*, и вмѣстѣ съ тѣмъ болѣе тѣхъ-же размѣровъ тазовъ нѣмецкихъ. Наружная конъюгата опредѣлена *Рунге* въ 18,1 стм. Косые размѣры *Рунге* (наружные: пр. 20,5 стм., л. 20,4 стм., внутренніе: пр. 13,0 стм., л. 12,8 стм.) почти тождественны съ величинами, приводимыми *Филатовымъ* для этихъ размѣровъ.

Что касается прочихъ моментовъ, затронутыхъ мною при разборѣ работы *Филатова*, то разница между Dist. spin. и Dist. crist. получилась у *Рунге* (3,3 стм) нѣсколько меньше чѣмъ у *Филатова*, но болѣе чѣмъ въ тазахъ нѣмецкихъ. Разница между Conj. diag. Conj. vera (1,7 стм.) и между Conj. ext и Conj. vera (7,2 стм.) по *Рунге* вполнѣ соотвѣтствуетъ тѣмъ же величинамъ, означеннымъ *Филатовымъ* въ его работѣ. Наконецъ

<sup>1)</sup> *Schröter. Anthropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. Dissert. Dorpat. 1884.*

<sup>2)</sup> *Георгій Рунге. Къ ученію о формѣ таза взрослой женщины. Тазъ русской женщины. Диссерт. СПб. 1888.*

изслѣдованіе соотношенія между внутренними и наружными косыми діаметрами съ одной стороны и такого же соотношенія между наружною и истинною конъюгатою, съ другой, привело *Рунге* въ первомъ случаѣ къ результатамъ вполне тождественнымъ съ результатами *Филатова* и *Schneider'a*, во второмъ же *Рунге* расходится съ мнѣніемъ *Филатова* и, присоединяясь къ *Dohrn'u*, думаетъ, что относительная возможность судить по величинѣ наружной конъюгаты объ истинной живой женщины должна представлять и впредь еще вопросъ открытый.

Поперечный діаметръ выхода по *Рунге* и *Гарфункелю* (Dist. tuber. vera: 10,6 см.) нѣсколько меньше величины этого размѣра нѣмецкихъ тазовъ, между тѣмъ какъ прямой размѣръ выхода (Conj. Isth. vera) какъ въ спеціальной работѣ *Гарфункеля* (10,7 см.), такъ и въ таблицѣ *Филатова* (9,8 ст.) превышаетъ тотъ же размѣръ нѣмецкій.

Я не задаясь цѣлью антропологически изслѣдовать тазъ русской женщины, а желая только узнать, на сколько важно для акушера и такимъ образомъ можетъ и должно интересоваться его племенное отлчіе русскаго женскаго таза. Поэтому при разборѣ сочиненій послѣднихъ трехъ авторовъ я и ограничился лишь тѣми размѣрами, которые имѣютъ акушерское значеніе. Но если мы сопоставимъ хотя бы только эти выводы изъ вышеупомянутыхъ работъ, то замѣтимъ, что ихъ авторы могутъ на основаніи своихъ изслѣдованій прийти къ слѣдующему общему заключенію. Въ славянскомъ, а спеціально въ русскомъ женскомъ тазѣ, который болѣе подробно изслѣдованъ, поперечный діаметръ входа меньше соответствующаго размѣра не только англійскихъ но даже нѣмецкихъ и французскихъ тазовъ, и наконецъ русская истинная конъюгата почти равна французской и нѣсколько больше нѣмецкой. Такимъ образомъ *входъ малаго таза русскихъ женщинъ имѣетъ самую круглую форму* среди другихъ упомянутыхъ европейскихъ народовъ и притомъ *въ ущербъ величинѣ поперечнаго діаметра входа*, чему соответствуетъ тоже меньшая величина поперечныхъ наружныхъ размѣровъ русскихъ тазовъ, какъ съ мягкими частями, такъ и скелетированныхъ. Разница между Dist. spinar. и Dist. crist. русскихъ тазовъ больше чѣмъ въ тазахъ французскихъ и нѣмецкихъ.

Какъ и слѣдовало ожидать, авторы, изслѣдовавшіе тазъ славянскаго племени, не вывели изъ своихъ измѣреній среднихъ чиселъ, точь въ точь по величинѣ одинаковыхъ. Я бы сказалъ, что скорѣе можно было бы удивляться, если бы получилось обратное. Вѣдь едва ли кто можетъ сомнѣваться, что прототипъ таза какъ русскаго, такъ и какого либо другого народа, входящаго въ составъ славянскаго племени, такъ сказать, славянской *par excellence*, врядъ ли гдѣ либо сохранился въ полной чистотѣ, такъ какъ не одинаковыя климатическія и соціальныя условія въ продолженіи цѣлыхъ столѣтій, и въ даваوکъ хотя медленная, но постоянная смѣсь съ сосѣдними и притомъ различными племенами,—все это вмѣстѣ не могло не произвести различныхъ модификацій въ формѣ, типичной для таза славянскаго племени.

Если въ свою очередь сравнить матеріаль *Филатова* и *Рунге* по

происхожденію, то замѣтимъ, что только 62% тазовъ Рунне принадлежатъ уроженкамъ губерній съ чисто великорусскимъ населеніемъ, которое служило для Филатова исключительнымъ матеріаломъ. Изъ остальныхъ 38% больше 20% приходится на уроженокъ С.-Петербургской губерніи, коренное населеніе которой составляютъ главнымъ образомъ финны и эстонцы. Что по крайней мѣрѣ таъ эстонокъ по величинѣ какъ своихъ наружныхъ, такъ и внутреннихъ размѣровъ имѣеть полное право къ племеннымъ особенностямъ, на это указалъ въ свое время *Halst* <sup>1)</sup>, а въ послѣдствіи *Schrenck* <sup>2)</sup> доказалъ болѣе подробнымъ изслѣдованіемъ въ своей диссертаци.

Точно также указываютъ извѣстныя изслѣдованія *Naegle*, *Michaelis*'a, *Litzmann*'a, *Martin*'a, *Schroeder*'a и др. ясно на то, что и въ предѣлахъ Германіи существуютъ различія въ величинѣ отдѣльныхъ размѣровъ таза. Этотъ фактъ и нашелъ себѣ выраженіе въ предложеніи *Ploss*'a, сдѣланномъ въ Лейпцигскомъ акушерскомъ обществѣ, избрать комиссію, задачей которой было бы собрать матеріалъ для разъясненія этого вопроса. По заявленію *Leopold*'a подобная «Beckencomission» въ Англіи уже сформировалась.

Такимъ образомъ уклоненія отъ общепринятой нормы, обусловленныя племеннымъ различіемъ русскаго женскаго таза, могутъ имѣть интересъ не только для антрополога, но и для акушера. Въѣдъ входъ малаго таза это мѣсто, на которое акушеръ устремляетъ все свое вниманіе, а при абсолютной или относительной невозможности болѣе точнаго, т. е. непосредственнаго измѣренія мы принуждены по величинѣ наружныхъ размѣровъ и ихъ взаимному отношенію рѣшать вопросы перво-степенной важности. Поэтому и мнѣ приходится, ознакомившись съ результатами моихъ предшественниковъ, прежде чѣмъ приступить къ разбору узкихъ тазовъ, вывести изъ моихъ измѣреній среднія величины и сравнить таковыя съ соответствующими размѣрами другихъ, изслѣдовавшихъ русскій тазъ.

Какъ я уже имѣлъ случай упомянуть выше, матеріалъ, которымъ я пользовался для моихъ измѣреній, составляли — благодаря разрѣшенію глубокоуважаемаго проф. *А. Я. Крассовскаго* — роженицы, поступавшія для родоразрѣшенія въ С.-Петербургское Родовспомогательное заведеніе. Если мы сопоставимъ эти измѣренія мною 400 роженицъ по мѣсту рожденія, то получимъ названія слишкомъ 30 губерній изъ самыхъ разнообразныхъ мѣстностей Европейской Россіи. Первое мѣсто при подобномъ распредѣленіи принадлежитъ С.-Петербургской губерніи, которая дала мнѣ

1) *J. v. Holst*. Beiträge z. Gynaek. u. Geburtsk. II Heft. Tübingen. 1867 (цитир. по рефер.).

2) *Schrenck*. Studien. über Schwangersch., Geburt u. Wochenb. bei der Estin nebst Unters. über d. Becken. ders. Dissert. Dorpat 1880 (цитир. по реф.).

3) *Archiv f. Gynaekol.* Bd. VII. 1875. pg. 391.

104 своихъ уроженокъ ( $25\frac{1}{2}\%$  всѣхъ измѣренныхъ). Слишкомъ  $50\%$  измѣреній (202) произведены у уроженокъ пяти губерній: Тверской 77 ( $19\frac{1}{4}\%$ ), Новгородской 61 ( $15\frac{1}{4}\%$ ), Ярославской 31 ( $7\frac{3}{4}\%$ ), Псковской 22 ( $5\frac{1}{2}\%$ ) и Витебской 12 ( $3\%$ ). Остальные 95 случаевъ ( $23\frac{3}{4}\%$ ) распределяются больше чѣмъ на 25 губерній: Московскую и Олонецкую по 9, Архангельскую и Финляндію по 8, Вологодскую и Костромскую по 7, Эстляндскую 6, Лифляндскую и Рязанскую по 5, Виленскую и Курляндскую по 4, Ковенскую, Смоленскую и Тульскую по 3, Варшавскую и Калужскую по 2, и по 1 на Владимірскую, Вятскую, Курскую, Минскую, Могилевскую, Пензенскую, Пегроковскую, Плоцкую, Полтавскую. Одна родилась въ г. Познани въ Пруссіи.

Изъ этихъ 400 роженицъ русской національности было 363, что составляетъ  $90\frac{3}{4}\%$ . Изъ остальныхъ 37 случаевъ составляютъ почти половину польки (17, т. е.  $4\frac{1}{4}\%$ ) и только 5% принадлежатъ къ представительницамъ народовъ, не входящихъ въ составъ славянскаго племени; изъ нихъ эстонокъ было 7, финнокъ 6, нѣмокъ 4, шведокъ, евреекъ и татарокъ по одной.

Не смотря на такой незначительный процентъ инородцевъ, я, не желая завѣдомо вводить ошибокъ въ мои вычисления, исключилъ всѣ послѣднія 37 случаевъ и *при выведеніи среднихъ величинъ размѣровъ таза ограничился лишь 363 измѣреніями, произведенными у роженицъ русской національности.* Съ другой стороны при опредѣленіи частоты узкихъ тазовъ въ нашемъ заведеніи я старался дѣлать по возможности меньше исключеній и поэтому во второй части моей работы принялъ во вниманіе всѣ 400 случаевъ.

Для того, чтобы опредѣлить ту форму и величину таза, которая можетъ считаться типичной для представителей отдѣльнаго племени, мы ищемъ, какъ извѣстно, для каждаго размѣра извѣстную норму. Средняя арифметическая, полученная изъ ряда цифръ, выражающихъ величины того или другаго размѣра, не даетъ намъ еще этой нормы; она даетъ намъ только указаніе на то, гдѣ мы должны искать предѣлъ нормы, а приобретаетъ извѣстное значеніе только тогда, когда кромѣ нея опредѣлить еще и предѣлы ея вѣроятнаго колебанія. Для этой цѣли *L. Stieda* (Ueber d. Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung in d. anthropologischen Statistik. Archiv f. Anthropologie. Bd. XIV 1883) предложилъ примѣнить формулу теоріи вѣроятности, при помощи которой можно опредѣлить отношенія отдѣльныхъ представителей извѣстнаго ряда цифръ къ средней цифрѣ, полученной изъ этого ряда. *Рунге* былъ первый въ русской литературѣ, который примѣнилъ эту формулу ко всѣмъ своимъ цифрамъ и задалъ себѣ трудъ переработать нѣкоторые цифры *Филатова* въ этомъ же смыслѣ. Кромѣ того въ его диссертаци на стр. 14 находимъ и весьма подробное описаніе этого способа, предложеннаго *Stieda*. Поэтому я позволю себѣ сослаться на это мѣсто работы *Рунге*, а здѣсь ограничусь лишь приведеніемъ формулы и самаго необходимаго къ ея объясненію.

Такъ какъ первоначальная формула  $v = 0,6745 \sqrt{\frac{Sd^2}{n-1}}$  ведетъ, если число отдѣльныхъ измѣреній велико, къ очень продолжительнымъ вычислениямъ, то именно въ такихъ случаяхъ вполне позволительно пользоваться болѣе упрощенною

$$v = 0,8453 \frac{Sd}{n}$$

Въ этой формулѣ обозначаетъ:

$d$  = Отклоненіе (разность) отдѣльнаго измѣренія отъ  $M$ .

$S$  = Сумма всѣхъ разностей.

$n$  = число отдѣльныхъ измѣреній.

Такимъ образомъ формула указываетъ, что нужно сложить отклоненія всѣхъ отдѣльныхъ членовъ цифроваго ряда отъ средней цифры, не обращая вниманія на то, будутъ ли эти отклоненія отрицательны или положительны, затѣмъ сумму отклоненій  $Sd$  раздѣлить на число измѣреній  $n$  и наконецъ помножить полученное число на всегда постоянное выраженіе 0,8453, чтобы получить  $v$ . Величина  $v$  имѣетъ такое свойство, что отклоненіе болѣе значительное, чѣмъ  $= v$ , на столько же вѣроятно, какъ  $n$  отклоненіе менѣе значительное, чѣмъ  $= v$ , или другими словами въ известномъ ряду измѣреній встрѣчается столько же отклоненій, которыя больше  $v$ , сколько и такихъ, которыя меньше  $v$ .

Для опредѣленія точности средней величины  $M$  *Stieda* предложилъ слѣдующую формулу.

$$R = \sqrt{\frac{v}{n}}$$

$R$  намъ указываетъ предѣлы колебанія  $M$ , т. е. тѣ границы, между которыми колеблется настоящая средняя величина. Такимъ образомъ  $R$  имѣетъ такое же значеніе для средней величины  $M$ , какъ  $v$  для каждаго отдѣльнаго измѣренія того же ряда. Если опредѣлены  $M$ ,  $v$  и  $R$  для известнаго ряда цифръ, то пишутъ  $M \pm R$ ;  $v = ^1$ ).

При обработкѣ моихъ цифръ я тоже не ограничился выведеніемъ лишь средней величины для каждаго размѣра, но вмѣстѣ съ тѣмъ постарался опредѣлить и величины  $v$  и  $R$ . Полученныя цифры внесены въ соответствующія мѣста прилагаемой таблицы среднихъ величинъ. Въ ней кромѣ полученныхъ изъ моихъ измѣреній среднихъ величинъ размѣровъ таза съ величинами для  $v$  и  $R$  я помѣстилъ тоже нѣкоторыя среднія величины размѣровъ таза славянскаго племени по другимъ авторамъ, имѣнно тѣ изъ нихъ, которыя имѣютъ прямое или косвенное отношеніе къ полученнымъ мною размѣрамъ таза.

1) *Русск.* I. с. 16 и 17.—*Schröter.* I. с. pg. 59.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА РАЗМѢРОВЪ ТАЗА ПО АВТО

А. Таблица средних величинъ діа

АВТОРЪ.	Матеріаль.	Гдѣ произво- дились измѣ- ренія.	Sp. os il. ant. sup.	Cr. os. il. lab. ext.	Наружная конъюгата.
А. Филатовъ.	50 свѣже- отпрепарован- ныхъ тазовъ.	Въ Москвѣ.	22,6. $\pm$ 0,15; $v = \pm$ 0,90	26,4. $\pm$ 0,10; $v = \pm$ 0,80	18,4. $\pm$ 0,10; $v = \pm$ 0,70
Г. Рунге.	50 сухихъ та- зовъ.	Въ С.-Пе- тербургѣ.	23,4. $\pm$ 0,14; $v = \pm$ 1,05	26,7. $\pm$ 0,18; $v = \pm$ 1,05	18,1. $\pm$ 0,10; $v = \pm$ 0,61

В. Таблица средних величинъ діаметровъ въ та

АВТОРЪ.	Матеріаль.	Гдѣ производи- лись измѣренія.	Sp. os. il. ant. sup.	Cr. os. il. lab. ext.
Р. Schröter.	64 женщины.	Въ Варшавѣ.	23,1. $\pm$ 0,11; $v = \pm$ 0,95	27,2 $\pm$ 0,10; $v = \pm$ 0,84
А. Филатовъ.	197 роженецъ.	Въ Москвѣ.	23,7	27,5
А. Рымша.	363 роженцы.	Въ С.-Петер- бургѣ.	24,5 $\pm$ 0,05; $v = \pm$ 0,86	27,7 $\pm$ 0,05; $v = \pm$ 0,87

## РАМЪ, ИЗСЛѢДОВАВШИМЪ ТАЗЪ СЛАВЯНСКАГО ПЛЕМЕНИ.

*мѣтровъ въ скелетированныхъ тазахъ.*

Діагональн. конъюгата.	Пестинная конъюгата.	Попереч- ный разм. входа.	Косой разм. входа.		Наружный косой разм.	
			правой стор.	лѣвой стор.	правой стор.	лѣвой стор.
12,9. $\pm$ 0,10; $v = \pm 0,65$	11,18. $\pm$ 0,05; $v = \pm 0,50$	13,18. $\pm$ 0,05; $v = \pm 0,43$	12,9	12,8	20,6	20,7
12,7. $\pm$ 0,08; $v = \pm 0,56$	10,9. $\pm$ 0,08; $v = \pm 0,57$	13,3. $\pm$ 0,07; $v = \pm 0,55$	13,3. $\pm$ 0,07; $v = \pm 0,51$	12,8. $\pm$ 0,07; $v = \pm 0,49$	20,5. $\pm$ 0,12; $v = \pm 0,85$	20,4. $\pm$ 0,11; $v = \pm 0,83$

*захъ, измѣренныхъ съ мягкими частями у живыхъ.*

Наружная конъ- югата.	Діагональная конъюгата.	Наружный косой размѣръ		Trochant.
		правой стор.	лѣвой стор.	
18,7. $\pm$ 0,08; $v = \pm 0,70$	—	—	—	31,1. $\pm$ 0,12; $v = \pm 0,97$
19,4	—	21,7	21,5	91,2
19,1. $\pm$ 0,03; $v = \pm 0,66$	12,4. $\pm$ 0,02; $v = \pm 0,42$	—	—	31,0. $\pm$ 0,04; $v = \pm 0,73$

Если сравнить среднія величины размѣровъ таза, выведенныя изъ моихъ измѣреній, съ соответствующими другихъ авторовъ, помѣщенными въ таблицѣ, то легко замѣтить, что *мои среднія ближе всего подходятъ къ цифрамъ, выведеннымъ Рунге изъ его измѣреній*. Принимая во вниманіе толщину мягкихъ частей, опредѣленную *Филатовымъ* для Dist. spinar. и Dist. cristar. въ 1,1 снтм., а для Conj. ext. въ 1,0 снтм., находимъ слѣдующее отношеніе моихъ наружныхъ размѣровъ къ соответствующимъ *Рунге*: Dist. lab. ext. crist. os. il. (27,7 снтм.) получилась у меня на 0,1 снтм. меньше, а выведенныя мною среднія величины для Dist. spin. ant. sup. os. il. (24,5 снтм.) и Conj. ext. (19,1 снтм.) в. олъ тождественны съ этими размѣрами *Рунге*.

Напротивъ того, средняя величина, выведенная мною для діагональной конъюгаты (12,4 снтм.), на 0,3 снтм. меньше цифры, полученной *Рунге* для этого размѣра. Приступая къ разбору факторовъ, повліявшихъ на это разногласіе, я считаю должнымъ упомянуть на первомъ мѣстѣ, что діагональную конъюгату конечно невозможно опредѣлить на живой съ точностью, требуемую отъ измѣряющаго тазъ скелетированный. Во вторыхъ я ограничилъ возможную точность нѣсколько больше, чѣмъ изслѣдующіе тазъ, лишеныя мягкихъ частей. Какъ видно изъ таблицы моихъ отдѣльных измѣреній я измѣрялъ Dist. spinar., Dist. crist., Conj. ext. и Conj. diag. съ точностью до 0,25 снтм., между тѣмъ какъ авторы, изслѣдующіе скелетированные тазы, придерживаются обыкновенно границы возможной точности въ 0,1 снтм. Дальше я могъ измѣрить лишь при благоприятныхъ условіяхъ Conj. diag. больше 13,0 снтм., поэтому для такихъ діагональных конъюгатъ, какъ измѣренныхъ, такъ и не достижимыхъ для меня, я принялъ *ceteris paribus* фиктивную величину въ 13,5 снт. Наконецъ какъ *Филатовъ*, такъ и *Рунге* при выборѣ матеріала для своихъ измѣреній ограничивались тазами нормальными, между тѣмъ какъ мои среднія величины выведены изъ всѣхъ 363 измѣреній. Я это сдѣлалъ на томъ основаніи, что, не имѣя возможности исключить равномерно широкіе тазы (pelv. aequabiliter maj.), считалъ необходимымъ для удержанія равновѣсія включить при выведеніи среднихъ величинъ и тазы, опредѣленные мною какъ суженные, такъ какъ въ противномъ случаѣ получилась бы средняя величина, нѣсколько превышающая норму.

Средняя величина для Dist. troch. (31,0 снтм.) получилась у меня на 0,2 снтм. меньше соответствующей величины, выведенной *Филатовымъ*. Dist. troch. я измѣрялъ съ точностью до 0,5 снтм.

Этимъ я и закончу мое изслѣдованіе нормальнаго таза русской женщины, и переходя къ узкому, надѣюсь, что *пополненіе мною цифръ Рунге измѣреніями на живой при соответствующихъ условіяхъ не только мѣста, но въ нѣкоторомъ отношеніи и матеріала* пригодится позднѣйшимъ изслѣдователямъ въ дальнѣйшемъ выясненіи племенныхъ особенностей нормальнаго русскаго женскаго таза.

## II. Узкіе тазы.

Прежде чѣмъ пристуиить къ рѣшенію вопроса о частотѣ узкихъ тазовъ, безусловно необходимо дать опредѣленный отвѣтъ, что мы должны понимать подъ словомъ узкій тазъ, какіе тазы слѣдуетъ выдѣлить изъ общаго ряда и внести ихъ въ рубрику узкихъ, гдѣ мы рѣшили провести предѣльную черту, раздѣляющую эти двѣ группы въ ихъ постепенномъ переходѣ одной въ другую. Понятно, что успѣшно рѣшить подобную задачу можно только при помощи всесторонняго наблюденія родового акта у большаго количества женщинъ, размѣры таза которыхъ опредѣлены нами путемъ тазомѣренія. Только при совмѣстномъ содѣйствіи этихъ обоихъ факторовъ мы можемъ придти къ заключенію, основанному на болѣе широкой фактической подкладкѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ съ возможнымъ исключеніемъ субъективности наблюдателей, ведущей къ односторонности воззрѣній на предметъ. Такимъ образомъ, чтобы найти искомую границу, болѣе или менѣе рѣзко отдѣляющую тазъ узкій отъ нормальнаго, нужно дать отвѣтъ на слѣдующіе два вопроса: при какомъ уклоненіи отъ общепринятыхъ среднихъ величинъ размѣровъ таза происходитъ легко разстройство обыкновеннаго, т. е. нормальнаго родового акта, и во вторыхъ, на сколько значительно должно быть это разстройство, чтобы мы имѣли право тазы, причиняющіе таковое, вносить въ рубрику узкихъ.

Въ общезвѣстныхъ сочиненіяхъ *Michaelis*'а и *Litzmann*'а весьма подробно и всесторонне разработана исторія ученія о родахъ при узкомъ тазѣ. *Michaelis* даетъ въ своемъ сочиненіи слѣдующую общую характеристику направленіямъ въ этомъ отношеніи акушеровъ первой половины настоящаго столѣтія. «Въ общемъ до сихъ поръ—говоритъ *Michaelis* <sup>1)</sup>—преобладала наклонность по возможности ограничивать понятіе объ узкомъ тазѣ. Дальше всѣхъ въ этомъ отношеніи ушелъ *Dewees*, причисляя къ узкимъ тазамъ только такіе, при которыхъ роды доношеннаго плода невозможны силами природы (*impracticable*); такимъ образомъ его мнѣніе, что въ Америкѣ узкіе тазы встрѣчаются очень рѣдко, такъ какъ въ его обширной практикѣ попались только три подобные случая, должно отнести къ самымъ сильнымъ степенямъ суженія. Болѣе распространеннымъ должно считаться мнѣніе, что только такіе тазы можно называть узкими, при которыхъ прохожденіе доношеннаго плода средней величины встрѣчаетъ при хорошихъ родовыхъ боляхъ и благопріятномъ вставленіи головки значительное механическое препятствіе. Такъ, напр., относительно частично-суженнаго рахитическаго таза укороченіе истинной конъюгаты до 8 съ небольшимъ см. считается обыкновенно еще безвреднымъ».

*Michaelis* возсталъ противъ такого односторонняго взгляда на вліяніе узкаго таза на родовую актъ. На основаніи своего громаднаго опыта и подробнаго измѣренія таза во всѣхъ попадавшихся ему случаяхъ, онъ пришелъ

<sup>1)</sup> I. c. pag. 54.

къ заключенію, что узкій тазъ гораздо рѣже проявляетъ свое вредное дѣйствіе въ непосредственномъ, т. е. механическомъ препятствіи родового акта, а напротивъ того чаще всего, и притомъ вредѣ всего сказывается вліяніемъ на родовыя боли, на образованіе отвѣслага живота и другихъ неправильностей положенія матки, въ особенности же на положеніе плода. Въ подтвержденіе этого мнѣнія *Michaelis* приводитъ цифры изъ своихъ наблюденій, изъ которыхъ видно, что показаніемъ къ операциі служило у него неблагопріятное положеніе плода втрое чаще чѣмъ механическое препятствіе.

Но даже въ видахъ этого послѣдняго, т. е. для болѣе вѣрной оцѣнки всѣхъ тѣхъ вставленій, которыя принимаетъ головка при прохожденіи чрезъ суженное мѣсто, *Michaelis* счелъ необходимымъ дать понятію о узкомъ тазѣ болѣе широкіе размѣры. «Давно извѣстно, — говоритъ этотъ ученый <sup>1)</sup>, — что головка при узкомъ тазѣ принимаетъ легко, такъ называемое неправильное вставленіе, такъ какъ уже *Smellie* поставилъ здѣсь за правило долгое поперечное стояніе головки. Но кромѣ этого наблюдаются и другія, во всякомъ случаѣ еще три вставленія головки, чуть ли не еще больше уклоняющіяся отъ нормы. Они систематически появляются при извѣстныхъ суженіяхъ таза, приспособлены къ даннымъ условіямъ и такимъ образомъ обуславливаютъ собою возможность окончанія родовъ въ этихъ случаяхъ. Если бы даже не другія причины, то уже необходимость отвести мѣсто этимъ вставленіямъ въ акушерствѣ заставляеть насъ на столько расширить понятіе объ узкомъ тазѣ, чтобы оно могло объять собою всѣ такіе тазы, которые причиняютъ подобныя уклоненія».

Такимъ образомъ, чтобы пополнить пробѣлъ, существующій безспорно между нормальными тазами и такими, которые въ силу своего суженія дѣлаютъ самопроизвольное окончаніе родовъ рѣдко возможнымъ, *Michaelis* считаетъ необходимымъ включить въ область узкихъ тазовъ и такія менѣе сильныя степени суженія, при которыхъ хотя не всегда наступаетъ разстройство родового акта; но оно легко можетъ произойти и, въ случаяхъ если женщина рождаетъ нѣсколько разъ, появляется обыкновенно раньше или позже.

Такое вѣрное и точное опредѣленіе предѣловъ для узкаго таза даетъ возможность болѣе или менѣе вполне разграничить эти тазы отъ нормальныхъ. *Michaelis* однако не вполне руководствуется своимъ же опредѣленіемъ. Онъ не рѣшается примѣнить его сполна на практикѣ, довольствуется полумѣрою и тѣмъ попадаетъ въ противорѣчіе. «Я причисляю — говоритъ онъ <sup>2)</sup> — къ узкимъ тазамъ лишь такіе, истинная конъюгата которыхъ *несомнѣнно* меньше 9,45 см., такъ какъ при нихъ случается еще часто и даже въ большинствѣ случаевъ разстройство правильнаго хода родовъ». На основаніи этого онъ при опредѣленіи частоты узкихъ тазовъ въ Килѣ (7,2%) считаетъ узкими только такіе, діагональная конъюгата которыхъ равна 10,8 см. и меньше (Conj. vera 9,18 см. и меньше), но вмѣстѣ съ тѣмъ только изъ за хода родового акта причисляетъ къ нимъ 6 тазовъ съ Conj. diag. въ

<sup>1)</sup> l. c. pag. 56.

<sup>2)</sup> l. c. pag. 58.

11 см. и даже въ 11,25 см. <sup>1)</sup> На это противорѣчіе указываетъ *Schroeder*, а *Litzmann* прямо заявляетъ <sup>2)</sup>, что «къ такому ограниченію, находящемуся въ противорѣчіи съ его же собственнымъ опредѣленіемъ, онъ, т. е. *Michaelis*, былъ повидимому принужденъ тѣмъ, что его самого изумило полученное большое количество узкихъ тазовъ, идущее черезъ чуръ въ разрѣзъ съ господствующимъ мнѣніемъ въ этомъ отношеніи».

«На основаніи моихъ свѣдѣній,—говоритъ *Litzmann* <sup>3)</sup>,—которыя въ главныхъ чертахъ согласуются съ опредѣленіемъ *Michaelis*'а, укороченіе истинной конъюгаты до 9,45 см. въ простыхъ плоскихъ тазвахъ составляетъ границу, которую мы въ правѣ принять для суженія таза въ акушерскомъ смыслѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ надо однако помнить, что при этой самой низкой степени суженія едва ли когда нибудь можетъ случиться механическое затрудненіе родовъ, если прочія условія благоприятны, т. е. при хорошихъ родовыхъ боляхъ, нормальной величины и благоприятномъ вставленіи головки. Но эти степени суженія оказываютъ уже обыкновенно свое вліяніе на механизмъ родовъ и при совпаденіи неблагоприятныхъ осложненій, какъ слабость болей, отвислый животъ, чрезмѣрная величина и плотность или неблагоприятное вставленіе головки,—можетъ легко произойти даже весьма значительное расстройство родового акта. Съ постепеннымъ уменьшеніемъ истинной конъюгаты ниже 9,45 см. увеличивается опасность непосредственного механическаго затрудненія, въ особенности при совокупности неблагоприятныхъ условій. Если плоскій тазъ суженъ и въ другихъ направленіяхъ, т. е. при равномерно обще-суженномъ тазѣ, то случаются серьезныя затрудненія даже при менѣе значительномъ укороченіи истинной конъюгаты».

На основаніи этихъ своихъ положеній, *Litzmann*, при опредѣленіи частоты узкихъ тазовъ въ Килѣ, считаетъ узкими такіе тазы, діагональная конъюгата которыхъ опредѣлена имъ въ 11,25 см. (Conj. vera 9,45 см.) и менѣе, причемъ нашелъ на 1000 женщинъ, изслѣдованныхъ еще *Michaelis*'омъ, 131 узкій тазъ, что составляетъ 13,1%, а изъ изслѣдованныхъ имъ самимъ тоже 1000 женщинъ опредѣлили у 149 (14,9%) діагональную конъюгату въ 11,25 см. и менѣе.

Но и эта разница, опредѣленная *Litzmann*'омъ для узкихъ тазовъ, не удовлетворила позднѣйшихъ изслѣдователей. Такъ *Schwartz* <sup>4)</sup> въ своемъ сообщеніи, сдѣланномъ въ 1865 г. въ собраніи естествоиспытателей и врачей въ Ганноверѣ, о частотѣ узкихъ тазовъ высказался по этому предмету слѣдующимъ образомъ: «При всѣхъ формахъ (узкаго таза) обыкновенно считается Conj. vera въ 9,5 см. предѣломъ, ниже котораго мы должны принимать суженіе. На сколько справедливо это предположеніе, объ этомъ я не хочу здѣсь распространяться. Я лично думаю, что понятіе объ узкомъ тазѣ слѣдуетъ расширить больше, но такъ какъ соб-

<sup>1)</sup> l. c. pag. 62.

<sup>2)</sup> Die Formen des Beckens etc., pag. 4.

<sup>3)</sup> Ibidem, pag. 2.

<sup>4)</sup> Monatschr. f. Geburtsk u Frauenkr. Bd. 26 l c.

ранный мною матеріалъ недостаточенъ для того, чтобы служить полнымъ подтвержденіемъ этому мнѣнію, то мнѣ приходится воздержаться отъ болѣе опредѣленныхъ выводовъ». На этомъ основаніи *Schwartz* при опредѣленіи частоты узкихъ тазовъ придерживается границы до 9,5 стм. и находитъ въ Марбургѣ на 501 случай 102 (20,3%), а въ Геттингенѣ на 463 случая 101 (22%) узкій тазъ.

Подобно *Schwartz*'у высказывается и *Schroeder* <sup>1)</sup>. Онъ согласенъ съ мнѣніемъ *Litzmann*'а, что при *Conj. vera* уже немногимъ ниже 9,5 стм. протекаетъ правда довольно много родовъ безъ вреда для матери и плода, однако весьма часто случаются и болѣе серьезныя уклоненія. Такъ какъ съ другой стороны неправильныя вставленія головки, хотя и безъ послѣдующихъ болѣе значительныхъ затрудненій родового акта, встрѣчаются весьма часто и при *Conj. vera* выше 9,5 стм., то *Schroeder* считаетъ безусловно необходимымъ — именно согласно съ опредѣленіемъ *Michaelis*'а — включить въ область узкихъ тазовъ такіе тоже, *Conj. vera* которыхъ превышаетъ этотъ предѣлъ.

Не смотря на то *Schroeder* на вопросъ, куда слѣдуетъ согласно съ этимъ возрѣніемъ передвинуть границу для узкаго таза, не рѣшается дать опредѣленнаго отвѣта и при выведеніи частоты узкихъ тазовъ руководствуется недостаточною по его же мнѣнію границею, постановленною *Litzmann*'омъ. Такимъ образомъ на 321 родовъ въ Боннѣ *Schroeder* опредѣлилъ 47 осложненныхъ узкими тазами (14,64%), причемъ высшій предѣлъ для плоскихъ тазовъ составляла *Conj. vera* до 9,5 стм., для неравнобѣрно обще-суженныхъ тазовъ до 9,7, а для равнобѣрно обще-суженныхъ *Conj. vera* до 10,0 стм.

При соблюденіи тѣхъ же границъ нашли *Spiegelberg* <sup>2)</sup> въ Бреславлѣ 13,9% (597 : 83), и *Hecker* (*Gregory*) <sup>3)</sup> въ Мюнхенѣ 19,3% (300 : 58) узкихъ тазовъ.

Въ 1884 г. *Litzmann* въ своемъ сочиненіи «Die Geburt bei engem Becken» передвинулъ границу для узкаго таза выше означенной имъ раньше, именно сообразно возрѣніямъ, высказаннымъ *Schwartz*'омъ и *Schroeder*'омъ. «Въ свое время, я согласно съ *Michaelis*'омъ, — говоритъ *Litzmann* на стр. 19, — нашель я насъ узкій тазъ въ 13—15%, между тѣмъ въ этомъ лѣтнемъ семестрѣ намъ приходится считать суженнымъ каждый 4-й тазъ. Подобный результатъ заставляеть насъ отвѣтить на вопросъ, что составляетъ характеристику узкаго таза. Я уже имѣлъ случай не разъ высказаться въ томъ смыслѣ, что, по моему, мнѣнію границу, гдѣ ичинается суженіе въ акушерскомъ смыслѣ, составляетъ такое укороченіе одного или нѣсколькихъ размѣровъ, которое оказываетъ при прочихъ благопріятныхъ условіяхъ, главнымъ образомъ при средней величинѣ доношеннаго плода, просто механическое — не обязательно даже затрудняю-

<sup>1)</sup> Schwangersch., Geburt. u. Wochenb. etc, pag. 54.

<sup>2)</sup> Monatsschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Bd. 32, l. c.

<sup>3)</sup> Archiv f. Gynaecol. Bd. XII, l. c.

щее — влияние на ход родового акта. Согласно съ этимъ воззрѣнiемъ я въ настоящее время склоненъ, послѣ повторныхъ изслѣдованiй, расширить область узкаго таза нѣсколько больше прежняго и полагаю, что укороченiе Conj. ver. въ 9,7 см. составляетъ для простыхъ плоскихъ и даже для обще-суженно-плоскихъ тазовъ границу, раздѣляющую тазъ узкiй отъ нормальнаго, между тѣмъ какъ для равномерно-обще-суженнаго таза эта граница, какъ я и раньше думалъ, должна быть подвинута до Conj. vera въ 10 см.».

Не менѣе опредѣленно высказывается и *Крассовскiй* по этому предмету. Не стр. 46 своего оперативнаго акушерства (3-е изданiе 1885 г.) *Крассовскiй* характеризуетъ слѣдующими словами влияние первой степени суженiя таза на ходъ родового акта. «Первая степень—говоритъ *Крассовскiй*—приближается къ нормальному тазу. При этой степени укороченiе Conj. ver. и вообще размѣра самаго узкаго мѣста таза не превышаетъ 1,5 см. Такiе тазы не представляютъ особенно сильныхъ препятствiй для прохожденiя плода нормальной величины; влияние ихъ на роды выражается *замедленiемъ хода родового акта на счетъ отклоненiя отъ обычнаго вставленiя головки*». Дальше на стр. 48: «Что касается того, какъ часто встрѣчаются узкiе тазы, то большинство авторовъ принимаютъ въ расчетъ только тѣ формы узкаго таза, которыя представляютъ серьезныя механическiя препятствiя во время родовъ, т. е. суженiя 2-й и 3-й степени; менѣе же значительныя суженiя на 1,0 см. не принимаются ими въ расчетъ. По моему мнѣнiю это не вѣрно уже потому, что роды при суженiяхъ на 1,0 см. только при благоприятныхъ условiяхъ со стороны плода и родовой дѣятельности матки протекають, повидимому, какъ при нормальномъ тазѣ, на самомъ же дѣлѣ вставленiе головки и прохожденiе ея чрезъ входъ, при тщательномъ наблюденiи, большею частью представляютъ отклоненiя отъ нормы. Если же головка довольно объемиста, плотна и вслѣдствiе этого не способна къ конфигураци, то при ея вставленiи и прохожденiи чрезъ входъ таза могутъ встрѣтиться такiя же серьезныя затрудненiя, какiя бывають и при суженiяхъ таза 2-й степени. Кромѣ того узкiй тазъ оказываеть влияние на положенiе плода, родовыя боли, на преждевременное излитiе околоплодныхъ водъ, на выпаденiе конечностей и пуповины. Безъ сомнѣнiя всѣ эти осложненiя родовъ встрѣчаются гораздо чаще при суженiяхъ 2-й и 3-й степени. Поэтому-то въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ тщательнѣе измѣрять тазъ и внимательнѣе наблюдать за вставленiемъ головки во входъ таза и вообще за механизмомъ родовъ. На основанiи этого для опредѣленiя частоты узкихъ тазовъ я считаю болѣе правильныхъ принять въ расчетъ и меньшия степени суженiя таза».

Въ только что приведенныхъ словахъ *Litzmann'a* и *Крассовскаго* мы и находимъ опредѣленный отвѣтъ на тѣ два вопроса, отъ рѣшенiя которыхъ мы въ началѣ этой главы поставили въ зависимость опредѣленiе болѣе или менѣе рѣзкой границы между тазами узкими и нормальными. *Уже просто механическое—не обязательно даже затруд-*

няюще—вліяніе таза на ходъ родового акта при нормальной величинѣ плода даетъ намъ право причислить его къ узкому, а что касается вопроса, при какомъ укороченіи размѣровъ тазъ оказываетъ это вліяніе, то *Litzmann* даетъ и на это опредѣленный отвѣтъ.

Примѣняя эту опредѣленную черту при разграниченіи моихъ тазовъ, мнѣ не трудно было убѣдиться въ томъ, что предѣлъ для узкаго таза, предложенный *Litzmann*'омъ въ послѣднемъ его сочиненіи, удовлетворяетъ меня вполне. Поставивъ на границѣ, разделяющей двѣ эти группы *диагональную конъюгату* въ 11,5 стм., а при укороченіи и поперечныхъ диаметровъ тазового входа 11,75 стм., я получилъ въ числѣ узкихъ тазовъ всѣ такіе, при которыхъ вставленіе и прохожденіе головки плода нормальной величины чрезъ входъ малаго таза представляли большею частью отклоненія отъ нормы и оставляли во многихъ случаяхъ даже малаго легкаго суженія слѣды соответствующей конфигураціи.

Принимая такой предѣлъ я выдѣлилъ изъ общаго ряда 49 случаевъ съ вышесказаннымъ укороченіемъ передне-задняго размѣра входа и 5 случаевъ, въ которыхъ не *Conj. vera*, а другіе размѣры представляли отклоненія отъ нормы. Такимъ образомъ я получилъ на 400 измѣренныхъ мною женщинъ узкій тазъ у 54, что составляетъ 13,5<sup>0</sup>о.

Прежде чѣмъ приступить къ разбору этихъ тазовъ, я, желая покончить съ классификаціей, поинтересовался узнать, въ какомъ отношеніи находится эта граница для узкаго таза, опредѣленная *Litzmann*'омъ у нѣмецкихъ женщинъ, къ племеннымъ особенностямъ русскаго женскаго таза. Какъ я уже имѣлъ случай упомянуть выше, мы можемъ на основаніи измѣреній *Филатова* и *Рунге* прийти къ заключенію, что входъ таза у русскихъ женщинъ имѣетъ болѣе круглую форму, чѣмъ входъ тазовъ нѣмецкихъ, притомъ въ ущербъ поперечному диаметру входа. Съ другой стороны мы видѣли, что всѣ авторы, занимавшіеся разграниченіемъ узкихъ тазовъ отъ нормальныхъ, повышали границу тамъ, гдѣ приходится предполагать укороченіе нѣсколькихъ диаметровъ. Изъ сопоставленія двухъ этихъ фактовъ мы можемъ вывести заключеніе, что племенные особенности таза русскихъ женщинъ во всякомъ случаѣ не требуютъ пониженія той границы, которую *Litzmann* опредѣлилъ для узкихъ тазовъ у женщинъ нѣмецкихъ.

Возвращаясь къ моимъ узкимъ тазамъ, я начну ихъ разборъ распределеніемъ по національности и мѣсту рожденія. Изъ 54 женщинъ съ узкими тазами русской національности было 50 (92,6<sup>0</sup>о), затѣмъ 2 польки, одна эстонка и одна финка. Уроженокъ С.-Петербургской губерніи оказалось 15, Тверской 12, Ярославской 6, Новгородской 5, Московской 3, Архангельской, Виленской, Вологодской и Эстляндской по 2, Калужской Лфляндской, Олонецкой, Тульской и Финляндіи по одной.

На основаніи величины наружныхъ размѣровъ и ихъ взаимнаго отношенія, а также механизма родовъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, притомъ принимая во вниманіе общіе признаки рахита, искривленія позвоночника и результаты внутренняго изслѣдованія полости малаго таза

(вмѣстимость полости, симметричность ея половинъ, высота стоящаго мѣса, форма крестцовой кости, высота и наклонъ симфиза и т. п.), я распредѣлилъ мои 54 узкихъ таза слѣдующимъ образомъ: обще-равномерно-суженныхъ тазовъ у меня получилось 10 (18,5%), простыхъ плоскихъ 30 (55,6%), рахитическихъ плоскихъ 7 (13%), обще-суженныхъ плоскихъ 2 (3,7%), кифотическихъ 3 (5,5%) и косыхъ 2 (3,7%).

Болѣе подробный разборъ начну съ послѣднихъ, т. е. съ косыхъ и кифотическихъ. Четыре изъ нихъ поступили въ заведеніе въ родахъ, одна была переведена въ родильню изъ палаты для беременныхъ. Что касается *косыхъ*, то у обѣихъ роженицъ уже наружное изслѣдованіе навело на подозрѣніе возможной асимметріи таза.

**ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ (№ 250)<sup>1)</sup>**: Анкилозъ лѣваго колѣннаго сустава, приобретенный въ дѣтствѣ. Уроженка Тверской губ., русская, беременна 3-й разъ. Предшествовавшіе роды кончались благополучно. Наружные косые: правый 19,5, лѣвый 22 см. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: лѣвая половина таза нѣсколько уплощена. кривизна безъимянной линіи лѣвой стороны меньше правой, симфизъ смѣщенъ вправо, мысь достигается легко (Conj. diag. 12,0 см.) смѣщенъ нѣсколько влѣво. Стрѣловидный шовъ проходить по лѣвому косому размѣру. Роды кончались быстро, безъ видимаго отклоненія отъ нормальнаго механизма, благополучно для матери и плода. Вѣсъ послѣдняго 3200 грм.

**ВТОРОЙ СЛУЧАЙ (№ 389)**: Правая нога тоньше и короче лѣвой. Res equinus dexter Уроженка Эстляндской губ., эстонка, I-para. Наружные косые: правый 19, лѣвый 21 см. Внутреннее изслѣдованіе показало, что кривизна безъимянной линіи выражена съ лѣвой стороны слабѣе, чѣмъ съ правой, уплощеніе лѣвой стороны входа рѣзче, чѣмъ полости. Мысь достигается легко (Conj. diag. 11,75 см.), смѣщенъ влѣво. Стрѣлов. шовъ проходить по правому косому размѣру. И въ этомъ случаѣ роды кончались произвольно, безъ особеннаго отклоненія отъ нормальнаго механизма, съ благополучнымъ исходомъ для матери и плода, но продолжались дольше (больше сутокъ). Вѣсъ плода не большой: 2900 грм.

Переходя къ краткому описанію 3 случаевъ съ кифотическимъ искривленіемъ нижнихъ грудныхъ и поясничныхъ позвонковъ, я прежде всего долженъ замѣтить, что такое сравнительно большое количество кифотическихъ тазовъ вовсе не соответствуетъ общей цифрѣ подобныхъ тазовъ въ нашемъ Заведеніи, такъ что на этотъ фактъ надо смотрѣть какъ на простую случайность.

**ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ (№ 77)**: Уроженка Тверской губ., русская, I-para. Kyphosis dorso-lumbalis, Scoliosis dextra. Ростъ малый. Общіе признаки рахита выражены ясно. Разница между Dist. spinar. и Dist. crist. 1,0 см. Dist. tuber. spuria 7,0 см. Верхушка крестца загнута крючкообразно вперед. Мысь не достигается. Venter propendens. I-е зат. полож. Роды подвигались довольно быстро, пока головка не опустилась къ выходу, гдѣ съ обратнымъ затылкомъ кзади она, несмотря на сильныя родовыя боли, оставалась въ одномъ и томъ же положеніи до наложенія щипцовъ. Только въ щипцахъ затылокъ по-

<sup>1)</sup> Приводятся очередные номера таблицы размѣреній.

вернулся кпереди. Ruptura perinei. Плодъ извлеченъ въ асфиксіи, оживленъ. Вѣсъ его 3550 грм. Мать умерла на 6-й день, единственный летальный случай изъ всѣхъ 400 измѣренныхъ мною. *Вскрытіе* показало сильное рахитическое искривленіе: Kyphosis lumbo-dorsalis, небольшой Scoliosis вправо, pecten carinatum. Тазъ рахитическій, воронкообразный, слегка скошенный. Размѣры: Conj. vera 12,7 см., D. transv. 13,5 см., D. obliq. dext. 12,8 см., sinist. 13,3 см. Dist. tuber. vera 9 см. Dist. spin. il. ant. sup. 25,5 см. Colpitis et Endometritis diptheritica, Peritonitis.

ВТОРОЙ СЛУЧАЙ (№ 111): Уроженка Тверской губ., русская, I-para. Kyphosis dorso-lumbalis. Scoliosis dext. Ростъ малый. Общіе признаки рахита выражены ясно. Разница между Dist. spinar. и Dist. cristar. 2,0 см. Dist. tuber. spuria 7,0 см. Верхушка крестца немного загнута кпереди. Мысль едва достигается. Venter propendens. I-е зат. пол. II въ этомъ случаѣ головка стояла въ выходѣ очень долго съ затылкомъ обращеннымъ къзади; наконецъ головка повернулась и роды окончились произвольно. Плодъ живъ, небольшой, вѣсъ, его 2650 грм. Rupt. perinei. Передъ наложеніемъ швовъ измѣрена Conj. diag. въ 13,0 см.

ТРЕТИЙ СЛУЧАЙ (№ 155): Уроженка С.-Петербургской губ., русская I-para. Kyphosis dorso-lumbalis. Scoliosis sin. Ростъ малый. Общіе признаки рахита. Разница между Dist. spinar. и Dist. crist. 1,5 см. Dist. tuber. spuria 7,5 см. Верхушка крестца въ этомъ случаѣ очень слабо загнута кпереди. Venter propendens. II-е зат. пол. Какъ въ двухъ предыдущихъ случаяхъ, такъ и здѣсь головка долго стояла въ выходѣ съ затылкомъ, обращеннымъ взадъ и вправо. Наконецъ стала прорѣзываться въ этомъ видѣ. Вслѣдствіе Rupt. perinei central. incipiens произведена Episiotomia dextra, послѣ чего головка родилась такимъ образомъ, что личико плода показалось изъ подъ лѣвой вѣтви лонной дуги. Плодъ живъ, вѣсъ его 2950 грм. Передъ наложеніемъ швовъ на нащѣку измѣрена Conj. diag. въ 12,5 см.

Въ виду того, что эти формы, въ особенности кифотическіе тазы, встрѣчаются гораздо рѣже другихъ, я постарался описать ихъ нѣсколько подробнѣе. *Теперь перехожу къ болѣе часто встрѣчающимся формамъ узкаго таза, неправильность которыхъ составляетъ главнымъ образомъ укороченіе передне-задняго размѣра входа.*

Изъ 49 роженницъ съ этого рода узкими тазами первородящихъ было 15, многородящихъ 34. Изъ этихъ послѣднихъ у 28 предшествовавшіе роды кончались силами природы, хотя нѣкоторые изъ нихъ заявляли, что рожали трудно и долго; у четырехъ были накладываемы по одному разу щипцы (№№ 79, 203, 326, 399), а у двухъ всѣ предшествовавшіе роды были оканчиваемы искусственно: у одной (№ 381) щипцами или извлеченіемъ плода за ножки, а другой (№ 325) первые роды были окончены перфорацией, а вторые кесарскимъ сѣченіемъ (плодъ живъ) <sup>1)</sup>.

Переходя къ настоящимъ родамъ, находимъ, что черепныхъ положеній было 46 (93,9%): I зат.—30, II зат.—15, темянное—1 разъ,—и задолженій 3 (6,1%): ягодичное 1 и ножныхъ 2.—Изъ 46 съ предлежаніемъ черепа только въ 3 случаяхъ я не наблюдалъ соотвѣтствующаго

<sup>1)</sup> И. Даниловичъ. Журн. Ак. и Женс. Бол. 1887 г. № 6.

механизма: въ двухъ изъ нихъ головка во время поступленія роженницы въ Заведеніе находилась уже въ полости таза, а въ одномъ случаѣ механизмъ былъ нормальный, но всѣхъ плода небольшой. Почти во всѣхъ случаяхъ черенныхъ положеній можно было констатировать слѣды соответствующей конфигураціи. Какъ отклоненія отъ нормальнаго механизма въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, такъ и особенности конфигураціи головки отмѣчены въ соответствующихъ мѣстахъ таблицы измѣреній.

Въ пяти случаяхъ отмѣчена слабость родовыхъ болей, въ одномъ спазмодическій ихъ характеръ, въ 16-ти преждевременное излитіе околоплодныхъ водъ.

Что касается продолжительности родового акта, то въ 20 случаяхъ (1 primipara и 19 multip.) роды продолжались не болѣе 10 часовъ; изъ нихъ 18 кончились произвольно, въ 2-хъ случаяхъ плодъ былъ извлеченъ за ножки (№№ 79, 308); въ 17 случаяхъ (6 primip. и 11 multip.)—не болѣе 20 часовъ; изъ нихъ въ 15 случаяхъ роды кончились силами природы, въ одномъ ручнымъ извлеченіемъ плода (№ 37) и въ одномъ вторичнымъ кесарскимъ сѣченіемъ (№ 325)<sup>1)</sup>. Въ 4-хъ случаяхъ (3 primip. и 1 multip.) роды продолжались до 30 часовъ; всѣ кончились произвольно. Не долѣе 40 часовъ роды продолжались въ 5-ти случаяхъ (3 primip. и 2 multip.); всѣ окончены щипцами (№№ 72, 119, 179, 279, 381). Въ одномъ случаѣ (I—para) роды продолжались 45 часовъ и были окончены полостными щипцами (№ 193), въ одномъ (I—para)—48 часовъ, кончились силами природы (№ 319), и наконецъ въ одномъ случаѣ (3—para) роды продолжались 96 часовъ и были окончены перфорацией (№ 326).

Такимъ образомъ роды кончились силами природы въ 38 случаяхъ (77,5<sup>0</sup>/о), а изъ остальныхъ въ 6-ти были наложены щипцы, въ 3-хъ произведено извлеченіе плода за ножки, въ одномъ — перфорация и въ одномъ — кесарское сѣченіе. Кромѣ того въ трехъ случаяхъ было произведено искусственное вскрытіе плодныхъ оболочекъ (2 раза при полномъ открытіи зѣва и 1 разъ при зѣвѣ на 3 и. вследствие placenta praevia later.), въ одномъ случаѣ удачное вправленіе вынавшей ручки (эти роды были окончены щипцами: № 119), а изъ двухъ случаевъ, осложненныхъ выпаденіемъ пуповины, — въ одномъ послѣ удачнаго вправленія родился живой плодъ произвольно (№ 85), а въ другомъ были наложены щипцы и извлеченъ плодъ въ легкой асфиксін № 279).

Что касается новорожденныхъ, то трое изъ 49 родились мертвыми (6,1<sup>0</sup>/о): одинъ изъ нихъ былъ перфорированъ, а двое извлечены за ножки, изъ которыхъ одинъ оказался мацерированнымъ, а второй умеръ во время труднаго извлеченія (№ 37). Изъ остальныхъ 46 тридцать девять родились живыми безъ малѣйшихъ признаковъ асфиксін, 7 въ болѣе или менѣе глубокой асфиксін, но были оживлены и выписаны здоровыми изъ Заведенія. Изъ этихъ семи младенцевъ 2-ое родились силами природы

<sup>1)</sup> А. Мазуркевичъ, Журн. Ак. и Женс. Бол. 1892 г., № 1.

(одинъ при plac. graev. lat.), 1 извлеченъ за ножки, остальные 4 извлечены щипцами.

По вѣсу младенцы распредѣляются слѣдующимъ образомъ: менѣе 2600 грм.—1 (мацерированный), менѣе 3100 грм.—6, менѣе 3600 грм.—28, менѣе 4100 грм.—10; по одному оказались вѣсомъ въ 4100, въ 4200, въ 4300 грм. и въ 4840 грм.

Покончивъ этимъ общій обзоръ 49 случаевъ родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ, мнѣ остается еще опредѣлить взаимное отношеніе различныхъ степеней суженія и ихъ вліяніе на состояніе и положеніе плода. Для этой цѣли я—по примѣру авторовъ, занимавшихся опредѣленіемъ частоты узкихъ тазовъ—распредѣлил мои тазы на три группы по величинѣ истинной конъюгаты. Истинную конъюгату я получилъ изъ діагональной по общепринятымъ правиламъ, т. е. за вычетомъ для рахитическихъ

Т А Б

А В Т О Р Ы.	Производились измѣренія.	Общее количество произведенныхъ измѣреній.
Michaelis . . . . .	Въ Килѣ.	1000
Litzmann . . . . .	» Килѣ.	1000
Schwartz . . . . .	» Марбургѣ.	501
Schwartz . . . . .	» Геттингенѣ.	463
Schroeder. . . . .	» Боннѣ.	334
Spiegelberg . . . . .	» Бреславлѣ.	597
Hecker (Gregory) . . . . .	» Мюнхенѣ.	300
Рымша . . . . .	» С.-Петербургѣ.	400

Т А Б І

Schwartz (По даннымъ Michaelis'a, Litzmann'a и своимъ) . . . . .	{ Черепное положеніе . . . . . Роды кончились произвольно . . . . . Новорожденные выписаны живыми . . . . .
Schroeder. . . . .	{ Черепное положеніе . . . . . Роды кончились произвольно . . . . . Новорожденные выписаны живыми . . . . .
Spiegelberg. . . . .	{ Черепное положеніе . . . . . Роды кончились произвольно . . . . . Новорожденные выписаны живыми . . . . .
Рымша. . . . .	{ Черепное положеніе . . . . . Роды кончились произвольно . . . . . Новорожденные выписаны живыми . . . . .

тазовъ 2,0 стм., а для всѣхъ прочихъ 1,8 стм. *Первую группу* составляютъ тазы съ *Conj. veга* менѣе 8,25 стм., *вторую*—съ *Conj. veга* менѣе 9,0 стм., а въ *третью группу* вошли прочіе тазы, т. е. такіе, *Conj. veга* которыхъ равна 9,0 стм. и болѣе.

Такимъ образомъ изъ 49 тазовъ въ I-ую группу вошелъ только 1 тазъ (0,25% всего % узкихъ тазовъ), во II-ю—8 тазовъ (2%) и въ III-ю—40 тазовъ (10%). Одинъ тазъ, составляющій I-ю группу, принадлежитъ по формѣ къ общесъуженно-плоскимъ (№ 326). Во II-ю группу вошли: 1 общесъуженно-плоскій (№ 325), простыхъ плоскихъ 5 (№№ 187, 248, 291, 345, 381) и плоскихъ рахитическихъ 2 (№№ 37, 215). Изъ 40 тазовъ, принадлежащихъ къ III-ей группѣ, было: простыхъ плоскихъ 25, равномерно-общесъуженныхъ 10 (всѣ), плоскихъ рахитическихъ 5.

## И Ц А С.

C O N J U G A T A V E R A O K A Z A L A C Ъ :			
менѣе 8,25 стм.	менѣе 9 стм. 8,25—8,75 стм.	9 и выше до 9,5—9,7—10 с.	Общее количество тазовъ съ <i>Conj. veга</i> до 9,5—9,7—10 с.
8 = 0,8 %	30 = 3 %	93 = 9,3%	131 = 13,1 %
8 = 0,8 %	37 = 3,7%	104 = 10,1%	149 = 14,9 %
1 = 0,2 %	21 = 4,2%	80 = 15,9%	102 = 20,3 %
3 = 0,7 %	16 = 3,5%	82 = 17,8%	101 = 22,0 %
9 = 2,7 %	14 = 4,2%	28 = 8,4%	51 = 15,3 %
11 = 1,8 %	45 = 7,1%	23 = 4,0%	79 = 13,2 %
3 = 1,0 %	15 = 5 %	40 = 13,3%	58 = 19,3 %
1 = 0,25%	8 = 2 %	40 = 10,0%	49 = 12,25 %
		9—9,5 с.; 9,5—9,7 с. (resp. 9,7—10)	
		27 = 6,75%; 13 = 3,25%	

## И Ц А D.

C O N J U G A T A V E R A		
менѣе 8,25 стм.	менѣе 9 стм.	9 с. и болѣе.
въ 22 изъ 34 случаевъ = 64,7%	въ 99 изъ 118 случаевъ = 83,8%	въ 367 изъ 394 случ. = 93,1%
» 2 » 34 » = 5,8%	» 71 » 116 » = 61,2%	» 328 » 390 » = 84,1%
» 6 » 34 » = 17,6%	» 83 » 118 » = 70,3%	» 356 » 394 » = 90,3%
въ 7 изъ 12 случаевъ = 58,3%	въ 16 изъ 19 случаевъ = 84,2%	въ 28 изъ 29 случ. = 96,5%
» 2 » 12 » = 16,7%	» 10 » 18 » = 55,5%	» 22 » 29 » = 75,8%
» 3 » 12 » = 25%	» 10 » 19 » = 52,6%	» 25 » 29 » = 86,2%
въ 10 изъ 11 случаевъ = 90,9%	въ 41 изъ 45 случаевъ = 91,1%	въ 23 изъ 23 случ. = 100%
» 2 » 11 » = 18,1%	» 31 » 45 » = 68,9%	» 20 » 23 » = 86,9%
» 2 » 11 » = 18,1%	» 28 » 45 » = 62,2%	» 20 » 23 » = 86,9%
1 случай, оконченный перфорацией плода.	въ 7 изъ 8 случаевъ = 87,5%	въ 38 изъ 40 случ. = 95 %
	» 5 » 8 » = 62,5%	» 32 » 40 » = 82,5%
	» 7 » 8 » = 87,5%	» 39 » 40 » = 97,5%

Незначительное количество тазовъ, составляющихъ двѣ первыя группы, подтверждаетъ общепринятое мнѣніе, что *въ Россіи встрѣчаются довольно рѣдко большыя степени суженія таза*, вдвое и даже втрое рѣже чѣмъ въ Германіи, какъ это видно изъ простаго сравненія моихъ цифръ съ соответствующими цифрами нѣмецкихъ авторовъ (см. Табл. С.). Съ другой стороны въ Табл. D., показывающей вліяніе различныхъ степеней суженія на положеніе и состояніе плода и вмѣстѣ съ тѣмъ на общій ходъ родовъ, находимъ объясненіе преобладающему количеству отлѣченныхъ у меня черепныхъ положеній, незначительному проценту мертворожденныхъ дѣтей и наконецъ сравнительно небольшому количеству случаевъ, потребовавшихъ оперативнаго вмѣшательства.

*Что касается большыя легкихъ степеней суженія, то и въ этомъ отношеніи русская женщина, судя по моимъ цифрамъ, находится въ большыя благопріятныхъ условіяхъ*, потому что хотя цифра, найденная мною для большыя суженій, а благодаря этимъ послѣднимъ и общее количество суженныхъ тазовъ почти достигаетъ соответствующихъ нѣмецкихъ цифръ, но нельзя упускать изъ виду слѣдующихъ обстоятельствъ. Во первыхъ нѣмецкіе авторы выражаются неопредѣленно о количествѣ тазовъ, въ которыхъ не Conj. vera, но другіе размѣры представляютъ отклоненія отъ нормы. Почти у каждаго изъ нихъ можно встрѣтить указаніе, что такія большыя рѣдкія суженія таза попадались имъ въ нѣсколькихъ экземплярахъ, но въ виду того, что количество этихъ тазовъ крайне незначительно, нѣмецкіе авторы (за исключеніемъ Spiegelberg'a) при опредѣленіи частоты узкихъ тазовъ принимали въ расчетъ лишь тазы, суженныя въ передне-заднемъ размѣрѣ входа. Кромѣ того у меня нѣкоторыя тазы попали въ область узкихъ благодаря лишь новому разграниченію. Я не нашелъ опредѣленныхъ данныхъ въ литературѣ, на сколько такое расширеніе границъ для области узкаго таза могло повліять на опредѣленіе частоты узкихъ тазовъ въ Германіи. Поэтому, для того, чтобы въ видахъ сравнительной оцѣнки поставить мои цифры въ одинаковыя условія, мнѣ приходится узнать, какое количество узкихъ тазовъ получилось бы у меня, принимая во вниманіе границу, оставленную Litzmann'омъ въ 1861 году. Дѣйствительно, если исключить большыя рѣдкія суженія таза, а для суженныхъ въ Conj. vera принять во вниманіе укороченіе ея только до 9,5 стм., то вмѣсто опредѣленныхъ мною 13,5%, я получилъ бы не больше 10% узкихъ тазовъ, — цифру меньшую такихъ-же нѣмецкихъ, полученныхъ однимъ и тѣмъ-же путемъ, т. е. подробнымъ и систематическимъ измѣреніемъ таза.

Я не намѣренъ вдаваться здѣсь въ разъясненіе причинъ, могущихъ оказывать свое вліяніе на большыя частое появленіе въ Германіи чѣмъ въ Россіи узкихъ тазовъ вообще, а большыя сильныхъ степеней въ особенности. Конечно можно предполагать вліяніе не одинаковыхъ климатическихъ и социальныхъ условий, въ которыхъ живутъ различные народы, но этотъ вопросъ еще слишкомъ мало изслѣдованъ, чтобы можно было, по крайней мѣрѣ въ настоящее время, дойти этимъ путемъ объясненія, имѣющаго за собою хотя бы нѣкоторую долю вѣроятности. Но не только вліяніе внѣшнихъ условій на организмъ, а

посредствомъ него на образованіе формы таза какъ при нормальныхъ, такъ и при патологическихъ условіяхъ, но даже непосредственная роль организма, какую онъ самъ по себѣ принимаетъ въ формировавіи изъ таза новорожденной дѣвочки таза женщины взрослой,—этотъ вопросъ хотя уже много разъ обсуждался въ литературѣ, но пока не привелъ къ единству взглядовъ.

Такимъ образомъ видя полную невозможность прійти этимъ путемъ къ какому либо заключенію, я поставилъ себѣ вопросъ, *имѣли ли уже въ формѣ таза новорожденныхъ дѣтей у различныхъ племенъ таковыя отличительныя признаковыя, которые въ послѣдствіи могли бы обусловливать болѣе или менѣе частое, а также болѣе или менѣе сильное уклоненіе отъ нормальной формы таза женщины взрослой.*

*Litzmann* въ своемъ описаніи новорожденныхъ дѣтей <sup>1)</sup> говоритъ, что безымянная линія менѣе вогнута, а потому истинная конъюгата по отношенію къ поперечному діаметру болѣе у новорожденной чѣмъ у взрослой. Въ подтвержденіе этого положенія онъ приводитъ цифры своихъ измѣреній. Принявъ прямой діаметръ за единицу, *Litzmann* получилъ слѣдующее отношеніе этого размѣра къ поперечному входу: въ тазахъ новорожденныхъ дѣвочекъ 1 : 1,07, въ тазахъ взрослыхъ женщинъ 1 : 1,29. Съ другой стороны, *Runge* опредѣлилъ <sup>2)</sup> слѣдующее отношеніе этихъ двухъ діаметровъ: по цифрамъ Филатова 1 : 1,15, а по своимъ 1 : 1,18. Вместе съ тѣмъ *Runge* выбралъ изъ 157 измѣреній, произведенныхъ *Баландинымъ* на матеріалѣ Спб. Воспитательнаго Дома (*Ф. Balandin. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynaekologie. Heft I. St.-Petersburg 1883*), 22 таза, принадлежащихъ поворожденнымъ женскаго пола, умершимъ до 1-го мѣсяца послѣ рожденія, высчиталъ среднія величины изъ этого ряда измѣреній и такимъ образомъ вывелъ у нихъ отношеніе прямого размѣра входа къ поперечному: 1,0 : 1,04.

Изъ сравненія этихъ цифръ мы можемъ заключить, что разница въ отношеніи прямого размѣра входа къ поперечному у новорожденныхъ, измѣренныхъ *Баландинымъ* и *Litzmann'омъ*, сохранилась послѣ вліяніи на нихъ цѣлага комплекса сложныхъ внѣшнихъ условій въ цифрахъ, выведенныхъ изъ измѣреній нормальныхъ тазовъ взрослыхъ русскихъ и нѣмецкихъ женщинъ.

Теперь оставалось бы рѣшить слѣдующій вопросъ. Если при нормальныхъ условіяхъ относительное укороченіе прямого размѣра при образованіи таза взрослой стоитъ, дѣйствительно, въ зависимости отъ первоначальнаго отношенія размѣровъ входа у новорожденной, то нельзя ли допустить, что и патологическія условія окажутъ свое вліяніе на конъюгату такихъ тазовъ рѣже или по крайней мѣрѣ слабѣе, въ которыхъ уже первоначальное отношеніе прямого размѣра входа къ поперечному менѣе способствуетъ ея укороченію.

1) Die Formen des Beckens etc.

2) l. c., pag. 71 и 75.

Однако, въ виду недостаточности матеріала, въ особенности малаго количества измѣреній тазовъ новорожденныхъ, я не рѣшаюсь идти дальше постановки этого вопроса. Быть можетъ я бы не затронулъ его даже этими нѣсколькими словами, если бы меня не соблазнилъ памекъ *Müller's* <sup>1)</sup>, который тоже хотѣлъ бы поставить частоту узкихъ тазовъ у различныхъ расъ и народовъ въ зависимость отъ племенныхъ отличій таза.

Заканчивая мое изслѣдованіе, мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ по поводу нѣкоторыхъ графъ таблицы измѣреній. Такъ какъ опредѣленіе продолжительности родового акта основывается на анамнестическихъ данныхъ, то точность ея конечно не безупречна. Поэтому, чтобы по возможности пополнить этотъ невольный недостатокъ, я прибавилъ еще открытіе зѣва во время поступленія роженицы въ Заведеніе и продолжительность пребыванія ея въ родильномъ покоѣ до рожденія младенца. Открытіе зѣва опредѣлялось приблизительно количествомъ пальцевъ, помещающихся поперечно между его краями. При опредѣленіи продолжительности родового акта и времени пребыванія роженицы въ родильнѣ (выражены въ часахъ) я, разумѣется, исключалъ послѣдній періодъ родовъ, т. е. время послѣ рожденія младенца до выхода послѣда.

Послѣ рожденія плода я его каждый разъ лично взвѣшивалъ и измѣрялъ. Всѣ новорожденныхъ выраженъ въ граммахъ, а всѣ размѣры въ сантиметрахъ. Такъ какъ исходъ родовъ зависитъ въ значительной степени и отъ величины плода, то, думается, не безынтересно будетъ знать величину плода въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Кромѣ этой цѣли я, помѣщая всѣ измѣренія новорожденныхъ въ таблицѣ, руководствовался еще надеждою, что этотъ необработанный мною матеріалъ пригодится позднѣйшимъ изслѣдователямъ.

<sup>1)</sup> Archiv f. Gynaekol. Bd. XVIII. c.

*Къ статьѣ д-ра Рымина (стр. 718—756).*

# ТАБЛИЦЫ ИЗМѢРЕНІЙ

**400 роженицъ**

**И ИХЪ НОВОРОЖДЕННЫХЪ.**

№ очерковой.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рожденія, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А В Б.					Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время пост. палы.	Время пробаванія из родов. Животомъ.	
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						Dist. tuber. spuria.
1890 г.																
1	3076	Витебской, р.	30	4	2 р. повор.	32	26,5	29	21	>13	—	II нож.	Слабья и рѣдкія.	27½	1	12
2	3190	Спб. губ., р.	23	2	3 р. пожное. благ.	29,5	23	26	18,5	12	—	II зат.	Слабья и рѣдкія.	17½	2	5½
3	3191	Тверской, р.	28	3	»	30	24	27	19	12,5	—	I »	—	28	2	6
4	3192	Ярославской р.	31	3	»	30	24,25	27,75	19,5	12,5	—	I »	—	9¼	2	6¼
5	3193	Ярославской, р.	27	3	»	30,5	25	28,5	19,75	12,5	—	I »	—	9	2	2
6	3194	Варшаве. полька.	23	2	Abortus III mens.	32	27	30	21	>13	—	I »	—	13	1½	7¼
7	3195	Курляндской, р.	17	1		30,5	24	27	19,25	12,75	—	II »	—	48½	2	7
8	3196	Московской, р.	21	2	благ.	29,5	23	26	19	12,5	8,5	II »	—	8	3	1
9	3197	Рязанской, р.	29	5	»	31	24	28	19,5	12,5	—	—	—	3	—	—
10	3272	Ярославской, р.	22	1		28	22,5	25,5	17	11	7,75	II »	—	11½	2	4½
11	3273	Эстлянд. эстонка.	27	1		32	24	27,25	19,75	12,75	—	II »	—	8½	2½	2½
12	3274	Вологодской, р.	20	2	Щипцы	29,5	23	26	19	12,25	—	I »	—	2½	tot.	1/12
13	3275	Новгородской, р.	25	1		33	24,5	29	20,5	13	—	II »	—	22	tot.	1
14	3276	Финлян. финка.	36	12	3 р. Щипцы	31	26	29	20,5	>13	—	I »	Слабья и рѣдкія.	9	4	4
15	3277	Новгородской, р.	29	2	благ.	30	25	28	19,5	12,5	—	II »	—	3	3½	½
16	3278	Спб. губ., р.	32	2	»	32,5	28	30,5	21	>13	—	I »	—	6	4	1
17	3279	Ярославской, р.	24	4	»	31	25	28	19,5	13	—	I »	—	9½	3	1¼
18	3280	Спб. губ., р.	22	2	»	31	24	27	20	12,75	—	II »	—	1¼	tot.	—
19	3281	Новгородской, р.	19	1		30	24	27,75	20	12,75	—	I »	—	13¼	4½	1½
20	3350	Спб. губ., р.	23	2	благ.	30	24,5	28	19	12,25	—	I »	Слабья и рѣдкія.	33	2	12
21	3356	Спб. губ., р.	23	1		32	27,5	30	19,5	12,5	—	I »	—	20½	1	6
22	3357	Новгородской, р.	20	1		32	26	29	20	12,75	—	I »	—	14¼	3½	2¼
23	3358	Спб. губ., р.	19	2	благ.	30	23	26	18,5	12,5	—	I »	—	7½	2	2

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.										Особенности конфигураціи головки.	Узкіе тазы.	ПРИМѢЧАНІЯ.		
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в ъ к а.								
								Р а з м ѣ р ы.								
								Обрученность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.				Большой косой.	Малый косой.
Extr. tr. et cap.	А. ж.	М.	3550	50	12	10	36 $\frac{1}{4}$	10	9	12	14	10				
	сл. ж.	Д.	1110	35	9	6	23 $\frac{1}{2}$	6 $\frac{1}{2}$	6	8	9 $\frac{1}{2}$	7				
	ж. ж.	М.	3150	49	10 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	33	9	8	11	13	9 $\frac{3}{4}$				
	ж. ж.	Д.	4140	50 $\frac{1}{2}$	12	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	11	14	10				
	ж. ж.	М.	3950	50 $\frac{1}{2}$	12	9 $\frac{1}{2}$	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12	13 $\frac{1}{2}$	11				
	ж. ж.	Д.	3730	50	12	9	34	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	10				
	ж. ж.	М.	3500	50	12	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11	13	9 $\frac{1}{2}$				
	ж. ж.	М.	3440	49	12	10	33	9	8	10 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$				
	ж. ж.	М.	3200	52	12	10	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	10 $\frac{1}{4}$				
	ж. ж.	Д.	3100	48	11	8	34	9	8	11	13	9 $\frac{1}{2}$			Гол. конич., темян. бугры уплощены. Затыл. и лобныя кости зашли за темян. Род. опухоль у мал. родн.	
Пост. безъ водъ. Мал. родн. постоянно оч. низко.	Extr. tr. et cap.	м. ж.	Д.	2060	44	10	7	29 $\frac{1}{2}$	8	6 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	11	8			
ж. ж.		Д.	3350	50	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$				
ж. ж.		Д.	3550	50	12	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	12	14	11				
ж. ж.		М.	4370	52 $\frac{1}{2}$	14	10	36	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{2}$	10				
ж. ж.		Д.	2950	47	11	9	33	9	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$				
ж. ж.		Д.	3320	49	11	9 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11	13	9 $\frac{1}{2}$				
сл. ж. ж.		М.	3900	51	13	10	36 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12	14	10				
ж. ж.		Д.	3070	48 $\frac{1}{2}$	12	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{4}$	9	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$				
ж. ж.		Д.	2000	45	9	7	29 $\frac{1}{2}$	8	7	10	12	9				
ж. ж.		М.	4730	55	14	11	37	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	14	10	Лѣвая темян. кость ниже.			
Преждевр. отх. водъ. Во входѣ sut. sag. поперечно, оба родн. на одн. уровнѣ.	Episiotomia dext.	сл. ж. ж.	Д.	2550	46	10	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10	12	9			
Dir. velam. artif.	ж. ж.	М.	3100	48	11	9	34	9	8	11	13	9 $\frac{1}{2}$				
	сл. ж. ж.	М.	1950	40	9	7 $\frac{1}{2}$	30	8	7	9 $\frac{1}{2}$	11	8 $\frac{1}{2}$				
															Реб. ум. въ продолж. перв. сут.	

Извлеченіе легкое.  
Реб. ум. на 4 сутн.  
Д. ум. чр. 5 ч. послѣ  
рожд.

Уличн. роды.

1 Полость малого таза  
не объемистая.

Преждевр. отдѣленіе  
дѣтскаго мѣста.

Лѣвая темян. кость  
ниже.

Реб. ум. въ продолж.  
перв. сут.

№ очереди.	№ по акушерской книге заведени.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.					D. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормального характера родовыхъ болѣй.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время посл. падѣц.	Время предшествовавшихъ родовъ.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
24	3359	Московской, р. .	21	2	Благополучно.	31,5	25,5	29	19	12,5	—	I зат.	—	18	2½	1½
25	3360	Спб. губ., р. . .	24	4	»	30,5	24,5	27,5	19	12,75	—	I »	—	8	2½	2
26	3361	Олонецкой, р. .	20	1	»	30	23	26	18,5	12	—	I »	—	18½	1½	6
27	3363	Тверской, р. . .	26	2	»	32,5	25	28,5	20	13	—	II »	—	12	3	1½
28	3439	Ярославской, р. .	38	8	»	31	24	27,5	18,75	11,75	—	—	—	18	—	3½
29	3440	Тверской, р. . .	21	3	»	30,5	25,5	28,5	19	12,25	—	II »	—	11½	3	2½
30	3441	Ярославской, р. .	32	10	»	33	26	29	20,5	13	—	I »	—	3½	2	2½
31	3442	Тверской, р. . .	19	1	»	30	24	27	20	>13	—	II ягод.	—	13	3	5
32	3444	Спб. губ., р. . .	22	3	»	31	23,5	27	19,25	13	—	I зат.	—	19	3	1½
33	3445	Тверской, р. . .	34	6	»	34	28	31	21	>13 (13,5)	—	II »	—	3½	tot.	¾
34	3446	Псковской, р. . .	22	1	»	32	24,5	28	19	13	—	II »	—	24½	2	12½
35	3447	Курской, р. . .	26	2	»	31	25	28,5	19	13	—	I »	—	3½	tot.	—
36	3448	Спб. губ., р. . .	20	2	»	31	24	27	19,5	13	—	II »	—	22	4	¾
37	3449	Новгородской, р.	24	2	»	30	28	29	16,5	10,5	—	I нож.	—	15½	1½	11
38	3450	Тверской, р. . .	20	1	»	31,5	24,25	27,5	19	12,25	—	I ягод.	—	3½	tot.	—
39	3513	Лифлянд., полька.	28	2	»	31	25,5	29	19	13	—	I зат.	—	3½	4	1¾
40	3514	Спб. губ., р. . .	22	1	»	30,5	23	26	19,25	12,5	—	II »	Слабыя и рѣдкія.	21½	2	15¾
41	3523	Спб. губ., р. . .	21	1	»	32	26,5	29,5	20,5	13	—	I »	—	12¾	tot.	¾
42	3524	Тверской, р. . .	23	3	»	31	25	28,5	19	12,75	—	I »	—	7	3	3¾
43	3525	Варшав., полька.	27	4	»	31	24,5	27,5	19,5	12,5	—	II »	—	2¾	4	1½
44	3526	Спб. губ., р. . .	19	1	»	31,5	24	27	18,25	12,25	—	I »	—	7½	3½	3
45	3527	Костромской, р. .	28	4	»	30	23	26	18,5	12	—	I »	—	20	2	4
46	3528	Спб. губ., р. . .	24	2	»	30	25	27,75	19,5	12,5	—	II »	—	7	4	1½
47	3529	Спб. губ., р. . .	23	1	»	31	24	27	18	12	—	II »	—	55	4	6

Наблюдавш. отклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособіе.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.														Указіе тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ						
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечи.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головы.									
								Р а з м ѣ р ы.															
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.										
Пост. безъ водъ.	Episiotomia dext.	ж.	М.	3350	49	12	9	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12 $\frac{1}{2}$	10	Лѣвая темян. кости ниже.	Реб. ум. на 2 сутки послѣ родовъ.								
ж.		Д.	1550	38	8	7	29	7 $\frac{1}{2}$	6	9 $\frac{1}{2}$	11	8											
Пост. безъ водъ.	Abrasio cavi ut.	ж.	Д.	3570	51	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		Лѣвая темян. кости ниже.	Реб. ум. на 3 сутки.							
ж.		М.	3250	50	12	10	35	9	8	12	13	10											
	Extr. brach. et cap.	A b o r t u s П ш с п с																					
ж.		Д.	3420	49	12	9	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13	10											
	Extr. trunci. et cap.	ж.	Д.	4350	51	13	11	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	10				На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.					
ж.		Д.	3120	48	12	9	34	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	11	12	9 $\frac{1}{2}$											
	Extr. brach. et cap.	ж.	Д.	3360	48	11	9	35	9	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$					На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.				
ж.		Д.	3650	49	12	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11	12 $\frac{1}{2}$	10											
Пост. безъ водъ.	Foreeps.	ж.	М.	3700	52	13	11	35 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	12	14	9 $\frac{1}{2}$	На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.						2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.			
ж.		Д.	3420	50	12	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$											
	Dir. velam. artif.	ж.	Д.	3000	47	12	9	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12	9 $\frac{1}{2}$		На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.							
ж.		М.	3300	52	14	10	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12 $\frac{1}{2}$	10											
Пост. безъ водъ.	Foreeps.	ж.	М.	1500	39	ма	це	ри	ро	ва	н	ны	й.								На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.	
ж.		М.	3900	51	13	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$											
Пост. безъ водъ.	Dir. velam. artif.	ж.	М.	2850	49	11	9	34	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$				На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.						2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.
ж.		Д.	3270	48 $\frac{1}{2}$	12	9	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	12	13	9 $\frac{1}{2}$											
Пост. безъ водъ.	Dir. velam. artif.	ж.	Д.	3200	49 $\frac{1}{2}$	11	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11	13	9 $\frac{1}{2}$					На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.				
ж.		М.	3400	50	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11	13	9 $\frac{1}{2}$											
Пост. безъ водъ.	Dir. velam. artif.	с.л.	Д.	2200	45	10	8	33	8	7	10	11 $\frac{1}{2}$	9	На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.						2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.			
ж.		Д.	3230	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{1}{2}$	12	13	9 $\frac{1}{2}$											
Пост. безъ водъ.	Dir. velam. artif.	ж.	Д.	3000	49	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		На правой темян. кости небольшое вдавленіе. Головка круглая. Веѣ кости на одн. уровнѣ.	2 Rhachitis. Освобожд. гол. весьма затруд.							
ж.		М.	3650	51	13	10 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{3}{4}$	8	12	14	10											
Во входѣ sut. sag. поперечно, больш. родн. ниже.		ж.	М.	3650	51	13	10 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{3}{4}$	8	12	14	10								Правая темян. кость зашла за лѣвую.		

№ очерковой.	№ по акушерской книге заведенья.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормального характера родовыхъ болѣй.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время потг. Палды.	Время пробавленія въ родильн. до рож. младенца.
						D. troch.	D. spirar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
48	3530	Спб. губ., р. . .	22	1	Благоп.	31	23,5	27	18,5	12,25	—	I зат.	—	20 $\frac{1}{3}$	3	3
49	3531	Олонейской, р. . .	30	2	»	29,5	23,75	27	18,75	12,5	8,5	I »	—	9 $\frac{1}{6}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$
50	4532	Тверской, р. . .	26	2	»	30,5	24	27,5	18	11,75	—	I »	—	40 $\frac{1}{3}$	3	2 $\frac{1}{3}$
51	3601	Спб. губ., р. . .	20	1	»	31	23,25	26,5	18,25	12,25	—	I »	—	17	1	7
52	3603	Спб. губ., р. . .	22	1	»	32	25,25	28	19,5	12,5	—	I »	—	13	1 $\frac{1}{2}$	6
53	3604	Новгородской, р.	38	3	»	33	27,5	30	21,5	>13	—	I »	—	15 $\frac{1}{4}$	2	2
54	3605	Псковской, р. . .	40	6	»	32	26	29	20,5	>13	—	I »	Слабья и рѣдкя.	4 $\frac{1}{2}$	tot.	2
55	3606	Эстляндской, р.	37	2	»	32	26	29	18,5	11	—	I »	—	26	2 $\frac{1}{2}$	6
56	3607	Плоцкой, р. . .	20	2	Благоп.	31	24,5	27,5	20	12,75	—	I »	—	3	tot.	$\frac{3}{4}$
57	3608	Псковской, р. . .	35	8	»	34	26,5	29,5	20	12,5	—	I »	—	6 $\frac{3}{4}$	3	4 $\frac{1}{2}$
58	3609	Курляндской, р.	21	2	»	32	25	29	20	12,5	—	II »	—	4 $\frac{3}{4}$	4	$\frac{1}{6}$
59	3610	Ярославской, р.	22	2	»	30	23	26,5	19	12	—	I »	—	4 $\frac{1}{4}$	tot.	$\frac{3}{4}$
60	3611	Тверской, р. . .	27	3	»	31	24,5	28	20	13	—	II »	—	24 $\frac{1}{2}$	3	2
61	3612	Петрок., полька.	27	4	»	31,5	26,5	29,5	20,5	13	—	I »	—	5 $\frac{3}{4}$	tot.	$\frac{5}{8}$
62	3684	Ярославской, р.	19	1	»	31	23,25	26,5	18,5	12,25	—	I »	—	22 $\frac{1}{4}$	2	11
63	3686	Спб. губ., р. . .	17	1	«	30,5	24,5	27,5	18,5	11,5	—	II »	—	15	1 $\frac{1}{2}$	10
64	3687	Московской, р. . .	22	2	»	33	26	29	20	>13	—	I »	—	2 $\frac{3}{4}$	tot.	$\frac{1}{3}$
65	3688	Московской, р. . .	27	4	»	30	22,5	26,25	18	12,23	—	I »	—	3	3	$\frac{2}{3}$
66	3689	Спб. губ., р. . .	30	5	»	32,5	24,5	27,75	18,25	12	—	II »	—	7 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	2
67	3690	Курлянд. нѣмка.	24	2	»	30	22	26	19	12	—	I »	—	5	2 $\frac{1}{2}$	3
68	3692	Спб. губ., р. . .	23	2	»	32	24,25	28	18,75	{12,5	—	?	—	2	—	—
69	3693	Новгородской, р.	30	6	»	31	25	28,5	19	12,25	—	I »	Слабья и рѣдкя.	14 $\frac{1}{4}$	tot.	2
70	3694	Новгородской, р.	22	1	»	31	23,5	27	18,75	12	—	I »	—	15	1	8

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.

Оперативное пособие.

М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.

Г О Л О В К А.

Раз м ѣ р ы.

Особенности конфигурации головы.

Узкие тазы.

ПРИМѢЧАНІЯ.

Состояніе.

Полъ.

Вѣсъ.

Длина.

Размѣръ плечи.

Размѣръ ягодицъ.

Окружность.

Большой поперечникъ.

Малый поперечникъ.

Прямой.

Большой косой.

Малый косой.

Пост. безъ водъ.

Dir velam artif.

ж. М. 3050 49 $\frac{1}{2}$  12 9 $\frac{1}{2}$  34 9 7 $\frac{1}{2}$  11 $\frac{1}{2}$  13 9 $\frac{1}{2}$

ж. Д. 2850 48 11 9 32 $\frac{1}{2}$  8 $\frac{1}{2}$  7 10 12 9

ж. Д. 3150 48 12 9 34 9 7 $\frac{1}{2}$  11 13 9 $\frac{1}{2}$

ж. М. 3200 49 11 9 34 9 7 $\frac{1}{2}$  11 13 9 $\frac{1}{2}$

Пост. безъ водъ.

Dir velam artif.

ж. М. 3300 50 12 10 35 9 $\frac{1}{4}$  8 11 13 9 $\frac{1}{2}$

ж. М. 3900 52 13 10 35 9 $\frac{1}{2}$  8 $\frac{1}{2}$  11 $\frac{1}{2}$  13 10

ж. Д. 2400 47 11 9 33 9 8 11 12 9 $\frac{1}{2}$

Во входѣ sut. sag. поперечно ближе къ мысу; больш. родн. ниже

Dirup. vel artif. при 3 п.

А. М. 3500 51 13 10 36 9 $\frac{1}{2}$  8 12 13 10

Головка продолг. Лѣвая темн. кость зашла за правую тем. и за затыл. правая лобн. к. ниже. На лѣвой тем. к. краснота около больш. родн.

3 Placenta praevia lateralis.

ж. Д. 3950 50 13 10 36 9 $\frac{3}{4}$  8 $\frac{1}{2}$  12 13 $\frac{1}{2}$  10

ж. Д. 3500 48 12 $\frac{1}{2}$  9 35 9 $\frac{1}{4}$  8 12 13 10

ж. Д. 2950 46 12 9 34 9 7 $\frac{3}{4}$  11 13 9

ж. М. 3910 48 12 10 36 9 $\frac{1}{4}$  8 12 13 9 $\frac{1}{2}$

Лѣвая темн. кость ниже.

А. М. 2000 48 11 9 34 9 7 $\frac{3}{4}$  11 $\frac{1}{2}$  12 $\frac{3}{4}$  9 $\frac{1}{2}$

ж. Д. 3950 50 13 10 35 10 9 12 $\frac{1}{4}$  13 $\frac{1}{2}$  10

Dir vel artif.

ж. М. 2900 46 11 $\frac{1}{2}$  9 3 $\frac{1}{2}$  8 $\frac{1}{2}$  7 10 $\frac{1}{2}$  12 $\frac{3}{4}$  9

Dir vel artif.

ж. М. 2730 48 11 8 $\frac{1}{2}$  33 9 7 $\frac{1}{2}$  10 12 $\frac{1}{2}$  8

ж. Д. 3770 51 13 10 $\frac{1}{2}$  34 9 $\frac{1}{2}$  8 11 13 9 $\frac{1}{2}$

ж. Д. 3100 49 12 9 $\frac{1}{2}$  33 $\frac{1}{2}$  9 7 $\frac{1}{2}$  11 13 $\frac{1}{2}$  9

ж. М. 4070 51 14 10 $\frac{1}{2}$  37 9 $\frac{1}{2}$  8 12 14 10

ж. М. 3400 49 12 9 35 9 7 $\frac{3}{4}$  11 $\frac{1}{2}$  13 $\frac{3}{4}$  9 $\frac{1}{2}$

ж. Д. 3170 48 12 9 34 9 8 11 $\frac{1}{2}$  13 9 $\frac{1}{2}$

Уличн. роды.

Пост. безъ водъ.

ж. М. 3750 51 13 10 37 9 8 11 $\frac{1}{2}$  13 10

Лѣвая тем. кость зашла за правую.

№ очередной.	№ по акушерской книге заведени.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклонени отъ нормального характера родовыхъ болѣз.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе сѣва во время посл. палл.	Время предшествовавшихъ родовъ.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
71	3695	Тверской, р. . .	27	5	Благоп.	32	25	28	19,25	12,5	—	I з.	—	11 $\frac{1}{4}$	31 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$
72	3762	Ярославск., р. .	23	1	»	31	24	27	18	11	—	I з.	Нодъ конецъ слаб. и рѣднѣя.	33	1	23 $\frac{1}{2}$
73	3766	Спб. губ., р. . .	29	3	»	29	22	25	18	11	7,75	I з.	—	13	3	2
74	3767	Лифлянд., эстонка.	37	5	»	32	26	29	20,5	13	—	1) II з. 2) II н.	—	10	2	4
75	3768	Новгородской, р. .	24	1	»	32	23,25	26,5	19	13	—	I з.	—	11	1 $\frac{1}{2}$	3
76	3769	Спб. губ., р. . .	28	5	»	32	27	30	19,5	12,75	—	II з.	—	8 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$	2
77	3770	Тверской, р. . .	28	1	»	30	26	27	18	>13	7	II з.	—	46 $\frac{3}{4}$	1	13 $\frac{3}{4}$
78	3771	Новгородской, р.	38	8	»	30,5	25,5	28,5	18	11,5	—	II з.	—	9 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$
79	3772	Виленск., полька.	32	4	1 р. щипцы, 2 и 3 благоп.	30,5	24,5	27,5	18,25	11,5	—	II яг.	—	8	2	1 $\frac{1}{2}$
80	3773	Ярославской, р. .	28	2	Благоп.	31	24,75	28,5	19,5	12,5	—	I з.	—	10	4 $\frac{1}{2}$	
81	3774	Спб. губ., р. . .	26	2	»	31	23,5	26,5	18	12	—	I з.	—	2	4 $\frac{1}{2}$	1
82	3776	Тверской, р. . .	28	5	»	30,5	25	27,5	19,25	12,25	—	II з.	—	5 $\frac{1}{2}$	4	1
83	3777	Новгородской, р.	22	1	»	31	23	26	19,5	12,5	—	зат.	—	9 $\frac{1}{2}$	tot.	
84	3808	Псковской, р. . .	28	4	»	31	24	27,75	18,5	12,5	—	I лиц.	—	21 $\frac{3}{4}$	tot.	1
85	3849	Тулъской, р. . .	32	3	Трудн. роды, но силами прир.	28	22,5	25,5	18,5	11,25	7,5	I з.	—	7 $\frac{1}{4}$	3 $\frac{1}{2}$	4

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособіе.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.														Узкое тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ.
		Состояніе.	Поль.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ шечк.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головки.			
								Р а з м ѣ р ы.									
								Окружности.	Большой поперечной.	Малый поперечной.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.				
Пост. безъ водъ. Преждевр. отх. водъ. Во входѣ sut. sag. поперечно; больш. родн. ниже. Малый роднич. постоянно оч. низко. Пост. безъ водъ.	Forceps.	ж.	Д.	3230	49	12	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Зат. и лобныя кости зашли за темян. и передн. часть лѣвой тем. к. зашла за правую.	5	Щипцы выходяныя.	
		А. ж.	Д.	3100	50	12	9	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		Гол. конич., ват. кос. зашла за тем.; лѣвая тем. к. зашла за прав. Лоби. к. ниже. Вдавленіе лѣваго темян. бугра.	6	Полость малаго таза не объемистая.
Преждевр. отх. водъ. Во входѣ больш. родн. ниже; въ полости мал. родн. ниже и взади, тоже въ выходѣ. Въ щипцахъ гол. повернулася.	Forceps.	ж.	Д.	3650	50	13	10	36	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. конич., ват. кос. зашла за тем.; лѣвая тем. к. зашла за прав. Лоби. к. ниже. Вдавленіе лѣваго темян. бугра.	6	Полость малаго таза не объемистая.	
		А. ж.	М.	3550	51	14	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$				
Во время поступленія гол. наход. въ полости. Безъ водъ. Пост. безъ водъ.	Extr. pedistrucci et cap.	ж.	М.	3330	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	10	Гол. продолг. Правая темян. кость ниже. Зат. и лоби. к. зашли за тем. Гол. круглая. Всѣ кости на одномъ уровнѣ.	8	Pzвлеченіе дов. легк.	
		А. ж.	Д.	3500	50	12 $\frac{1}{2}$	9	35	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12	12 $\frac{3}{4}$	10				
Пост. безъ водъ.	Extr. pedistrucci et cap.	ж.	Д.	3070	47	12	8	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Правая темян. кость ниже. Зат. и лоби. к. зашли за тем. Гол. круглая. Всѣ кости на одномъ уровнѣ.	9	Роды въ прибылой.	
		ж.	М.	2950	48	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$				
Пост. безъ водъ.	Extr. pedistrucci et cap.	ж.	М.	3650	50 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{3}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$	Гол. конич. Темян. бугры уплощены. Родов. опух. у малаго родн. Зат. и лобныя кости зашли за темян.	10	Полость малаго таза не объемистая.	
		ж.	Д.	2750	47	11	8 $\frac{1}{2}$	32	9	7 $\frac{3}{4}$	10	12	9				
Пост. безъ водъ.	Extr. pedistrucci et cap.	ж.	М.	500	A	bo	rt	us	V	m	e	n	s.	Гол. конич. Темян. бугры уплощены. Родов. опух. у малаго родн. Зат. и лобныя кости зашли за темян.	10	Полость малаго таза не объемистая.	
		ж.	Д.	4300	50	13	10	36	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	12	14	9 $\frac{1}{2}$				

№ очередн.ф.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавших родовъ.	Т А З Ъ.						Положение плода.	Уклонения отъ нормальнаго характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зъва во время посл. пальц.	Время отрыва въ роды.	Время отрыва въ роды по указ. карточкѣ.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Dist. tuber. spuria.						
86	3851	Новгородской, р.	27	3	Благоп.	32,5	26	28,75	20,5	13	—	II зат.	—	14½	tot.	—	—
87	3852	Сиб. губ., р. . .	25	3	»	31	24,25	27	18	12,5	—	I »	—	13	3	3½	
88	3853	Исковской, р. . .	33	4	»	30,5	24	27,5	20	12,5	—	II »	—	5½	2	1½	
89	3954	Сиб. губ., р. . .	25	2	»	32	25,25	28	19,75	12,75	—	I »	—	7	3	1½	
90	3855	Вятской, р. . .	22	3	1 р. Eclampsia щипцы 2 р. бл.	32	23,5	27	20	13	—	II »	Слабыя но частыя.	13½	3½	6	
91	3856	Сиб. губ., р. . .	26	3	Благоп.	31	25,5	27	18	11,5	—	I »	—	6½	2	2½	
92	3857	Тверской, р. . .	19	1	»	31	24	27	17,5	12,25	—	I »	—	36	2	9	
93	3858	Новгородской, р.	37	3	»	31,5	25,5	28,5	20	12,5	—	Зат.	—	3	tot.	—	
94	3932	Тверской, р. . .	35	6	»	31	25	28	20,5	>13 (13,5)	—	I зат.	—	12½	2	6	
95	3933	Новгородской, р.	25	2	»	31	24,75	28	18,5	12	—	II »	—	13½	1½	2	
96	3935	Сиб. г., р. . . .	23	2	»	32	23,5	26,5	20,5	13	—	I »	—	9	1½	4	
97	3936	Сиб. г., р. . . .	22	3	»	32	24,5	27,5	18,5	12,25	—	II »	—	6	2	4¼	
98	3937	Новгородской, р.	30	3	»	31	27	30	17,5	11,5	—	I »	—	11	tot.	1¼	
99	3938	Костромской, р.	20	1	»	31	24	27	20	12,5	—	II »	—	18	2½	2	
100	3939	Костромской, р.	36	1	»	30,5	27	29,5	19,5	12,5	—	II »	—	13	3	3	
101	3940	Тверской, р. . .	27	1	»	32	26	29	20,5	> 13	—	—	—	—	—	—	
102	3941	Сиб. г., р. . . .	31	1	»	31	23,5	26,5	19,75	12,5	—	II »	—	6	tot.	2	
103	3942	Ярославской, р.	29	4	»	32	27,5	30,5	18,75	12,25	—	II »	—	21	2	2	
104	3943	Сиб. г., р. . . .	22	3	»	30	23	26	19	12,25	—	II норм	—	4½	2	2	
105	3944	Исковской, р. . .	27	3	»	32	23	26,5	20	13	—	II зат.	—	4	2	1½	
106	3945	Тверской, р. . .	34	7	»	31,5	25	27,75	10	12,5	—	II »	—	4	2½	2	

Наблюдавш отклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособіе.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.													Узкое таза.	ПРИМѢЧАНІЯ.
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ головки.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головки.		
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.			
Во входѣ sut. sag попер., оба роднич. на одн. уровнѣ. Пост. безъ водъ.	Dir velam artif.	ж.	Д.	3400	49	12	9	33½	9	7½	10½	12½	9¼	Лѣвая темян. кость ниже.		
ж.		М.	3950	51	13	10	35	9¼	8	11½	13	9½				
ж.		Д.	2550	44	11	9	32	9	7½	10	11½	8½				
ж.		М.	4000	51	13	10	36	9¼	8	12	13½	9½				
Пост. безъ водъ.	Dir velam artif.	ж.	Д.	3600	51	13	10	34½	9	7¾	11½	13	9½	Лѣвая тем. кость ниже; лобныя к. зашли. Гол. продолг.	11 Rhachitis.	
ж.		М.	3670	50½	12½	10	34	9¼	7¾	11½	12¾	9¾				
ж.		М.	3330	50	12½	9½	34	9	8	11½	13	9½				
ж.		Д.	2880	45½	12	8½	32	9	7¾	10½	12	9½				
Плечики застряли.	Плечики выведены тупымъ крючкомъ	м.	М.	3950	50	15	м а ц е р и р о в а н н ы й							Роды въ приблной.		
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3250	49	12	9½	34	9	7¾	11½	13			9¼	
ж.		М.	3150	48	12	9	33	9	7¾	11¼	13	9½				
ж.		М.	3400	50	12½	9	34	9¼	8	11¼	12½	10				
Во время поступленія гол. въ узкой части полости таза.	Ручное выдѣленіе плодныхъ яйца.	ж.	М.	3200	50	12½	9	34	9¼	7¾	11½	12¾	9¾	Лѣвая темян. кость зашла за правую. Лобныя и зат. кости зашли за тем. Гол. продолг.	12	
ж.		Д.	3350	49	12½	9	33½	9	8	11	12½	10				
ж.		М.	3200	50	12	9	33	9	8	11	12	10				
ж.		А	b o r t u s I I m e n s													
Пост. безъ водъ.	I ir velam artif. Extrae. trunci et cap.	ж.	М.	3370	49	12½	9½	35½	9¼	8	11½	13	9½		Ивлечение легкое.	
ж.		М.	3600	52	13	10	36	9½	8	11¾	13	9½				
ж.		М.	2200	44	9	8	32	9	7	11	12	9				
ж.		Д.	3830	52	13	10½	34	9¼	8	11½	13	9½				
ж.	М.	3650	51	13	9½	35½	9½	8¼	12	13½	10					

№ очердной.	№ по акушерской книгѣ заведенія.	Мѣсто рожденія, національность.	Возрастѣ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненіе отъ нормального характера родовыхъ болѣз.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. пальц.	Время прибытія въ родильн. залъ по указ. часовъ.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
107	3946	Ярославской, р. .	34	2	Щипцы	33	24,5	27,5	19,25	13	—	I зат.	Слабыя и рѣдкыя.	13	2	4
108	4007	Московской, р. .	21	1	»	30	24	26,5	18,25	12	—	I »	—	13	2	11 1/2
109	4017	Псковской, р. .	22	2	Благош.	33	25	28	19,5	12,25	—	I »	—	14	3	1
110	4018	Тверской, р. . .	25	2	»	31	25	28	19,5	13	—	II »	—	2 1/2	tot.	3/4
111	4019	Тверской, р. . .	23	1	»	30	26,5	28,5	18	13	7	I »	—	8 3/4	1	3 3/4
112	4020	Рязанской, р. .	38	9	»	30	22	26	18,25	12	—	I ножи.	—	6	2	2 1/2
113	4021	Тульской, р. . .	22	2	»	32	23,5	26,5	20	(13,25)	—	II зат	—	5	2	4 1/2
114	4023	Ярославской, р.	22	3	»	32,5	25,25	28,25	18,75	12,25	—	I »	—	9	2 1/2	1/4
115	4024	Псковской, р. .	23	2	»	31	25	28	20,5	(13,5)	—	II »	—	2 3/4	tot.	1
116	4025	Ярославской, р.	30	2	»	31	24	27	20,5	12,5	—	I »	—	11	2 1/2	3/4
117	4026	Витебск., полька.	28	2	»	31	24,5	27	17,5	12	—	II »	—	6	tot	1
118	4027	Новгородской, р.	23	2	»	29	21	24,5	16	11	7,25	I »	—	6	2 1/2	2
119	4028	Тверской, р. . .	34	6	»	31	27	30	18,5	11,5	—	I тем.	—	32	3	2
120	4098	Новгородской, р.	20	1	»	33	24	27	20	13	—	I зат.	Слабыя и рѣдкыя.	26 1/2	1	18
121	4100	Новгородской, р.	39	2	»	31,5	25,5	29	20	12,75	—	II »	—	21 1/2	2 1/2	1/2
122	1891 1	Спб. губ., р. . .	22	3	»	31	26	27,5	18,5	11,25	—	I »	—	9	1 1/2	7
123	2	Спб. губ., р. . .	20	1	»	31,5	24	27	18,25	12,25	—	II »	—	19 1/2	1 1/2	7

Наблюдавш. отклоненіи отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособіе.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Указе таза.	ПРИМѢЧАНІЯ.		
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечн.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.							Особенности конфигураціи головки.	
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.				Малый косой.
Во входѣ <i>sut. sag.</i> поперечно, оба родн. на одн. уровнѣ. Въ полости и въ выходѣ больш. родн. ниже и впереди при прорѣз. гол. повернулась.	Dir. vel. artif. Dir. vel. artif.	ж.	Д.	3310	49	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	13	Кифотическій таза. Кифозъ нижнихъ гр. и пояснич. позвонокъ. Сколиозъ вправо. <i>Venter propendens. Rhachitis.</i>	
		ж.	М.	3200	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3850	51	13 $\frac{1}{2}$	10	35	9	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	2700	45	12	8 $\frac{1}{2}$	33	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{3}{4}$	10 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9			
		ж.	Д.	2650	47 $\frac{1}{2}$	11	8 $\frac{1}{2}$	32	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{2}$	12	9			
	Мал. родн. постоянно оч. низко.	Extr. brach. et cap.	А.	М.	3430	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	11	13	10	14	Выведеніе гол. вѣсъ затрудн.
			ж.	М.	3250	49	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
			ж.	М.	3100	47	12	9	34 $\frac{1}{2}$	9	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$		
			ж.	Д.	3100	48	11 $\frac{1}{2}$	9	33	9	7 $\frac{3}{4}$	10 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
			ж.	Д.	3220	47	12	9	33	9	8	10 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
			ж.	М.	3050	47	12	9	33	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
			ж.	М.	3550	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	13	9		
			ж.	М.	3550	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	13	9		
Prolapsus manus dextr. Repositio. Затѣмъ гол. опустилась во входѣ больш. родн. у мыса, вправо отъ него; <i>sut. sag.</i> проходила у самаго мыса параллельно къ нему.	Forceps.	А.	М.	3430	51	13	10	36	10	9	12	13	10	15	Полость малаго таза не объем.	
		ж.	М.	2980	48	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	Д.	2980	48	12	9	33	9 $\frac{1}{4}$	8	14	12	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	4020	50	13 $\frac{1}{2}$	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	10			
		ж.	М.	2980	48	12	9	33	9 $\frac{1}{4}$	8	14	12	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	4020	50	13 $\frac{1}{2}$	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	10			
		ж.	М.	3500	50 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	9	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Во входѣ <i>sut. sag.</i> ближе къ мысу поперечно; больш. родн. ниже.		ж.	М.	3500	50 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	9	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	16	Гол. продолг. Лѣвая темян. в. зашла за правую тем. и за ват. Правая тем. в. ниже.	
		ж.	М.	3500	50 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	9	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			

№ по акушерской книжкѣ заведения.	Мѣсто рожденія, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А 3 Ть			Conjug. ext.	Conjug. diag.	Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормальнаго характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. пальцъ.	Время срыванія зѣва до рожд. младенца.	
					D. troch.	D. spinar.	D. cristar.									
124	4	Яглыан, естонка.	20	1	Влагородично.	32,5	25	28,25	19,5	13	—	I з.	—	14 $\frac{3}{4}$	tot.	1 $\frac{1}{4}$
125	5	Сиб. губ., р. . .	21	1	»	30,5	23	27	18,25	12,25	—	II »	—	13 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	5
126	8	Вологодской, р. .	33	3	»	30,5	26	28	18	11	—	II »	—	8 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	3
127	89	Московской, р. .	23	2	»	28	21,5	25	18	11,5	—	I »	Глубоки и рѣдкія.	15	2	5
128	90	Тверской, р. . .	22	1	»	32	24,5	27,75	20,5	>13 (13,5)	—	I »	—	24	3	4 $\frac{1}{2}$
129	94	Сиб. губ., р. . .	23	3	»	31	24,25	27,25	20	12,75	—	I »	—	8	3	1
130	96	Тверской, р. . .	42	14	»	29,5	23	26	18,5	12,25	—	II »	—	4 $\frac{1}{2}$	tot.	—
131	99	Сиб. губ., р. . .	24	3	»	32	24	26,75	19,5	12,75	—	I »	—	5	4	1
132	100	Новгородской, р.	29	2	»	31	23,25	27,75	19	12,25	—	I »	—	3	3	1
133	102	Архангельск., р.	25	2	»	30	23	27,75	19	12,25	—	I нок.	—	26	tot.	—
134	172	Тверской, р. .	24	3	»	34	26,5	30	20,5	12,75	—	I з.	Глубоки и рѣдкія.	27	1 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$
135	174	Тверской, р. . .	27	2	»	32	25,5	28	19	12,25	—	I »	—	6 $\frac{1}{2}$	2	4 $\frac{1}{2}$
136	175	Пензен, татарка.	30	6	»	32	26	29	19,5	12,75	—	II »	—	11	tot.	2
137	176	Сиб. губ., р. . .	28	4	»	31	25	28,5	18,5	12,5	—	I »	—	14 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	1
138	179	Новгородской, р.	36	6	»	29,5	23	26,5	19	12,5	—	II »	—	3 $\frac{1}{4}$	tot.	1
139	180	Сиб. губ., р. . .	35	3	»	31	24	28	19,5	12,5	—	I »	—	11 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$
140	183	Ковенск., поляка.	28	3	»	31	24,5	28	19	12,25	—	I »	—	4 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	1
141	184	Сиб. губ., р. . .	25	2	»	31	24	27	18,5	12	—	II нок.	—	4 $\frac{1}{4}$	3	2 $\frac{1}{4}$
142	185	Ярославской, р. .	22	1	»	30,5	24	27	18	12	—	I з.	—	11 $\frac{1}{4}$	tot.	1 $\frac{1}{2}$
143	189	Сиб. губ., р. . .	27	1	»	31	24,75	28	19,5	12,5	—	I »	—	25 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	3
144	191	Псковской, р. . .	37	7	»	31,5	25	29	19	12,5	—	I »	—	5	tot.	—
145	210	Сиб. губ., р. . .	29	2	»	32	27	30	21	>13	—	—	—	11	1 $\frac{1}{2}$	8
146	264	Вязанской, р. . .	18	1	»	30	24	26	17,5	12	—	I »	—	1,5	4 $\frac{1}{2}$	4
147	265	Ярославской, р. .	27	4	»	30	23,5	26,5	19	12	—	I »	—	4	1 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$



№ очередной	№ по акушерской книжке заведени.	Мѣсто рождения национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ					Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время посл. пальп.	Время прибытія въ родильщ. залъ	
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						Dist. tuber. spuria.
148	266	Архангельск. р. .	21	1	Благополучно.	31	22	26	19,5	12,5	—	П з.	—	2½	3½	1½
149	267	Тверской, р. . .	24	1	»	31	23	26	19	12	—	І »	—	10	tot.	7
150	268	Олонецкой, р. .	25	1	»	32	27	30	20	13	—	І нож.	—	11	1½	1½
151	270	Новгородской, р.	21	1	»	31	23,75	27	19,5	13	—	І в.	—	21	1	12½
152	271	Новгородской, р.	36	4	»	31	24	28	19,5	13	—	П яг.	—	13	1½	4
153	272	Спб. губ., р. . .	24	2	»	31	23,75	26,75	19,5	13	—	П в.	—	8	2	2
154	277	Новгородской, р.	23	1	»	31	24,25	27,5	20	12,75	—	П »	—	5½	1½	4
155	278	Спб. губ., р. . .	30	1	»	28	23,5	25	19,5	12,5	7,5	П »	—	10½	3	3
156	343	Спб. губ., р. . .	27	1	»	30	23,5	26,75	19,5	12,5	—	І »	—	9	2½	4
157	345	Новгородской, р.	24	2	»	31,5	25,25	28,5	19	12,75	—	П »	—	18½	2	8
158	346	Ярославской, р. .	21	2	»	31	24,5	28	19,5	13	—	І »	—	5	3	2½
159	347	Тверской, р. . .	18	1	»	30,5	24,25	27,5	18	12,25	—	І »	Слабья и рѣдкія.	27½	1	8½
160	350	Спб. губ., р. . .	22	1	»	32	25	28	20	13	—	П »	—	16¾	1	11
161	353	Новгородской, р.	30	3	»	31	24,5	27,5	18,5	12,5	—	П »	—	11	4	3
162	428	Новгородской, р.	26	4	»	30	24,5	27	19,25	12,75	—	І лиц.	Слабья и рѣдкія.	28	4	12½
163	429	Вологодской, р. .	19	1	»	31	24	27	17,5	12,25	—	П в.	—	21	1	7
164	431	Костромской, р. .	26	2	»	34	28	29	21	>13	—	І »	—	4	4	1½
165	433	Спб. губ., р. . .	27	1	»	32	25	28	19	12,5	—	І »	—	10	2½	3
166	436	Тверской, р. . .	25	3	»	30,5	24,25	27	18	11,75	—	П »	—	16	1½	5
167	438	Тверской, р. . .	24	2	»	30	23	27	19,5	12,5	—	І »	—	11	2	3
168	440	Минской, р. . .	30	1	»	30,5	24	27,5	19	12,5	—	П »	—	8	1½	5

Наблюдавш. отклонения отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.										Узкие таза.	ПРИМЪЧАНІЯ.		
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ андуцъ.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головки.	
								Р а з м ѣ р ы.							
								Окружность.	Большой поперечникъ.	Малый поперечникъ.	Прямой.				Большой косой.
		ж.	Д.	3300	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	10		
	Dir. velam. art. Extr. brach. et cap.	ж.	Д.	3600	51	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
	Extr. trunci. et cap.	ж.	М.	2350	44	10	8	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{2}$	12	9		
		ж.	М.	3100	48 $\frac{1}{2}$	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9		
		с.л. ж.	М.	2750	46	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	33	9	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9		Реб. ум. на 3 сутки.
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	4000	52	13	10	37 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{4}$	12	14	10		
		ж.	Д.	3300	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$		
Гол. въ выходъ стояла долго; мал. род. взадъ и вправо; провз. въ правомъ кос. размѣрѣ.	Episiotomia dext.	ж.	М.	2950	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	19	Кифотическій таза. Scoliosis sinist. Кифозъ 4 нижн. грудн. и пояса. позв. Rhachitis не ясно выраж. Venter propendens.
		ж.	Д.	3650	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	10		
		ж.	М.	3520	51	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9	7 $\frac{3}{4}$	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
		А. ж.	Д.	2710	46	11	8 $\frac{1}{2}$	32	8 $\frac{1}{4}$	7	10	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$		Реб. ум. спустя 2 ч.
		ж.	М.	3050	49	12	9	34	9	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	3550	51	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	3400	49	12	9 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	10		
		м.	Д.	2500	—	—	—	—	—	—	—	—	—		У реб. Hernia cerebri и spina bifida.
		ж.	М.	3350	49	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	3500	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{3}{4}$		
		ж.	М.	2350	44	11	8	32 $\frac{1}{2}$	8	7 $\frac{1}{2}$	10	12	9		
	Dir. vel. artif.	ж.	М.	4300	52	14	11	37	9 $\frac{3}{4}$	9	12	13	9 $\frac{1}{2}$		Правая темян. кость зашла за лѣвую.
Во входѣ: sut. sag. поперечно. Оба родн. на одн. уров.		ж.	М.	3350	49	12	9	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	2900	48	11	9	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	13	9		

№ очередной.	№ по акушерской книжке заведения.	Место рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ, предшествовавшихъ родовъ.	П			3		Dist. tuber. spuria.	Положение плода.	Уклонения отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. Палп.	Время пребывания въ родильн. до рож. младенца.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
169	443	Ярославской, р.	21	1	Благоп.	31	25,5	29	20,5	13	—	I var.	—	7	1½	3
170	509	(шт. губ., р. . .	18	1	»	33,5	26	29	20,5	13	—	I »	—	14	tot.	3/4
171	510	Ярославской, р. . .	38	4	»	31	25,5	28	20	13	—	I »	—	14	tot.	1/2
172	511	(шт. губ., р. . .	25	1	»	28	21	24	17,5	11,5	7,5	II »	—	11¼	1	7
173	512	(шт. губ., р. . .	27	1	»	33	26,5	30	21	>13	—	II лобн.	—	38	2	15
174	514	(шт. губ., р. . .	20	1	»	32	25	28	18,5	12,5	—	II var.	—	8	4	1½
175	517	(шт. губ., р. . .	28	4	»	31	24,5	27	19	12,5	—	II »	—	6	tot.	1/12
176	519	(шт. губ., р. . .	24	2	»	28	21,5	25,5	16	11	7,5	I »	—	3¼	3	2
177	520	(шт. губ., р. . .	29	3	»	30	24	27	19,5	12,75	—	I »	—	3	2½	1¼
178	524	Новгородской, .	26	2	»	33	26	30,5	20	12,5	—	I »	—	3	3	2¼
179	295	(шт. губ., р. . .	17	1	»	31	25	27	17,5	11	—	II »	(лабы и рвдкия.	37	1	32
180	602	Новгородской р.	33	4	»	30	25	28,5	20,5	12,75	—	II »	—	10	3	1
181	604	Псковской, р. .	25	2	»	31,5	25	28,5	19,25	12,5	—	II »	—	4¼	2½	2¼
182	608	Архангельск. р.	23	1	»	30	24	26,5	19	11,75	—	I »	—	4	2	2¼
183	610	Тверской р. . .	25	2	»	34,5	28	31,5	21	>13	—	I »	—	12½	1	11
184	611	Тверской, р. . .	20	1	»	30	24	21,5	20	13	—	II »	—	15	tot.	5/6
185	678	Тверской, р. . .	23	2	»	32	26	29,5	20,5	>13	—	II »	—	6½	4	¼
186	687	Финлянд., финка	30	3	»	33	25,5	28,5	19	12,75	—	I »	—	17¼	3	4
187	689	Тверской, р. . .	22	1	»	31	24	27	16,5	10,5	—	I »	—	30	1	7
188	690	Тверской, р. . .	25	6	»	33	26	29	20	12,5	—	II »	—	14	tot.	1/2

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Особенности конфигурации головки.	Указ. тазы.	ПРИМѢЧАНІЕ.	
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.								
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.				Малый косой.
		ж.	М.	3700	51	13	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	4070	52	13	9 $\frac{1}{2}$	36 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{8}$			
		ж.	М.	3050	49	12 $\frac{1}{2}$	10	34	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Мал. родн. постоянно оч. низко.		ж.	Д.	3000	48	11	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9	Гол. конич. Род. оп. у мал. родн. Зат. и лобныя к. зашли за темян.	20	Полость мал. таза в объемистая.
Преждевр. отх. водъ. Лобъ не повернулся впереди.	Forceps.	А. ж.	Д.	4500	52	13	11	40	10	8	13	13	10	Громадн. род. оп. на лобн. к. Форма гол. характерна.		Щипцы налож. на стоящую въ полости гол. въ лобн. полост. въ которомъ она была извлечена.
		ж.	М.	3530	50	12 $\frac{1}{2}$	9	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	3800	50	13	10	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$			
Пост. безъ водъ; мал. родн. постоянно оч. низко.		ж.	М.	2900	48	11 $\frac{1}{2}$	9	34	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9	Гол. конич. Род. оп. у мал. родн. Зат. и лобныя к. зашли за темян.	22	Полость мал. таза не объемистая.
		ж.	М.	3830	50 $\frac{1}{2}$	13	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	12	13	9 $\frac{3}{2}$			
		ж.	Д.	3400	50	13	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{2}$			
Sut. sag. поперечно во входъ; больш. родн. ниже. Преждевр. отх. водъ.	Forceps.	ж.	М.	3950	52	13 $\frac{1}{2}$	10	37	9 $\frac{3}{4}$	9	12	13	10	Гол. продолг. Правая темян. кость зашла за лѣвую, на правой темян. кости вдавленіе.	22	Rhachitis.—Щипцы выходи. вследствие слабости болей.
		ж.	Д.	3830	51	13	10	35	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	3550	50	12 $\frac{1}{2}$	9	36	10	8	12	13	10			
		ж.	Д.	2530	47	10 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{2}$	12	9			
	Dir. vel. artif.	ж.	Д.	4400	52	14	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	12	13 $\frac{1}{2}$	10			
		ж.	Д.	3000	46	11	9	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	2800	47	11	8 $\frac{3}{4}$	33	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	Д.	2630	45	11	9	32	8 $\frac{1}{2}$	7	10	12	9			
Во входъ sut. sag. поперечно, ближе къ мысу; больш. родн. ниже.	Dir. vel. os. tot.	ж.	М.	3200	49	12	9	34	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	Гол. продолг. Лѣвая темян. кость зашла за правую. Затыл. кость зашла за тем.; лобныя к. ниже.	23	
		ж.	М.	5600	51	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	10			

№ очерковой.	№ по акушерской книгъ заведенія.	Мѣсто рожденія, національность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.						Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормальнаго характера родовыхъ болѣз.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время посл. палц.	Время пребыванія въ родов. канале.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Dist. tuber. spuria.					
189	693	Новгородской, р.	34	8	Благоп.	31,5	24,5	28,75	19	12,5	—	I зат	—	13 $\frac{1}{2}$	3	1 $\frac{3}{4}$
190	694	Спб. губ., р. . .	21	2	»	30,5	27	29,5	18	11,5	—	I »	—	8 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	3
191	695	Витебской, полька	39	4	»	32,5	26,25	29,5	20,5	>13	—	II »	—	17	1 $\frac{1}{2}$	6 $\frac{1}{4}$
192	697	Курл., нѣмка .	22	1	»	31,5	26	28,5	18,5	12	—	I »	—	6	tot.	5/6
193	775	Ярославской, р. .	28	1	»	30	23,75	26	17	11	—	II »	Подъ конецъ слабья и рѣдкія.	45 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	25 $\frac{1}{4}$
194	776	Тверской, р. . .	22	2	»	30,5	24,25	28,5	18	12,25	—	I »	—	8 $\frac{1}{2}$	2	3
195	777	Витебской, р. . .	25	2	»	30,5	24	27,5	9	12,5	—	II »	Слабья и рѣдкія.	16	2	4
196	778	Ковенс., полька.	22	3	»	31,5	24,5	28	20	12,5	—	II »	—	8	1	6
197	781	Новгородской, р.	30	6	»	30,5	24,5	27	18,5	12	—	II »	Слабья и рѣдкія.	11 $\frac{3}{4}$	4	3 $\frac{3}{4}$
198	782	Спб. губ., р. . .	31	3	»	32	24	27,5	20	12,75	—	II »	—	4 $\frac{1}{4}$	4	1 $\frac{1}{2}$
199	853	Лифлян., эстонка.	20	1	»	30,5	24	27,75	19	22,5	—	I »	Слабья и рѣдкія.	27 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	15 $\frac{1}{4}$
200	857	Спб. губ., р. . .	27	3	»	31	25	28,75	18,5	12	—	—	—	25 $\frac{1}{4}$	—	—
201	861	Спб. губ., р. . .	18	1	»	30,5	22	26	20	12,5	—	I »	Слабья.	16	1	10 $\frac{1}{4}$
202	863	Новгородск., р. .	30	2	»	31,5	26	29	20	12,7	—	II »	—	7 $\frac{1}{4}$	3	3/4
203	864	Спб. губ., р. . .	32	7	III р. Форсера, прочіе силами прир.	33	26	28	18	11	—	II »	—	5	tot.	2
204	865	Новгородской, р.	20	1	Благоп.	31	24,75	27,5	18,5	12,25	—	II »	—	14	tot.	1/2
205	868	Тверской, р. . .	26	2	»	32	23	26	19	12,5	—	I »	—	1	tot.	1/4
206	942	Вологодской, р. .	34	7	»	31	24	27	20	13	—	—	—	28	1	11 $\frac{3}{4}$
207	944	Вологодской, р. .	21	2	»	30	22	26	18,75	12	—	II »	—	10 $\frac{3}{4}$	tot.	3/4
208	945	Тверской, р. . .	27	2	»	28,5	21,5	25	17,75	11,25	8	I »	—	11	2	3 $\frac{1}{4}$

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Узкие тазы.	ПРИМѢЧАНІЯ.				
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечи.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.							Особенности конфигурации головки.			
								Р а з м ѣ р ы.										
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.				Малый косой.		
Во входѣ sut. sag. поперечно, большой родъ ниже.		ж.	Д.	3300	48½	12	9	33½	9¼	8	11	12¼	9					
		ж.	М.	3700	50	12½	9	34½	9½	7¾	11	13	9¼	Гол. продолг. Лѣвая темян. к. ниже. Затыл. и лобн. к. зашли за тем.	24			
Преждевр. отх. водъ. Во входѣ sut. sag. поперечи. Больш. род. ниже.	Forceps	ж.	М.	4240	51	14	10½	35	9½	8½	11½	13	9½	Лѣвая тем. кость зашла за правую.				
		ж. А.	М.	3500	50	12	9½	34	¼	8	11¼	13	9½	Головка продолгов.	25			
		ж.	М.	3530	51	13	9½	35	9¼	8	11¼	13	9½	Правая тем. кость ниже лѣвой. Затыл. и лобн. кость зашли за темянную.	Щипцы полости, наложены при зѣвѣ на 3 п. вследствие Endometritis subpartu.			
Пост. безъ водъ.		ж.	Д.	3600	50	13	10	34½	9½	9	11½	13	9½					
Во входѣ sut. sag. попер.		ж.	Д.	2850	48	11½	9	33½	9	8	11	12¾	9¼					
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	4100	42	14	10	36½	9¼	8½	12¼	14	9½	Правая тем. кость ниже.				
		ж.	Д.	3150	49	12	9	34	9¼	8	11½	13	9½					
		ж.	Д.	3470	50	12¼	9	36	9½	8	12	13	9½					
	Forceps. Extr. man. plac.	А. ж.	М	3530	51	13	9½	36	9½	8	11½	13	9½		Щипцы налож. вслѣдствіе Eclampsia subpartu, выходныя.			
		ж.	Д.	2550	45	11	9	31	8	7½	10	11½	8½					
		ж.	М.	2900	49	11½	9	33	9	7¾	10½	12	9					
Головка подвижна, потому во входѣ большой родн. ниже и взадъ.—sut sag. поперечно.		ж.	Д.	4100	51	13	10	35	9½	8	11½	13	9¼	Гол. продолг. Правая темян. кость ниже. Затыл. и лобн. к. зашли за темянную.	26			
		м.	М.	2300	45	ма	ц	е	р	и	р	о	в	а	н	н	ы	й
		ж.	М.	3250	49	12	9	34	9	7¾	11¼	12½	9¼					
	Abrisio scviuteri	ж.	Д.	3150	49	11½	9	32½	9¼	8	11	13	9¼					
Малый родничекъ по проводной линіи.		ж.	Д.	3500	50	13	9½	35	9	8	11¾	13	9	Головка конич., род. оп. у мал. родн., лѣвая тем. к. зашла за правую, тем. и лобн. к. зашли за темян.	27			

№ очереди.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Б					Dist. tuber. spuria.	Положение плода.	Уклонения отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время посл. падъ.	Время пробрана въ родильн. до рожд. младенца.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
209	946	Олонецкой, р. . .	36	10	Благополучно.	32	26	29	20	12,75	—	I тем.	—	8	2	1 1/4
210	947	Московской, р. . .	25	1	»	33	26	29	18	11,5	—	I зат.	—	15	2 1/2	5
211	948	Тверской, р. . . .	27	4	»	32	24,5	28	20,5	13	—	I »	—	2	tot.	1/4
212	950	Ярославской, р. . .	43	6	»	29,5	26	28	18,5	11,5	9	II »	—	4 1/2	4	2
213	951	Олонецкой, р. . . .	24	4	»	32	25	27,75	20,5	>13	—	I »	—	5	tot.	1/12
214	952	Новгородской, р. . .	30	4	»	31	25	27,75	19,5	13	—	I »	—	10 3/4	tot.	1/6
215	1022	Вологодской, р. . .	24	2	»	31,5	26	28	18	10,25	—	I »	—	7	2	2
216	1023	Новгородской, р. . .	22	1	»	30	22	26	19	12,5	—	II ягод.	—	10	tot.	1/12
217	1025	Познань, полька.	28	5	»	32	26,75	29	19	12,5	—	I зат.	—	5	1 1/2	2
218	1026	Новгородской, р. . .	28	4	»	33	25,5	29	20	>13	—	I тем.	—	7	4	1 3/4
219	1028	Новгородской, р. . .	30	4	»	32	26,5	30	19,75	13	—	II зат.	—	5	tot.	1/4
220	1029	Новгородской, р. . .	25	2	»	30,5	23,25	26	18,25	12,5	—	I »	—	7	3	1 1/4
221	1030	Спб. губ., р. . . .	23	3	»	29	23,5	26	18,5	12,25	9	—	—	2	—	—
222	1102	Смоленской, р. . .	26	1	»	31	25	28,25	19,5	12,25	—	I »	Слабыя и рѣдкія.	21	1	20
223	1103	Спб. губ., р. . . .	17	1	»	30,5	24	27	19,25	12,75	—	I »	—	17	1	8
224	1104	Ярославской, р. . .	25	1	»	33	29	32	21	>13	—	II неп. ножн.	—	11 3/4	1 1/2	4 3/4
225	1105	Спб. губ., р. . . .	31	2	»	31	24,5	28	19,5	12,5	—	I зат.	—	7	3	2
226	1176	Спб. губ., р. . . .	19	1	»	31	25	27,75	18,75	12,25	—	I »	—	10	1	8
227	1178	Псковской, р. . . .	28	6	»	31	25,5	29	19,5	12,75	—	I »	—	3	2 1/2	1
228	1179	Тверской, р. . . .	26	3	»	31	25,5	29	18,5	12,5	—	—	—	14 3/4	1	10 1/4

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.										Увнѣ тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ.			
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечн.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.								
								Р а з м ѣ р ы.						Особенности конфигурации головки.		
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.				Большой косой.	Малый косой.
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	2350	44 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	31	8	7	10	11 $\frac{1}{2}$	9			
Большой роднич. во входѣ ниже, sut sag. долго поперечно.		ж.	М.	3650	50 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Лѣвая тем. к. уплощена и зашла за правую.	28	
Во входѣ sut sag. поперечно; большой роднич. ниже.		ж.	Д.	4050	52	13	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	Гол. продолг., правая тем. кость уплощена и зашла за лѣвую. На лѣвой лобн. к. краснота.	29	
	Dir. vclam. artif.	ж.	М.	3150	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		м.	М.	2100	43	Ма	це	ри	ро	ва	н	н	ыѣ			
Большой роднич. во входѣ ниже sut sag. косо.		ж.	М.	3400	50	13	10	33	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9	Гол. продолг., лѣвая темн. к. зашла за правую. На лѣвой тем. к. краснота около sut sag.	30	
	Extr. brach. et cap.	ж.	Д.	2550	43	11	8	33 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$			
		ж.	Д.	4020	52	13 $\frac{1}{2}$	10	34	9	8	11 $\frac{1}{2}$	12	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	3500	50	13	10	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	Д.	3700	51	13 $\frac{1}{2}$	10	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Во входѣ больш. родн. ниже.		ж.	М.	4000	52	13	10	37	10	8 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{4}$	14	9 $\frac{3}{4}$	Лѣвая тем. к. ниже.		
		А	б	о	г	т	у	s	IV	m	e	n	s.			
		ж.	Д.	3120	48	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
Выпаденіе пуповины послѣ отхода водъ; гол. въ полости.	Forceps.	м.	М.	3300	50	12	9 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{3}{4}$		Щипцы полости.	
Пост. безъ водъ.	Extr. trunci et capit.	А. ж.	Д.	3050	49	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{6}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12	9 $\frac{1}{2}$		Извлеченіе легков.	
		ж.	Д.	3450	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$	Правая тем. к. ниже.		
		ж.	М.	2950	47	12	9	34	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9			
		ж.	М.	3870	51	13	10	37	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9			
Пост. безъ водъ.	Abrasio cavi ut.	А	б	о	г	т	у	s	III	m	e	n	s.			

№ очередной	№ по акушерской книжѣ заведения.	Мѣсто рожденія національность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ пред- шествовавшихъ родовъ.	Г Л А З Ъ			Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нор- мальнаго характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время пост. пальц.	Время пребыванія въ ро- дильн. до рожд. младенца	
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.							
220	1180	Тверской, р. . .	35	5	Вялологучно.	30	24	27	19,5	12,75	—	I зат.	—	5 1/2 tot.	1 1/2
230	1181	Сиб. губ., р. . .	20.	1	»	31	23,25	26,25	19	12	—	I »	—	9 1/3 tot.	2 1/2
231	1182	Одонецкой, р. .	26	1	»	31	24	27	20	13	—	I »	—	18 1/2 tot.	9 1/4
232	1250	Тверской, р. . .	24	2	»	30	22,5	26	18,5	12	—	II »	—	22 2 tot.	2
233	1251	Сиб. губ., р. . .	22	2	»	30	23,5	27,5	20	12,5	—	I »	—	11 1/2 tot.	1 1/4
234	1252	Псковской, р. .	30	3	»	32	27	29	19,75	12,75	—	I) II в.	—	5 tot.	2 1/2
235	1253	Тверской, р. . .	25	2	»	30	24,25	28	18,5	12,25	—	2) II вт. I зат.	—	9 tot.	1 1/12
236	1256	Сиб. губ., р. . .	23	2	»	30,5	23,5	26	19	12,5	—	I »	—	1 1/2 tot.	1 1/12
237	1260	Ворожачевской, р.	23	1	»	32	25	28,25	20,5	>13	—	I »	—	5 1/2 tot.	3
238	1262	Сиб. губ., р. . .	29.	2	»	31	27	29,5	19,5	13	—	I »	—	8 2 tot.	2 1/2
239	1263	Одонецкой, р. .	28	3	»	31	25	27,5	18,75	12,75	—	I »	—	4 1/2 tot.	2
240	1264	Сиб. губ., р. . .	24	1	»	30	23	27	19,5	13	—	I »	—	16 2 tot.	8 1/2
241	1410	Сиб. губ., еврейка	28	1	»	31,5	23,5	26,5	18,5	12,5	—	II »	—	26 1/4 tot.	20 1/4
242	1413	Сиб. губ., р. . .	36	7	»	30	23,5	26	19	12,5	—	I теж.	—	3 1/2 tot.	1 1/4
243	1415	Тверской, р. . .	35	6	»	30	23	26,5	19,5	12,5	—	I зат.	—	10 2 1/2 tot.	2
244	1416	Удомленской, р. .	20	2	»	29,5	22,5	26	18	12	—	II »	—	6 2 tot.	2
245	1492	Сиб. губ., р. . .	19	1	»	29,5	24,25	27	18	12,25	8,75	I »	—	15 1/2 tot.	5 1/2
246	1494	Псковской, р. .	25	3	»	31	24,5	28	17,5	12,25	—	I »	—	9 1/2 tot.	9
247	1495	Псковской, р. .	23	1	»	29	23,5	26	18	12,25	8,75	II »	—	15 1/2 tot.	8
248	1496	Архангельской, р.	20	1	»	29,5	24	26,5	18,5	10,5	9	I »	—	26 1 tot.	5 1/2
249	1499	Вологодской, р. .	24	3	»	33	25,25	29	19	>13	—	II »	—	9 1/2 tot.	4
250	1500	Тверской, р. . .	27	3	»	29,5	23,25	26,5	19,5	12	8	II »	—	7 3 tot.	3

Глазья, по частым.

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособіе.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Особенности конфигурации головки.	Умие тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ.	
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсть.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.								
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.				Малый косой.
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3350	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	3450	51	13	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3400	50	12 $\frac{1}{2}$	9	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	10	Правая тем. к. зашла за лѣвую.		
		ж.	М.	3720	51	13	10	36 $\frac{1}{2}$	10	8 $\frac{1}{2}$	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.	Extr. brach. et cap.	ж.	Д.	3250	49	12	9	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	10	Двойни.		
		ж.	1)	1)	1)											
		ж.	М.	2850	48 $\frac{1}{2}$	11	9	32 $\frac{1}{2}$	9	8	11	11 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	Д.	2950	49	12	9	33	9 $\frac{1}{2}$	8	11	12	9			
		ж.	Д.	3450	48	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.	Dir. vel. art.	ж.	М.	3650	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	Лѣвая тем. в. ниже.		
		ж.	Д.	3000	48	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	М.	3200	49	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	М.	3700	51	13	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	3200	49	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{3}$	13	9			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3050	49 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9	35	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$	Лѣвая тем. в. ниже.		
		ж.	Д.	2650	47	11	9	33	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.		ж.	Д.	3650	49	12 $\frac{1}{2}$	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$	Лѣвая тем. в. ниже.		
		ж.	Д.	3120	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3400	51	13	10	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	Лѣвая тем. в. ниже.		
		ж.	М.	4200	50	14	10	37 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{4}$			
Большой родн. ниже во входѣ, sut. sag. косо.		ж.	М.	3300	48	11	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9	Головка конич. Зат. и лѣвая темян. кос. зашла за прав. тем. к.	31	
		ж.	М.	3250	49	12 $\frac{1}{4}$	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9			
		ж.	Д.	3400	50	12 $\frac{1}{2}$	9	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
Малый роднич. въ полости стоитъ ниже.		ж.	Д.	3200	49	12	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9	Головка кругл., захож. к. нѣтъ.	32	
		ж.	Д.	3200	49	12	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9			

Анкилозъ лѣваго колѣн. суст. (съ дѣтства). Нар. косы: пр. 19, 5; л. 22, 0. — Лѣв. половина таза нѣск. уплощена.

№ очередной.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рождения, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормальнаго характера родовыхъ болѣз.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время пост. палат.	Время прибытія въ родильн. до рож. матери.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
251	1579	Калужской, р. .	29	5	Благоп.	31	25,5	28,5	18	11,75	—	I зат.	—	17	1	9
252	1580	Псковской, р. .	21	2	»	31	23,25	26,5	19,25	12,5	—	II »	—	11 $\frac{3}{4}$	1	10 $\frac{1}{2}$
253	1582	Новгородской, р.	29	6	»	34	28	30,5	20,5	12,25	—	I »	—	3 $\frac{3}{4}$	tot.	1 $\frac{1}{2}$
254	1644	Тверской, р. . .	30	1	»	31	24	26,5	17,5	11	—	II »	Частыя и слабыя.	28	1	21 $\frac{1}{4}$
255	1650	Новгородской, р.	20	1	»	32	24,5	28	20	12,75	—	II »	—	15	4	5 $\frac{1}{4}$
256	1651	Костромской, р.	35	6	»	30,5	24,5	27,5	19,5	13	—	II »	Слабыя и рѣдкія.	28 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	19 $\frac{1}{2}$
257	1655	Ковенск., полька.	29	1	»	32,5	24,5	27,5	19,75	12,5	—	I »	—	9 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{4}$
258	1658	Спб. губ., р. . .	28	1	»	30	24	27,75	19,5	13	—	II »	—	12 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	4
259	1659	Спб. губ., р. . .	35	8	»	33,5	25,5	29	20,5	>13	—	I »	—	4	tot.	1 $\frac{1}{6}$
260	1662	Эстлянд. эстонка.	25	2	»	32	25	28,5	19,5	12,5	—	II »	—	7 $\frac{1}{2}$	tot.	1 $\frac{1}{6}$
261	1663	Тверской, р. . .	27	2	»	32,5	27,5	29,5	19	11	—	II »	—	11 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	1
262	1664	Эстлянд. нѣмка.	22	1	»	33,5	24,5	28	19	12,75	—	I »	—	15	tot.	2 $\frac{3}{4}$
263	1666	Новгородской, р.	28	2	»	29	23	26	19	11,75	—	I »	—	7	4	1
264	1726	Тверской, р. . .	37	1	»	31,5	25,5	29	19,25	13	—	II »	—	3 $\frac{1}{2}$	tot.	5 $\frac{1}{6}$
265	1727	Новгородской, р.	32	3	»	33	26,25	29,25	20,5	>13	—	I »	Слабыя и рѣдкія.	13	1 $\frac{1}{2}$	6 $\frac{1}{6}$
266	1729	Псковской, р. .	27	2	»	32	26	29,5	19	13	—	I »	—	2 $\frac{1}{2}$	2	5 $\frac{1}{6}$
267	1730	Спб. губ., р. . .	23	1	»	30	24	27	18,75	12,5	—	II »	—	10	1 $\frac{1}{2}$	2
268	1797	Новгородской, р.	29	4	»	31	27,5	29,5	19,5	12,5	—	II »	Не особен. сильныя.	9	2	1 $\frac{1}{2}$
269	1800	Новгородской, р.	21	1	»	31	24,5	28,75	19,5	12,75	—	I »	Слабыя и рѣдкія.	26	2	6 $\frac{1}{4}$
270	1801	Спб. губ., р. . .	20	1	»	31	24,5	27,75	20	13	—	II »	—	7	4	1

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.													Узкие тазы.	ПРИМѢЧАНІЯ.
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечей.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головки.		
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность.	Большой поперекай.	Малый поперекай.	Правой.	Большой носой.	Малый носой.			
Во входѣ больш. родн. ниже, sut. sag. поперечно. Поступ. безъ водъ.	ж.	Д.	3300	50	12 $\frac{1}{2}$	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	Гол. продолг. Лѣвая темян. и зат. к. ниже, на лѣвой лобн. кости краснота.	33	Venter propend.	
Въ полости большой родничекъ ниже.	ж.	Д.	2900	49	12	9	32	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	11	12	9				
Въ выходѣ подъ лонною дугою ошупывалось ухо.	А. ж.	Д.	2500	49	12 $\frac{1}{2}$	9	32	8	7 $\frac{1}{2}$	11	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$			Микроcephalus.	
Во входѣ больш. родн. ниже у самаго мыса. Sut. sag. ближе къ мысу. Поступ. безъ водъ.	ж.	М.	3100	48	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	(9)	Голов. конич. Правая тем. к. зашла за лѣвую тем. к. и за правую лобн.; лѣв. лобн. к. зашла за лѣв. тем. Зат. к. зашла за тем. На правой темян. к. краснота.	34	
	ж.	М.	3740	50	13	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9				
	ж.	Д.	3400	49 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{3}{4}$	34	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	11	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{3}{4}$				
Пост. безъ водъ.	ж.	Д.	3400	49	13	10	35	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	Лѣвая тем. к. ниже.			
Въ полости большой родн. нѣск. ниже, sut. sag. поперечно.	ж.	Д.	2950	47	11 $\frac{1}{2}$	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9				
	ж.	Д.	3900	51	13	10	35	10	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$				
	ж.	Д.	2750	46 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11	12	8 $\frac{3}{4}$				
	ж.	М.	3350	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. правая тем. к. ниже. Зат. и лобн. к. зашли за тем.	35		
	ж.	Д.	3350	48	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$				
	ж.	Д.	3600	51	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$				
	ж.	Д.	2500	45	11	8 $\frac{1}{2}$	31	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$				
	ж.	М.	4100	50 $\frac{1}{2}$	13	10	37	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{4}$				
	ж.	Д.	3300	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{4}$				
	ж.	Д.	3150	49	12	9 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$				
Пост. безъ водъ.	м.	Д.	3850	52	Ма	це	ри	ро	ва	ни	ы	й.				
	ж.	М.	2900	47	12	9	33	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9				
	ж.	М.	3450	48	12 $\frac{1}{2}$	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9				

№ очерковой.	№ по акушерской книге заведени.	Мѣсто рожденія, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненіе отъ нормальнаго характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. пальц.	Время пробнаго въ родъ. извлеченія
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
271	1803	Спб. губ., р. . .	28	2	Благополучно.	30	24,5	28	19	13	—	П зат.	Слабыя и рѣдкыя.	14 $\frac{1}{2}$	3	5 $\frac{1}{2}$
272	1804	Новгородской, р.	20	1	»	32	24	27	20,5	13	—	I »	—	6 $\frac{1}{2}$	2	4
273	1805	Витебской, полька	22	2	»	34	25,25	29,25	21	>13	—	I »	—	20	3	3 $\frac{1}{2}$
274	1876	Тверской, р. . .	34	8	»	33	26	29	19	12,5	—	II »	—	1 $\frac{3}{4}$	tot.	1 $\frac{1}{2}$
275	1877	Финлян., шведка.	28	1	»	30	24,25	27	20	12,25	—	I »	Слабыя и рѣдкыя.	35	1 $\frac{1}{2}$	13
276	1879	Новгородской, р.	26	3	»	31	24,25	28	19	12,25	—	II »	—	3 $\frac{1}{2}$	tot.	1 $\frac{1}{2}$
277	1880	Спб. губ., р. . .	20	1	»	29,5	22,5	26,5	18,5	12	—	I »	—	3 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	17
278	1881	Новгородской, р.	24	1	»	32	27	30	20,5	>13	—	II »	—	7 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$
279	1883	Ярославской, р.	24	1	»	31,5	26,5	28,75	18	11	—	II »	—	33 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{3}$
280	1884	Псковской, р. . .	37	10	»	30,5	25	29,5	20	12,75	—	I »	Слабыя и рѣдкыя.	18 $\frac{3}{4}$	2	3 $\frac{1}{4}$
281	1957	Псковской, р. . .	21	1	»	31	24	27	18	12,25	—	I »	—	15 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$
282	1959	Тверской, р. . .	22	2	»	31,5	24,5	27,75	18	12	—	I »	—	10	tot.	1 $\frac{1}{2}$
283	2031	Тверской, р. . .	26	3	»	30	23	26,5	19	12,5	—	II »	—	2	4	2 $\frac{1}{3}$
284	2033	Спб. губ., р. . .	21	1	»	30	24	27,25	17,5	12,25	—	I »	—	14 $\frac{1}{2}$	1	8
285	2034	Тверской, р. . .	26	5	»	32	27,5	29,5	19	13	—	I »	—	7 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	2
286	2035	Спб. губ., р. . .	30	5	»	30,5	24,25	27	19	13	—	II »	—	6 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{3}{4}$
287	2105	Олонецкой, р. . .	22	1	»	27	21	24,25	15,5	11	7	I »	—	12	3 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{3}{4}$
288	2106	Костромской, р. . .	35	6	»	32,5	25,25	29,5	19	12,5	—	—	—	3	—	—
289	2107	Полтавской, р. . .	20	1	»	32	25	28	18,25	12,25	—	I »	—	22	1 $\frac{1}{2}$	9
290	2110	Спб. губ., р.	24	4	»	31	25,25	29	19,5	12,25	—	I »	—	9 $\frac{1}{2}$	3	3 $\frac{1}{2}$
291	2111	Лифляндской, р.	35	6	»	29,5	24	26	16,5	10,75	8,75	I »	—	17	2	3 $\frac{1}{2}$



№ очерковой.	№ по акушерской книге заведеня.	Мѣсто рожденія, національность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ пред- шествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.						Положеніе плода.	Уклоненія отъ нор- мальнаго характера родовыхъ болѣй.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытіе зѣва во время поут. пальц.	Время пробыванія въ ро- дильн. до разк. мязочлиц.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Dist. tuber. spuria.					
292	2112	Архангельск., р.	28	4	Благополучно.	29	23,5	27,25	17	11,5	9	I зат.	—	6¼	3	2
293	2113	Могилевской, р.	20	1	»	32	24,5	28	19,5	13	—	II »	—	7	2½	7
294	2115	Ярославской, р.	20	1	»	32	25	29,25	20	12,5	—	II »	—	27½	3	5
295	2116	Тверской, р. . .	19	5	»	31,5	24	27	18	13	—	I »	—	10	3	2½
296	2118	Финлянд., финка	34	2	?	31	24	27	18,5	13,75	—	II »	—	5	3½	1½
297	2191	Сиб. губ., р. . .	24	1	»	30,5	24,25	27,75	18	12,5	—	II »	Слабыя и рѣдкія.	15	3	3
298	2194	Тверской, р. . .	28	2	»	31	24,25	28,5	20	>13	—	II »	—	12	3	2½
299	2196	Витебской, р. . .	21	1	»	31	24	27	20	12,75	—	I зат.	—	8	tot.	1½
300	2197	Новг., р. . . .	23	1	»	30	24	27	18,25	12,5	—	II »	—	11¼	1½	7
301	2199	Сиб. губ., р. . .	32	2	»	28	24	27	19,5	12,5	9	I »	—	8¼	2	3
302	2202	Костр. г. р. . .	25	1	»	31	25,5	29	19	12,5	—	I »	—	7½	3½	2
303	2203	Тверской, р. . .	32	5	»	30	24	27,5	19	12,75	—	I »	Слабыя.	28¼	4	3½
304	2314	Финлян., финка.	26	2	»	32	26	29	20,5	12,75	—	I »	—	3¼	2½	1½
305	2125	Тверской, р. . .	40	2	»	33	27,5	81	20,5	13	—	I »	—	16	2½	1½
306	2649	Тверской, р. . .	21	1	»	30	23,5	27	18	12	—	I »	—	14½	2½	4
307	2650	Тверской, р. . .	20	1	»	31	23,5	27	20	12,5	—	II »	—	29	2½	3
308	2651	Тверской, р. . .	22	2	1 р. мертвого 7 мѣс.	29,5	23,25	26	16,5	11,25	8,75	II нож.	—	8¼	tot.	1½
309	2655	Витебск., р. . .	26	2	Благ.	33	29	22	20	12,5	—	II зат.	—	7½	2½	2
310	2656	Новг., р. . . .	21	1	»	31,5	23	26,75	19	12,5	—	I »	—	10¾	2	5
311	2657	Сиб. губ., р. . .	19	1	»	29,5	22,5	25	18,5	11,75	7,5	I »	—	7½	1½	2
312	2714	Ярославской, р. .	36	5	»	32	25,5	29	19,5	12,75	—	I »	—	19¼	1½	1
313	2715	Тверской, р. . .	30	2	»	30	23,5	27,75	19,25	12,5	—	II »	—	1½	tot.	10
314	2716	Сиб. губ., р. . .	26	4	»	33	26	30½	20,5	12,75	—	I »	—	9½	tot.	1
315	2717	Владим., р. . .	20	2	»	32	24,5	28	19,5	13	—	I »	—	9	2	3

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.													Узкие тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечик.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.						Особенности конфигураціи головки.		
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой	Большой косой.	Малый косой.			
Большой родн. ниже Sut. sag. поперечно.		ж.	М.	4250	51	13 $\frac{1}{2}$	10	36	9 $\frac{1}{4}$	8	12 $\frac{1}{4}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолж. Зат. и лобныя кости зашли за темн. Лѣв. тем. к. зашла за правую.	39	
		ж.	М.	3700	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	Д.	3050	47	11 $\frac{1}{4}$	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{3}{4}$	13	9			
		ж.	М.	3900	50	13	10	35	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3700	51	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3600	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3500	48	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	12	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	2900	47	11	9	32 $\frac{1}{4}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{4}$	12	8			
		ж.	Д.	2950	49	12	9	33	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	М.	3900	48 $\frac{1}{2}$	12	9	33	9	8	11	12	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	Д.	3800	51	13	10	34 $\frac{1}{2}$	9	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3000	50	13	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{3}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	2650	49 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
Пост. безъ водъ.		ж.	Д.	3300	48 $\frac{1}{2}$	11	9	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	М.	3230	49 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9			
		ж.	Д.	2400	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
Пост. безъ водъ.	Extr. brach. et cap.	м.	М.	3900	ма	це	ри	ро	ва	н	ны	й.	—			
		ж.	Д.	3500	52	13	10	36 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{4}$	12	13 $\frac{1}{4}$	10			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3300	50	12 $\frac{1}{2}$	10	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$			
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3200	49	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9	8	11 $\frac{3}{4}$	13	9 $\frac{1}{4}$	Гол. конич. Род. оп. у мал. родн. Зат. и лобн. кости зашли за темян.	41	
		ж.	М.	3250	50	13	9 $\frac{1}{2}$	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3250	48	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9			
		ж.	М.	3680	52	13 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{2}$	37	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	12 $\frac{1}{4}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{4}$			
		ж.	М.	3150	48	12	9	34	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			

40

Полость малого таза не объемистая.

№ очередной.	№ по акушерской книге заведения.	Место рождения, национальность.	Возраст.	Беременность.	Исходъ предшествовавших родовъ.	Т А З Ъ					Положение плода.	Уклонения отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зъва во время посл. пальц.	Время пребывания въ родильн. до рож. младенца.	
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						Dist. tuber. spuria.
316	2718	Новгородской, р.	20	1	Благоп.	31	25,5	26	20	12,75	—	I зат.	—	12	1½	3½
317	2720	Новгородской, р.	27	3	»	31	24,25	28	18,25	12,25	—	I »	—	27	2	2
318	2721	Архангельск., р.	33	4	»	31,5	25,5	29	18,5	12,25	—	II »	—	8	3½	1½
319	2776	Новгородской, р.	20	1	»	29	24	27	18	11,5	—	I »	Слабыя.	48½	1½	27½
320	2784	Спб. г., р. . . .	24	3	1-й Forceps. 2-й сил. прир.	31	25	29	20	12,75	9,25	II »	—	9	3	5
321	2785	Тверской, р. . .	30	4	Благоп.	31	23,25	26	18,5	11,5	—	I »	—	15½	3½	1
322	2787	Новгородской, р.	33	7	»	29	23,5	27	19	12,5	—	I »	—	7½	1½	—
323	2789	Тверской, р. . .	20	1	»	31	25	29	19,5	12,75	—	Череп.	—	9¾	—	—
324	2790	Московской, р. .	20	3	»	32,5	25,5	29,25	20,5	> 13	—	I зат.	—	45	3	—
325	2826	Ярославской, р.	30	3	1-й Perforat. 2-й sectio caesara.	29	25	24	18	10,5	7	II »	—	9½	—	—
326	2829	Спб. г., р. . . .	35	3	1) Продолж. нѣск. дней, родила сама жив. ребенка 2) Forceps. Реб. мертвый.	32	26,5	27,75	15,75	9,75	9	I »	Судорожн. бол. боли.	96	1½	6
327	2843	Тверской, р. . .	26	2	Благ.	30,5	24	27	19	12,5	—	I »	Слабыя.	18	2	—
328	2845	Псковской, р. .	35	2	1) Abortus 4 mens. Благ.	33	27,5	30,5	20	12,75	—	I »	—	12	3	1
329	2846	Новгородской, р.	23	4	»	32	24	27,5	19,5	13	—	I »	—	27½	3	—
330	2847	Новгородской, р.	26	3	»	31	24	27	19,5	12	—	I »	—	7	2½	—
331	2848	Архангельск., р.	26	1	»	31	24	27	19,25	12,75	—	I »	—	13½	1½	—
332	2849	Рязанской, р. .	22	2	»	32	25	29	20	13	—	I »	—	1¼	tot.	—
333	2850	Спб. г., р. . .	21	1	»	30	23,5	27	19	12,5	—	II »	—	21¼	2	—

Наблюдавш. отклонения отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											ПРИМЪЧАНІЯ.		
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечей.	Размѣръ ягодицъ.	Р а з м ѣ р ы.						Особенности конфигурации головки.	
								Оружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.			Малый косой.
		ж.	М.	3700	50	13	10	36	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{3}{4}$	12	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	3200	49	12	9 $\frac{1}{2}$	35	10	8	11 $\frac{3}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		м.	М	2100	ма	це	ри	ро	ва	ни	ый	—	—		
Во входѣ sut. sag. поперечно, оба родн. на одн. уровнѣ стояли долго.		ж.	Д.	3300	50	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Затыл. и лоби. к. зашла за темян. Лѣвая темян. кость зашла за правую. Больш. родн. черезъ сближ. костей уничтож.	42
Во входѣ больш. родн. на одномъ уровнѣ.		ж.	М.	4050	51	13	10	36	9 $\frac{1}{2}$	8	12 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{4}$	Головка продолг. Затыл. лоби. зашла за тем. Лѣвая темянная к. зашла за правую.	43
Во входѣ больш. родн. ниже; sut. sag. поперечно, ближе къ мысу.		ж.	М.	4000	52	13	10	35 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{3}{4}$		
Пост. безъ водъ.		ж.	Д.	3759	50 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	35	10	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	3000	46	11	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9		Уличн. родн.
		ж.	М.	3400	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	М.	4840	55	14	10 $\frac{1}{2}$	39	15 $\frac{3}{4}$	9	12	14	10		
		м.	М.	3550	+	моз	гъ	—	—	—	—	—	—		
Гол. надъ входомъ малый родн. по проводной линіи; sut. sag. получ. ближе къ мысу.—Пост. безъ водъ.	Sectio caesarea conserv. Perforat. et cranio-clasia при зѣвѣ на 2 п.	ж.	Д.	3450	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	Д.	4050	53	13 $\frac{1}{2}$	10	35 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	Лѣвая темян. к. ниже правой. Лѣвая тем. к. зашла за правую.	
		ж.	Д.	3250	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34	9	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	3400	50	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13	9 $\frac{3}{4}$		
		ж.	М.	2650	48 $\frac{1}{2}$	11	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	Д.	3250	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	Д.	3250	60	12	9	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$		

№ очередной.	№ по акушерской книге заведени.	Место рождения, национальность.	Возраст.	Беременность.	Исходъ предшествовавших родовъ.	Т А З Ъ.						Положение плода.	Уклонения отъ нормального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зва во время пост. палат.	Время пребывания въ родильн. к-те по рож. матери.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug ext.	Conjug diag.	Dist. tuber. spuria.					
334	2851	Спб. губ., р. . .	20	1	Благоп.	32	24	28	19,25	12,5	—	I зат.	Слабыя.	5 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2
335	2852	Вилensk. полька.	28	6	»	34	26,5	29	20,5	13	—	I »	—	6 $\frac{1}{4}$	2	3 $\frac{1}{2}$
336	2911	Тверской, р. . .	22	1	»	31	25,25	29	19,5	13	—	1) II з. 2) II з.	—	20 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	15 $\frac{1}{2}$
337	2919	Ярославской, р. .	35	2	»	31,5	25	28,5	18,75	12,25	—	1) ягод. 2) ножн.	—	13	2	1
338	2920	Финл., финка.	28	3	»	29	26	27,75	17,5	11,25	9	I зат.	—	8 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	6
339	2921	Спб. губ., р. . .	36	1	»	30	23	27	18,5	12,25	—	II »	—	10	2 $\frac{1}{2}$	2
340	2922	Псковской, руск.	17	1	»	30,5	24	27,5	17,5	12,25	—	II »	—	16 $\frac{1}{4}$	1 $\frac{1}{2}$	3
341	2924	Новгородской, р.	19	1	»	30	24,5	27,75	18	12,5	—	II »	—	4 $\frac{3}{4}$	tot.	1
342	2929	Витебской, польк.	27	3	»	31	26	29	18,75	12,25	—	I »	—	21	2 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{3}{4}$
343	2931	Витебской, р. . .	29	2	»	31	23,25	26,5	18	12	—	I »	—	5	2 $\frac{1}{2}$	3
344	2932	Витебской, полька	38	5	»	31	25	28,25	19,5	12,5	—	II »	—	9 $\frac{1}{4}$	2	1 $\frac{1}{4}$
345	3003	Тверской, р. . .	25	2	»	30	24	26	17	10,5	—	I »	—	8 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$
346	3007	Архангельск., р.	32	2	»	31	24,5	28	20	13	—	II »	—	13	2 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$
347	3009	Тверской, р. . .	18	1	»	30,5	24,5	28	20	>13 (13,5)	—	I »	—	8	4 $\frac{1}{2}$	1
348	3011	Спб. губ., р. . .	22	1	»	32	25,5	29	19,5	12,75	—	I ягод.	—	11 $\frac{1}{2}$	2	2 $\frac{1}{2}$
349	3012	Тверской, р. . .	31	3	»	32	24,5	28	19,5	>13	—	I зат.	—	12 $\frac{3}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$
350	3066	Тверской, р. . .	19	1	»	30,5	23,75	27,75	17,5	12	—	I »	—	25 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{3}{4}$
351	3072	Тульск., руск. .	25	3	»	32	24	27,75	19,5	12,25	—	I »	—	14 $\frac{2}{3}$	1 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$
352	3073	Тверской, р. . .	22	1	»	29	24,75	26	17	11	8,75	I »	—	12 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	8
353	3074	Спб. губ., р. . .	23	2	»	30	23,5	26,5	18,5	12,5	—	II »	—	4	2 $\frac{1}{2}$	3
354	3075	Тверской, руск.	31	4	»	31	24,25	27,75	18,75	12,5	—	I »	—	7	1 $\frac{1}{4}$	3

Наблюдавш. отклоненіи отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.														Особенности конфигурации головы.	Узкие тазы.	ПРИМѢЧАНІЯ.
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.										
								Р а з м ѣ р ы.										
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.					
Во входѣ больш. родн. ниже, sut. sag. попережно. Поступ. безъ водъ.	ir. vei. art.	ж.	Д.	3050	49	11 $\frac{1}{2}$	9	34	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9					
		м.	М.	2990	ма	це	ри	ро	ва	и	ны	й	—					
		1) ж.	М.	2100	43	10	8	31	8	7 $\frac{3}{4}$	10	11	8 $\frac{1}{2}$					
		2) ж.	М.	2100	40 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	29 $\frac{1}{4}$	8	6 $\frac{1}{2}$	10	10 $\frac{1}{4}$	8					
		1) ж.	Д.	1700	47	11 $\frac{1}{4}$	9	32	9	7 $\frac{3}{4}$	10 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	9					
		2) ж.	Д.	1700	46	10	8	32	9 $\frac{1}{4}$	8	10 $\frac{3}{4}$	11	9					
		ж.	М.	3670	50	13	10	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$					
		ж.	Д.	2530	45	11	8 $\frac{1}{2}$	32 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{3}{4}$	12 $\frac{1}{4}$	8 $\frac{1}{2}$					
		ж.	Д.	2400	44	11	8	32	8 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$					
		ж.	Д.	2850	46	12	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{4}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9					
Пост. безъ водъ. Во входѣ больш. роднич. ниже, стрѣловидный шовъ поперец. ближе къ мысу. Когда гол. прошла входъ, роды наступ. оч. быстро.	Extr. ped., brach. et. cap.	ж.	М.	3550	50 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9	8	12 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{1}{2}$					
		ж.	М.	3100	47 $\frac{1}{2}$	12	9	32 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	10 $\frac{1}{4}$	12	8 $\frac{1}{4}$					
		ж.	Д.	3560	50	12 $\frac{1}{2}$	9	34	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$					
		ж.	М.	3120	48 $\frac{1}{2}$	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$					
		л.	М.	3300	53	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$					
		ж.	М.	3250	49	12	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{4}$	9	7 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$					
		ж.	Д.	3350	48 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{4}$	9					
		ж.	М.	3400	49 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$					
		ж.	М.	3150	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$					
		ж.	Д.	3400	50	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	9	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$					
Во входѣ родничекъ на одномъ ур., sut. sag. косо. Въ долость малый родн. низко. Гол. оч. скоро прошла чрезъ тазъ.	Extr. trunci et cap.	ж.	Д.	3350	48	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$					
		ж.	Д.	3350	50	12 $\frac{1}{4}$	9	9 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$					
		ж.	Д.	3300	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	9	9	7 $\frac{3}{4}$	12	13	9 $\frac{1}{2}$					

Двойни.

Двойни. Extr. ped. brach. et cap.

Гол. продолг. Затыл. 46 и лоби. к. зашли за тем. Лѣвая тем. к. зашла за правую.

Головка продолгов. 47 На лѣвомъ тем. бугръ синее пятно. Лѣвая тем. кость зашла за правую тем. и за затыл.

Головка продолг. Лѣвая тем. кость ниже правая зат. к. зашла за темя.

Rhaclitis.

№ очередной.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рождения, национальность.	Возраст.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ					Положение плода.	Уклонения отъ нормальнаго характера родовыхъ болѣй.	Процентность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. палат.	Время пребывания въ родильн. п. род. маточн.	
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						Dist. tuber. spuria.
355	30.6	Тверской, р. . .	27	4	Благополучно.	31	24,5	28	19	12,5	—	II зат.	—	9 $\frac{2}{3}$	3	7
356	3077	Тверской, р. . .	21	1	»	31	24,5	28	20	12,75	—	I »	—	11	1 $\frac{1}{2}$	3
357	3080	Новгородской, р.	33	2	»	32	25	29	21	>13 (13,25)	—	I »	—	3 $\frac{1}{2}$	tot.	1/2
358	3145	Тверской, р. . .	19	1	»	29	24	27	18	12,25	—	I »	—	54	1	23
359	3151	Сиб. губ., р. . .	27	2	»	31,5	27	30	19	12,75	—	II »	Слабья и рѣдкя.	14	2 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$
360	3152	Сиб. губ., р. . .	20	1	»	30	24,5	27,75	20	12,75	—	I »	Слабья и рѣдкя.	24 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	11
361	3153	Ярославской, р.	27	2	»	30	24,5	28	18	12,5	—	II »	—	8 $\frac{1}{2}$	3	2
362	3154	Новгор., нѣмка .	33	1	»	32,5	28	31,25	21	>13	—	I »	—	25 $\frac{1}{2}$	1	13
363	3156	Смоленской, р. .	23	1	»	32	24,5	28	20,5	13	—	I »	—	5 $\frac{1}{2}$	tot.	1 $\frac{1}{2}$
364	3157	Тверской, р. . .	19	1	»	32	25,5	29	19,5	13	—	I »	—	26 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	4
365	3158	Витебской, р. . .	22	1	»	32	25,25	28,5	20,5	>13	—	I »	—	22 $\frac{1}{2}$	2	9 $\frac{2}{3}$
366	3159	Финлянд., р. . .	28	2	»	30	24,5	28	20	12,5	—	I »	Слабья и рѣдкя.	38 $\frac{1}{2}$	3	11
367	3160	Московской, р. .	29	4	»	31	25	27,25	16,5	11,5	—	I »	—	7	3	4
368	3161	Сиб. губ., р. . .	27	1	»	31	25,5	29	19	13	—	II »	—	32 $\frac{1}{2}$	1	11
369	3162	Олонецкой, р. . .	20	3	»	32	24,25	23,25	19,5	>13	—	I »	—	6	3	1
370	3163	Вилен., полька .	25	2	»	31,5	26	28,75	18	11	—	II »	—	10 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	4
371	3165	Калужской, р.	42	2	»	29	23,25	26	18	12,25	—	II »	—	4 $\frac{1}{2}$	2	2 $\frac{1}{2}$
372	3220	Лифлян., эстонка.	23	2	»	33,5	27	30,5	20,5	>13 (13,5)	—	I »	—	10	tot.	1/2
373	3321	Ярославской, р. .	23	3	»	33	24,5	27,75	19,5	13	Сл. бын. и рѣдкя.	I »	—	12 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$
374	3222	Тверской, р. . .	26	2	»	33	29	31,25	19,5	13	—	I »	—	5 $\frac{1}{2}$	2	3 $\frac{1}{2}$

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Узкие тазы.	ПРИМѢЧАНІЯ.	
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечик.	Размѣръ ягодиць.	Г о л о в к а.							Особенности конфигурации головки.
								Окружность.	Р а з м ѣ р ы.						
									Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.			
Во входѣ оба родничка на одн. уровнѣ.		ж.	М.	4050	52	13	10	37	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$	Правая темян. к. зашла за лѣвую	
		ж.	Д.	3280	50	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{3}{4}$		
		ж.	М.	3700	52	13	10 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	М.	3100	48 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9	34	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9		
		ж.	Д.	2900	48 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	9	33 $\frac{3}{4}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	3500	50	13	9 $\frac{1}{4}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	М.	3200	48	12	9	34	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{4}$		
	Episotomia sin.	ж.	Д.	3000	47 $\frac{1}{2}$	12	9	34	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
Въ вых. гол. долго стояла въ задн. видѣ; послѣ эпизиотом. прорѣзал. косо: затыл. вышел. изъ подъ лѣвой вѣтви лонной дуги.		ж.	Д.	3200	48	12	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{3}{4}$	12	13	9		
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	4000	52	13 $\frac{1}{2}$	10	35 $\frac{1}{2}$	9	8	12 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	4000	51	13	10	35	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	13	9		
Пост. безъ водъ. Въ полости оба родн. на одномъ уровнѣ. Во входѣ больш. родн. ниже, у мыса; sut. sag. по пер. ближе къ мысу мал. родн. не достигим. Въ полости sut. sy. поперечно; оба родн. на одномъ уровнѣ.		ж.	М.	4100	50	13	10 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	3600	51	13	10	35	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Лѣвая темян. зашла за правую темян. и за зат.	19
		ж.	Д.	3550	49	12 $\frac{1}{2}$	10	34 $\frac{1}{3}$	9 $\frac{1}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	13	9		
		ж.	М.	3280	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$		
Во входѣ оба роднич. на одномъ уровнѣ; sut sag. косо.		ж.	М.	3400	48 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35 $\frac{3}{3}$	9 $\frac{1}{2}$	8	12	13	9 $\frac{1}{2}$	Гол. продолг. Лобн. к. зашла за темян. правая темян. зашла за лѣв. тем. и зат.	50
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	3500	50	13	9 $\frac{1}{2}$	35 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{5}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{1}{2}$	9		
		ж.	М.	3000	48	11 $\frac{1}{2}$	9	35	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	10	Лѣвая темян. ниже.	Макроcephalus.
		ж.	М.	3550	50	13	10	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$		
Во входѣ больш. родн. ниже sut. sag. попер.		ж.	Д.	3150	48	12	9 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{2}{3}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9		

№ очередной.	№ по акушерской книге заведения.	Мѣсто рожденія, национальность.	Возрастъ.	Беременность.	Исходъ предшествовавшихъ родовъ.	Т А З Ъ					Dist. tuber. spuria.	Положеніе плода.	Уклоненія отъ нормальнаго характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зрака во время посл. стад.	Время пребывания въ родильн. до рож. месяце.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.						
375	3123	Ярославской, р. .	28	5	Благоп.	30	23	26,25	19	12,5	—	II ягод.	—	11 $\frac{1}{2}$	3	1 $\frac{1}{2}$
376	3224	Виленской. р. .	36	2	»	32	24,25	27,75	18,25	12,25	—	II зат.	—	19	tot.	1 $\frac{1}{4}$
377	3225	Спб. губ., р. . .	21	2	»	31	24	26,75	19	12,25	—	I нож.	—	20 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$
378	8227	Спб. губ., р. . .	26	2	»	31	25,2	28	19	12,75	—	I зат.	—	13	tot.	1 $\frac{1}{2}$
379	3228	Тверской, р. . .	24	1	»	30	23,5	27	20	12,5	—	I »	—	7	2	4 $\frac{1}{4}$
380	3229	Новгородской р.	27	2	»	32	25,5	29	20,5	12,5	—	I »	—	5	tot.	1 $\frac{1}{2}$
381	3290	Спб. губ., р. . .	31	4	1. Форсепс. р. живъ. 2. Extract. р. мертвый. 3. Форсепс, р. мертвый.	29,75	24	26,5	17	10,75	—	I »	—	31 $\frac{1}{4}$	2	26
382	3296	Тверской, р. . .	21	2	Благоп.	31,5	25	28	19,5	13	—	I »	не силь- ныя.	20 $\frac{1}{4}$	2	4 $\frac{1}{2}$
383	3300	Спб. губ., р. .	21	2	»	31	24,25	27,5	19	12,5	—	I »	—	5 $\frac{1}{2}$	3	1
384	3301	Ярославской, р. .	35	7	IV. Форсепс, р. прочіе сла- ми прир.	30	23	26	18,5	12,0	—	I »	—	18 $\frac{1}{2}$	3	12 $\frac{1}{2}$
385	3302	Тверской, р. . .	24	2	Благоп.	31	24	27,25	19,5	12,75	—	I »	—	6 $\frac{1}{3}$	2 $\frac{1}{2}$	4
386	3304	Новгородской, р.	23	1	»	30	24	26,75	19	12,0	—	I »	—	20	1 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{3}{4}$
387	3306	Финлянд, пѣмка	35	2	»	33	26	29,5	20	12,5	—	I »	—	13	3	3
388	3309	Тверской, р. . .	20	1	»	31	24	27	19,25	13	—	I »	—	9	1 $\frac{1}{2}$	4
389	3376	Эстлянд., эстонка	18	1	»	31	23,25	26,75	17,75	11,75	—	I »	—	29	1	13

Наблюдавш. отклонения отъ нормального механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Б Н Е Ц Ъ.											Узкие тазы.	ПРИМЪЧАНІЯ.	
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечикъ.	Размѣръ тазовиднѣ.	Г о л о в к а.							Особенности конфигураціи головки.
								Р а з м ѣ р ы.							
								Окружность.	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.			
Пост. безъ водъ.		ж.	Д.	3600	49 $\frac{1}{2}$	13	10	34	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		Роб. род. произвольн.
		ж.	Д.	2500	45	11	8 $\frac{1}{2}$	32 $\frac{1}{2}$	8	7	10 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{3}{4}$	8 $\frac{1}{2}$		Родился произвольн.
		м.	М.	1460	м а ц е р и р о в а н ы й										
		ж.	М.	3100	48	12	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{2}{3}$	11	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
Пост. безъ водъ.		ж.	М.	2650	47	11	9	33 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9		
		ж.	М.	3800	51	13	10	35 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	8	12	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
Во входъ больш. родн. ниже, sut. sag. ближе къ симфизу, а потомъ почти у самаго симфиза. Затѣмъ sut. sag. стала удаляться отъ симфиза и вмѣстѣ съ тѣмъ малый роднич. опустился; гол. стала опускаться въ полъ; тогда налож. щипцы.	Foreceps.	ж.	Д.	3400	50	13	9 $\frac{1}{2}$	36	9 $\frac{1}{2}$	8 $\frac{1}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	13	9 $\frac{2}{3}$	Гол. продолг. правая темян. к. зашла за лѣвую темян. и за затыл. правая лобная к. ниже лѣвой	51 Venter propendens.
		ж.	М.	3500	51	13	9 $\frac{1}{2}$	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	3080	48 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	9	34	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$		
Гол. оставалась надъ входомъ долго послѣ отхода водъ при os totale. Въ полости до самаго выхода гол. опускалась съ сост. sut. sag. попереч. и обоими роднич. на одномъ уровнѣ.		ж.	М.	3700	51	13	9 $\frac{1}{2}$	36 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{2}$	Прав. темян. к. ниже.	
		ж.	Д.	3750	50	13	10	35 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{3}{4}$	8	11 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	М.	3200	49	12	9	34	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{3}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	9 $\frac{1}{4}$		
		ж.	М.	3300	49	12 $\frac{1}{2}$	9	34	9	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$		
		ж.	М.	3300	49	12	9	34 $\frac{1}{2}$	9	8	11 $\frac{1}{2}$	13 $\frac{1}{4}$	9		
Во входъ мал. родн. впередъ и влѣво; въ полости sut. sag. попереч., оба родн. на одномъ уровнѣ.		ж.	М.	2900	47	11 $\frac{1}{2}$	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{3}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9	Зат. в. ниже.	Правая нога тоньше и короче. Pes equinus dexter. Наруж. косые: правый 19, лѣвый 21. Лѣвая сторона таза уплощена.

№ очереди	№ по акушерской книге заведени.	Место рождения национальность.	Возраст.	Беременность.	Исходъ пред- шествовавшихъ родовъ.	Т а з ъ						Положение плода.	Уклонени отъ нор- мального характера родовыхъ болей.	Продолжительность родовъ, часовъ.	Открытие зѣва во время пост. палы.	Время пребывания въ ро- дильн. до рож. младенца.
						D. troch.	D. spinar.	D. cristar.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Dist. tuber. spuria.					
390	3378	Новгородской, р.	19	1	Благополучно.	31	26,5	29	19	12,25	—	II зат.	—	15	tot.	1/2
391	3379	Новгородской, р.	30	4	»	30	23,5	27	19,25	12,75	—	I »	—	10 1/2	2	2 3/4
392	3380	Тверской, р. . .	26	3	»	30	24,25	28	19,5	12,25	—	I »	—	6 1/4	2	3
393	3381	Пековской, р. . .	16	1	»	30	23	27,5	19,5	13	—	II »	—	20	4	2 1/2
394	3384	Спб. губ., р. . .	20	2	»	33	24,5	28	20	} > 13 (13,25 13,5)	—	I »	—	5	2	4
395	3386	Спб. губ., р. . .	20	2	»	29	23	26,25	17,5		11	—	II »	—	11 1/2	2 1/2
396	3387	Спб. губ., р. . .	25	2	»	32	25	29	20	12,75	—	II »	—	8	3	1
397	3388	Витебск., полька.	24	2	»	31,5	26	29,5	20,5	13	—	I »	—	11	3	1
398	3389	Пековской, р. . .	25	3	»	29,5	22,5	25,5	17,5	12	—	I »	—	7 3/4	4	1/2
399	3390	Спб. губ., р. . .	27	3	1) Форсепс. 2) Силами прир.	32,5	26	28	19	11,25	—	I »	—	12 1/2	2	4
400	3391	Спб. губ., р. . .	23	2	Благополучно.	30,5	25	28,5	18,5	12,25	—	I »	—	9 3/4	2 1/2	3 1/2

Наблюдавш. отклоненія отъ нормальнаго механизма родовъ.	Оперативное пособие.	М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.											Особенности конфигураціи головки.	Указе тавы.	ПРИМЪЧАНІЯ.	
		Состояніе.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Размѣръ плечей.	Размѣръ ягодицъ.	Г о л о в к а.								
								Р а з м ѣ р ы.								
								Окружность	Большой поперечный.	Малый поперечный.	Прямой.	Большой косой.				Малый косой.
<p>Пост. безъ водъ. Пост. безъ водъ. Во входѣ оба родн. на одномъ уровнѣ sut. sag. поперечно. Пост. безъ водъ.</p> <p>Во входѣ мал. родн. не достигается больш. роднич. ниже. sut. sag. поперечно.</p>		ж.	М.	3250	49 $\frac{1}{2}$	13	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	М.	3300	49	12 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{4}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{3}{4}$	$\frac{1}{4}$			
		ж.	М.	3000	48	11 $\frac{1}{2}$	9	34 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	11	12 $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{3}$			
		ж.	Д.	3200	48 $\frac{1}{2}$	12	9 $\frac{1}{2}$	34	9 $\frac{1}{3}$	8	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$			
		ж.	Д.	4100	51	13 $\frac{1}{2}$	10	35 $\frac{3}{4}$	10	8 $\frac{1}{3}$	11 $\frac{1}{3}$	13	9 $\frac{1}{4}$			
		ж.	М.	3100	48	12	9	34	8 $\frac{1}{2}$	7 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Правая тем. к. ниже и вѣск. плоче. Зат. кость зашла за темя.	53	
		ж.	Д.	3050	48 $\frac{1}{2}$	12	9	33	8 $\frac{3}{4}$	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{2}$	$\frac{3}{4}$			
		ж.	Д.	3050	48	12	9	34 $\frac{1}{4}$	9	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{4}$	13	9			
		ж.	М.	2750	48	11 $\frac{1}{2}$	9	33 $\frac{1}{2}$	9	7 $\frac{1}{2}$	11	12 $\frac{1}{4}$	9			
		ж.	Д.	3250	49	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	35	9 $\frac{1}{3}$	7 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	12 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	Головка продолг. Ль-вая тем. к. зашла за правую тем. и затыл. Лобныя к. зашли за темя.	54	
	ж.	М.	4400	52	14	10 $\frac{1}{2}$	36 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{4}$	8	12	14	9 $\frac{1}{2}$				

# КАЗУИСТИКА.

## XI.

### СЛУЧАЙ TUBO-PAROVARIAL'НОЙ КИСТЫ.

Проф. Дм. Оттъ.

Случаевъ сообщенія полости трубы съ кистовидно измѣненнымъ яичникомъ въ гинекологической литературѣ извѣстно сравнительно очень не много <sup>1)</sup> и поэтому патологiя и вопросъ о происхожденiи такъ называемыхъ tubo-ovarial'ныхъ кистъ до настоящаго времени представляетъ еще не мало пробѣловъ. Указанiй же на возможность сообщенiя полости растянутой трубы съ кистовидно-перерожденнымъ parovariumъ, на сколько мнѣ извѣстно, въ литературѣ вовсе не имѣется.

Поэтому въ нижеслѣдующемъ я счелъ не безынтереснымъ привести случай, гдѣ мнѣ пришлось наблюдать у больной, подвергнувшейся чревосѣченiю при диагнозѣ кистовидной опухоли правыхъ придатковъ, такое болѣзненное измѣненiе ихъ, подобнаго которому мнѣ не удалось найти въ доступной мнѣ литературѣ и, если полученный препаратъ можетъ быть и не представляется единственнымъ въ своемъ родѣ, то во всякомъ случаѣ онъ долженъ быть отнесенъ къ крайне рѣдкимъ.

Исторiя болѣзни въ нашемъ случаѣ крайне коротка и не даетъ никакихъ данныхъ, которыя могли бы содѣйствовать болѣе

---

<sup>1)</sup> *H. Burnier* нашелъ всего 12 случаевъ, въ которыхъ имѣлось анатомическое описанiе трубно-яичниковыхъ кистъ. «Über Tubo-ovarialeysten» Zeitschrift f. Geburtshulfe u. Gynaek. Bd. V 1880.

точному освѣщенію найденнаго патологическаго измѣненія: г-жа С. П. Л—ая, 27 лѣтъ, *virgo intacta*, получила первыя крови на 15-мъ году, менструировала всегда правильно по 3—4 дня, черезъ три недѣли на 4-ую. Послѣднюю менструацію, пришедшую въ срокъ, имѣла 15 января 1892 года. Первые болѣзненные симптомы появились около года тому назадъ и выразились въ постепенно усиливающихся боляхъ въ ниже-правой части живота. Это заставило больную обратиться къ врачу, который констатировалъ у нея опухоль, обуславливавшую болевыя ощущенія; какъ на средство избавиться отъ болей указана необходимость оперативнаго вмѣшательства, ради чего больная Л—ая ко мнѣ и обратилась. Изслѣдованіе больной показало, что она правильно сложена, умѣреннаго питанія и что за исключеніемъ половыхъ органовъ ея организмъ никакихъ ненормальностей не представляетъ. Внутреннее изслѣдованіе больной *per rectum* (*introitus vaginae* благодаря ненарушенной цѣлости дѣвственной плевы, крайне болѣзненъ) позволило вполне ясно прощупать матку нормальной формы и величины, вполне подвижную и безболѣзненную къ давленію. Лѣвые придатки признаны нормальными,—яичникъ отчетливо прощупывается. Съ правой стороны опредѣляется округлая, эластичная опухоль, величиной съ головку новорожденнаго ребенка. Опухоль эта подвижна и при положеніи больной на наклонной плоскости (по Тренделленбургу) безъ особаго затрудненія можетъ быть выведена изъ таза и смѣщена по направленію къ діафрагмѣ. Ощупываніе указанной опухоли и особенно смѣщеніе ея причиняетъ каждый разъ довольно сильныя боли, хотя и мѣшающія опредѣлить детали, но тѣмъ не менѣе позволившія установить связь съ маткой въ области праваго рога ея. На основаніи изложеннаго было діагносцировано кистовидное перерожденіе правыхъ придатковъ, осложненное воспалительными измѣненіями *resp.* перекручиваніемъ ножки кисты. Чревосѣченіе 7 февраля 1892 года при обычной—асептической (обезпложенный физиологическій соляной растворъ) обстановкѣ. При этомъ оказалось, что кистовидное измѣненіе правыхъ придатковъ сводится главнымъ образомъ къ кистѣ *parovarii*, находящейся въ тѣсномъ соединеніи съ растянутой трубой. Яичникъ представляется совершенно обособленнымъ, раза  $2\frac{1}{2}$ —3 больше нормальнаго, мѣстами покрытъ воспалительными пленками и содержитъ небольшія полости съ просвѣчивающими стѣнками (рис. 1). Перевязавъ хотя и довольно широкую, но плоскую ножку, состоящую изъ части широ-

кой связки, по отдѣламъ, новообразование изсѣчено. Лѣвый яичникъ оказался совершенно нормальнымъ и поэтому не былъ удаленъ. Лѣвая труба представляется короче нормальной и имѣетъ перехватъ въ средней своей части. Въ области этого

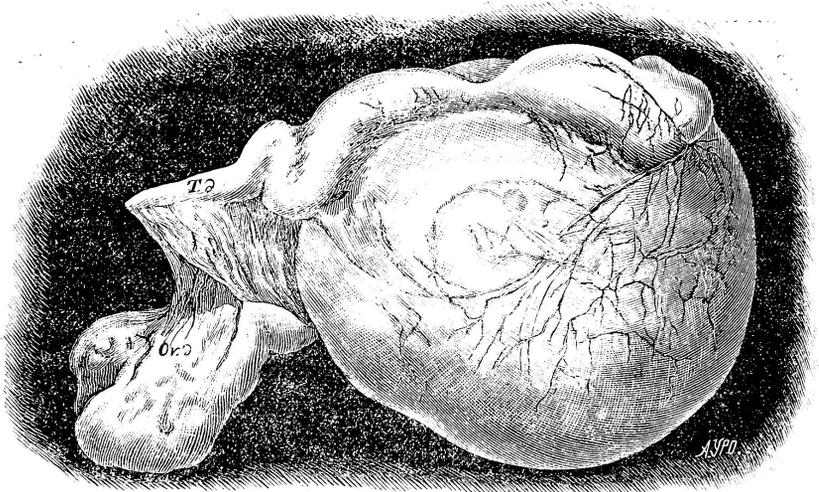


Рис. 1.

перехвата она истончена до размѣровъ толстой шелковины (см. рис. 2-й), непроходима и позволяетъ отмѣтить перекручиваніе около продольной своей оси. По обѣ стороны отъ описаннаго суженія яйцеводъ утолщается и наружный конецъ его, имѣющій видъ вытянутой оливы, узкой (наружной) своей частью при-

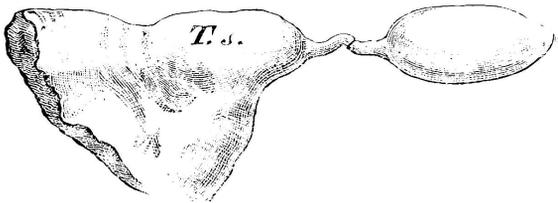


Рис. 2.

крѣпляется въ области обычнаго нахождения *lig. infundibulo-pelvicum*. Какихъ либо ложныхъ сращеній около лѣвой трубы не имѣется. Оказавшаяся совершенно не нормальной (порочное развитіе), лѣвая труба, по наложеніи лигатуръ изсѣчена.

Разрѣзъ брюшной стѣнки зашить, какъ обыкновенно мною практикуется, рядомъ погружныхъ мышечно-апоневротиче-

скихъ швовъ и кромѣ того рядомъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Поправленіе больной совершенно безлихорадочное и безъ всякой реакціи въ области раны. Черезъ 4 дня послѣ операціи у больной пришли мѣсячныя и протекли обычно безъ всякихъ болей и вполне нормально. 2 марта Л—ая выписалась совершенно здоровой и при отличномъ самочувствіи.

При болѣе подробномъ осмотрѣ удаленныхъ правыхъ придатковъ вполне ясно опредѣляется топографическое отношеніе отдѣльныхъ частей: яйцеводъ, яичникъ и пароварій видны вполне отчетливо и участіе личника въ главной массѣ опухоли, благодаря его обособленности, легко можетъ быть исключено. Яйцеводъ можетъ быть прослѣженъ на всемъ своемъ протяженіи: начиная отъ маточнаго конца и сильно извиваясь онъ постепенно расширяется вплоть до области фимбріей, которые сливаются съ кистой пароварія. На мѣстѣ фимбріей труба представляетъ три замѣтныхъ вынуклости, покрытыхъ мелкою сѣтью сосудовъ и ложныхъ сращеній, которые также наблюдаются на всемъ протяженіи трубы вообще и спаиваютъ отдѣльныя ея изгибы между собой и съ кистой пароварія, на поверхности которой одинаковымъ образомъ замѣчается множество тонкихъ пленокъ, частью нарушенныхъ во время операціи, частью же растянутыхъ еще по ея поверхности. По вскрытіи кисты пароварія внутренняя ея поверхность найдена совершенно гладкой и выстланной мерцательнымъ эпителиемъ. Перегородка, разобщающая ее отъ трубы, представляется не толще листа бумаги и мѣстами уже на столько истончена, что жидкость, содержащаяся въ трубѣ имѣетъ возможность сообщаться съ содержимымъ кисты. Полость трубы ничего особеннаго не представляетъ и на мѣстѣ фимбріи замѣтны развѣ шчотажныя уплотиѣнія ткани въ видѣ складокъ. Сохранившаяся перегородка почти сплошь на всемъ протяженіи трубы, припаянной большей своей частью къ пароваріальной кистѣ даетъ полное право признать въ нашемъ препаратѣ *tubo-ovarial'ную кисту* въ самомъ началѣ слитія полости трубы съ кистой пароварія, исключая вмѣстѣ съ тѣмъ и всякое другое толкованіе препарата.

Помимо самостоятельнаго интереса, который представляетъ описанный случай, онъ, до известной степени можетъ пролить свѣтъ и на аналогичное состояніе, — на способъ происхожденія *tubo-ovarial'ныхъ* кистъ. Въ нашемъ случаѣ очевидно такъ называемая овуляціонная теорія, предложенная для *tubo-ovarial'ныхъ* кистъ *Ad. Richard'*омъ и принятая многими послѣдую-

щими авторами, какъ напримѣръ *West*'омъ, *Rokitansk*'имъ, *Letten-  
neur*'омъ, *Klob*'омъ и др. представляется совершенно непримѣ-  
нимой для объясненія способа происхожденія tubo-ovarial'ной  
кисты, такъ какъ раговаріумъ не имѣетъ фолликулъ, содержащихъ  
яичко и способныхъ къ кистовидному перерожденію. Напротивъ  
того нашъ случай представляетъ извѣстное подтвержденіе пред-  
положенія, высказаннаго *Weil*'омъ, по мнѣнію котораго въ проис-  
хожденіи tubo-ovarial'ныхъ кистъ главное значеніе принадлежитъ  
воспалительному заболѣванію, вызывающему ненормальныя срос-  
щенія между органами. Механизмъ атрофіи и полного исчезно-  
венія той перегородки, которая въ началѣ разобщаетъ соеди-  
ненные слнчатымъ воспаленіемъ полые органы (труба и киста  
яичника или раговаріи) объясняется довольно просто и можетъ  
быть поставленъ въ зависимость отъ давленія, которому подвер-  
гается разобщающая перегородка одновременно со стороны  
трубы и кисты: чѣмъ сильнѣе это давленіе, иначе говоря, чѣмъ  
быстрѣе накапливается жидкость въ смежныхъ полостяхъ, тѣмъ  
слиянiе этихъ послѣднихъ, при остальныхъ равныхъ условіяхъ,  
должно произойти быстрѣе. Въ нашемъ случаѣ указаніе на во-  
спалительный процессъ на лицо и тонкіе перетяжки съ рубцо-  
вымъ характеромъ отчетливо выражены почти на всей перифе-  
рії кисты. Тѣмъ не менѣе однако мы въ правѣ задать себѣ во-  
просомъ, не суть ли указанныя признаки воспаленія не причина,  
а лишь послѣдствіе кистовиднаго измѣненія придатковъ. Въ  
нашемъ случаѣ такое сомнѣніе тѣмъ болѣе имѣетъ мѣсто, что  
пораженъ такой рудиментарный органъ какъ раговаріумъ, что въ  
свою очередь наводитъ на мысль, что у нашей больной услови-  
емъ развитія кисты можно предположить врожденную причину,  
являющуюся слѣдствіемъ ненормальной дифференцировки частей  
полового аппарата и слѣдовательно все болѣзненное состояніе  
представляется врожденнымъ. Такое предположеніе отчасти мо-  
жетъ быть подкрѣплено во 1-хъ единовременнымъ порочнымъ  
развитіемъ другой (лѣвой) трубы и во 2-хъ за это говорить  
также почти полное отсутствіе сообщенія между принятыми  
другъ къ другу полыми органами, не смотря на то, что они до-  
стигли въ нашемъ случаѣ значительнаго растяженія и объема.  
Естественно такимъ образомъ приходитъ мысль: допустить кромѣ  
двухъ указанныхъ гипотезъ о происхожденіи tubo-оваріальныхъ  
кистъ *Ad. Richard*'а и *Weil*'а еще возможность врожденнаго по-  
рока развитія, какъ момента обусловливающаго и располагаю-  
щаго къ развитію описаннаго состоянія. Допуская подобную

гипотезу для объясненія случаевъ въ родѣ нашего, я не вижу достаточнаго повода не высказать также предположеніе объ аналогичномъ происхожденіи tubo-ovarial'ныхъ кистъ. Очевидно пока мы остаемся въ области гипотезъ и лишь накопленіе большаго числа наблюденій можетъ содѣйствовать разъясненію вопроса. За развитіемъ патолого-анатомической стороны интересующаго насъ вопроса послѣдуетъ и клиническая сторона дѣла, которая, можно сказать, и по сіе время представляетъ полный пробѣлъ. Въ описанномъ наблюденіи, не смотря на всестороннее отношеніе къ нашему случаю, не удалось подмѣтить ни одного момента, который можно было бы выставить какъ патогномоническій признакъ указаннаго заболѣванія.

## XII.

*Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.*

### **КЪ СТАТИСТИКѢ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДВУРОГОЙ МАТКѢ.**

Д-ра мед. К. Г. ШТОЛЬ.

(Читано въ Засѣданіи врачей Родовспомогательнаго Заведенія).

Рѣдкость случаевъ двурогой матки, вообще, и въ частности беременности одного изъ ея роговъ оправдываетъ сообщеніе ниже приведеннаго случая, поучительнаго во многихъ отношеніяхъ.

Въ Маріинское Гинекологическое Отдѣленіе была прислана однимъ изъ товарищей больная съ діагнозомъ внѣматочной трубной беременности подъ знакомъ вопроса.

Больная жалуется на ностоянную ноющую боль внизу живота, появившуюся мѣсяца два тому назадъ. Пациенткѣ 24 года; она крестьянка, чулочница, родилась въ С.-Петербурѣ, въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу, скарлатину и рахитъ.

Первыя мѣсячныя получила на 14 году, съ тѣхъ поръ менстругировала правильно черезъ 3 недѣли, безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ; первый годъ мѣсячныя продолжались по 5 дней, а въ слѣдующіе года по три дня. Замужемъ три года. Беременною ни разу не была. Послѣднія мѣсячныя окончились 3 мѣсяца тому назадъ. Съ тѣхъ поръ самочувствіе больной, бывшее довольно удовлетворительно, смѣнилось общимъ недомоганіемъ, слабостью, плохимъ аппетитомъ и иногда тошнотою и рвотою. Три недѣли тому назадъ, по неизвѣстной причинѣ, появилось внезапно, внѣ срока мѣсячныхъ, кровотеченіе, болѣе обильное, чѣмъ во время регулъ, продолжавшееся почти двѣ недѣли и сопровождавшееся сильными схватывающими болями внизу живота, сильнымъ жаромъ, почему она оставалась въ постели, и выходненіемъ небольшихъ стугковъ. Выходили ли кромѣ того оболочки, большая ничего опредѣленнаго сообщить не могла. Кровотеченіе прекратилось само собою; боли въ животѣ стихли послѣ холодныхъ компрессовъ. Въ послѣдніе дни кровотеченія, когда лихорадочнаго состоянія уже не было, появилась ломота въ костяхъ, прекратившаяся недѣлю тому назадъ. Слабость етс. послѣ кровотеченія ухудшились, по временамъ появлялось головокруженіе, дурнота и поносъ; аппетитъ не возстановлялся.

Больная блондинка, роста ниже средняго, слабого тѣлосложенія, худого питанія; слизистыя оболочки весьма блѣдныя; подкожнаго жира ничтожное количество. На грудной клѣткѣ ясныя слѣды рахита. Грудныя железы слабо развиты, мягки, не содержатъ молозива; околососковый кружокъ свѣтложелтаго цвѣта. У верхушки сердца малокровныя шумы. Животъ напряженъ и вздутъ. Бѣлая линия слабо обозначена. Подчревная область закруглена, замѣтно выпячивается и притомъ справа болѣе нежели слѣва. По всему животу, за исключеніемъ правой паховой области, получается высокій тимпанической звукъ. Въ правой паховой области при глубокой перкуссіи получается тупой звукъ; соотвѣтственно этому, на высотѣ трехъ поперечныхъ пальцевъ надъ пуартовой связкою, въ глубинѣ правой подвздошной впадины, прощупывается эластическая съ гладкою поверхностью, почти неподвижная опухоль, длиною около 9,5 см. и шириною около 4,5 см.; нижняя граница опухоли опускается въ полость малаго таза. Ощупываніе живота безболѣзненно.

Входъ во влагалище узкій, чувствительный, нормальнаго

цвѣта. Влагалище слегка разрыхлено, синеватаго цвѣта. Довольно длинная и тонкая, значительно разрыхленная влагалищная часть шейки помѣщается справа на уровнѣ широкой части полости малаго таза. Шейка матки непосредственно переходитъ въ неплотное тѣло, прощупываемое въ лѣвомъ заднемъ сводѣ и по формѣ напоминающее всего болѣе увеличенную матку; вышуклая верхушка этого тѣла осязается, при двойномъ изслѣдованіи, нѣсколько выше лѣвой безымянной линіи. Приподнять это тѣло удастся съ небольшимъ трудомъ, причѣмъ влагалищная часть смѣщается вверхъ и приближается къ оси таза. Совершенно круглый наружный зѣвъ матки едва вмѣщаетъ верхушку пальца. Лѣвый яичникъ не прощупывается.

Справа отъ сказаннаго тѣла, принятаго мною за матку, помѣщается кистовиднаго характера, почти шаровидная опухоль, выполняющая весь правый сводъ и достигающая величины больше гусиного яйца. Поверхность опухоли гладкая; на ощупь она равномернo эластичная и тѣстоватая; нижняя вышуклая поверхность опухоли, выпячивая сводъ, весьма близко прилегаетъ къ влагалищной части шейки. Внутренняя (лѣвая) поверхность, круто суживаясь, переходитъ въ довольно толстый и короткий, слегка сплюснутый и относительно болѣе мягкій пучекъ, прослѣдить который можно было приблизительно до середины праваго края лѣваго тѣла; доходилъ ли пучекъ до угла дна предполагаемой матки, опредѣлить не удалось и подъ хлороформомъ. Связь эта была настолько тѣсная, что приподымаемая опухоль, приподымалось и лѣвое тѣло и обратно; тѣмъ не менѣе правая опухоль была отчасти и самостоятельно подвижна, хотя правда и мало, какъ вверхъ и внизъ, такъ и впереди и назадъ; она какъ бы стибалась соответственно упомянутому пучку. Занятый опухолью правый сводъ довольно сильно пульсируетъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, въ особенности вблизи влагалищной части шейки. Верхняя граница правой опухоли помѣщается внѣ полости малаго таза.

Непосредственный, весьма ясно выраженный, переходъ влагалищной части шейки въ лѣвое тѣло, расположеніе послѣдняго по одной діагонали съ шейкою, говорило въ пользу того, что тѣло, прощупываемое въ лѣвомъ заднемъ сводѣ, есть тѣло и дно увеличенной и размягченной матки. Соединительный пучекъ, терявшійся гдѣ-то вдоль праваго бока

матки, былъ признанъ мною за утолщенный маточный конецъ правой фаллопиевой трубы, брюшина часть которой была занята опухолью, выпятившею весь правый сводъ. Принимая дальѣ во вниманіе отсутствіе мѣсячныхъ въ теченіи трехъ мѣсяцевъ, несоотвѣтствующая тому плотность и величина наклоненной взадъ и влѣво матки, присутствіе въ правомъ сводѣ эластической опухоли, находившейся въ связи съ маткою, рѣзко-выраженная пульсація въ правомъ сводѣ и наконецъ бывшее кровотеченіе, появившееся послѣ пріостановки мѣсячныхъ, а также субъективныя жалобы больной—далао вмѣстѣ взятое, казалось мнѣ, право заподозрить внѣматочную беременность правой фаллопиевой трубы, въ прогрессивномъ періодѣ, развивающуюся, быть можетъ, между листками брюшины правой широкой связки.

Съ этимъ моимъ толкованіемъ найденнаго при изслѣдованіи не былъ однако согласенъ *А. Я. Крассовскій*, не отвергавшій беременность. Ему на оборотъ казалось, что правая опухоль есть беременная матка, онъ замѣтилъ даже въ ней баллотированіе, а то, что я принималъ за матку, онъ признавалъ за опухоль вѣроятно невоспалительнаго характера.

Съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія *А. Я. Крассовскимъ* было произведено изслѣдованіе зондомъ, причемъ зондъ свободно вошелъ въ шейку, гдѣ на высотѣ приблизительно около 3,0 см. встрѣтивъ препятствіе, онъ какъ бы самъ, безъ всякаго содѣйствія и усилія, повернулся вправо и вслѣдъ затѣмъ также свободно прошелъ въ правую опухоль на глубину 14,0 см. причемъ пуговка зонда ясно прощупывалась на 4 п. п. ниже пупка и на 2 п. п. вправо отъ бѣлой линіи. Ввести зондъ въ лѣвое тѣло ему не удалось. Истеченіе крови или водъ послѣ зондированія не послѣдовало; самочувствіе больной не пострадало.

Если съ одной стороны нельзя было допустить прорывленіе зондомъ размягченной шейки, то съ другой стороны переходъ шейки въ лѣвое тѣло представлялся мнѣ настолько яснымъ, что не смотря на доказательность зондированія, я не могъ сразу отказаться отъ моего распознаванія. Въ виду этого черезъ день мною было повторено изслѣдованіе зондомъ, причемъ зондъ наоборотъ вошелъ свободно въ лѣвое тѣло, между тѣмъ какъ ввести его въ правую опухоль мнѣ не удавалось. Зондъ вошелъ въ лѣвое тѣло на 10 см; верхушка его прощупывалась на 5 п. п. ниже пупка и на 3 п.

п. влѣво отъ бѣлой линіи. Такимъ образомъ было доказано, что лѣвое тѣло есть матка съ пустою, мало расширенною полостью.

Предположеніе, что *А. Я. Крассовскій* проникъ зондомъ черезъ полость матки въ расширенную правую трубу, казалось возможнымъ, но весьма мало вѣроятнымъ уже потому, что зондъ такъ легко и при томъ на высотѣ всего только 3,0 см. проникъ въ правую опухоль. Одно было несомнѣнно, что въ маломъ тазу имѣлось два полостныхъ образованія, изъ которыхъ въ правомъ, большемъ по величинѣ, находится содержимое, вѣроятно плодное яйце; а такъ какъ оба эти образованія переходили внизу въ одну общую шейку, то остановились на діагнозѣ: *двурогоя матка съ одною общею шейкою—uterus bicornis infra simplex—и беременность ея праваго рога*. Степень развитія обоихъ роговъ матки казалась одинаковою; нѣкоторая разница въ величинѣ, въ плотности и въ формѣ безъ сомнѣнія зависѣла отъ присутствія плоднаго яйца въ правомъ рогѣ матки.

Что было дальше дѣлать? Ждать, или приступить немедленно къ тому или другому образу дѣйствія?

Убѣжденіе, что мы имѣли дѣло съ беременностью праваго рога матки побуждало къ тому; настоятельность рѣшенія усугублялась невозможностью опредѣлить съ надлежащею и желательною точностью степень мышечной достаточности беременнаго рога. Въ пользу того, что, быть можетъ, здѣсь имѣется беременность въ зачаточнo развитомъ рогѣ, говорило какъ то обстоятельство, что переходъ рога въ шейку казался на столько мягкимъ, что позволялъ нѣкоторую самостоятельную подвижность праваго беременнаго рога, что могло однако зависѣть также и отъ беременности, такъ и потому главнымъ образомъ, что переходъ этотъ терялся густо вдоль внутренняго края лѣваго рога, какъ казалось мнѣ, выше внутренняго зѣва, т. е. тамъ, гдѣ въ большинствѣ случаевъ рудиментарный рогъ сливается съ болѣе развитымъ рогомъ.

Что беременность рога, въ случаѣ его мышечной состоятельности, можетъ достигнуть нормальнаго срока, такъ тому имѣются не мало примѣровъ какъ въ русской, такъ и въ иностранной литературѣ. Такъ д-ръ *Гриневъ* <sup>1)</sup> приводитъ случай, въ которомъ крестьянка 34 лѣтъ 4 раза рожала въ срокъ;

<sup>1)</sup> Мед. отчетъ Родовсп. Завед. Спб. 1880 г. Случай четвертый.

въ послѣднемъ пуэрперіумѣ у нея была опредѣлена двурогая матка, причеиъ оба рога сливались въ одну общую шейку на высотѣ внутренняго зѣва. *Личкусъ* <sup>1)</sup> описалъ одинъ случай двурогой матки съ одною общею шейкою, распознанной въ пуэрперіумѣ послѣ срочныхъ родовъ. *Эльбингъ* <sup>2)</sup> наблюдалъ слѣдующій интересный случай. Крѣпкаго тѣлосложенія, съ широкимъ тазомъ, 34 лѣтняя крестьянка родила въ первый разъ въ февралѣ 1889 года благополучно въ срокъ. Во время беременности животъ былъ очень большой; движеніе плода ощущалось ею одновременно въ правой и лѣвой половинѣ живота; къ концу беременности движеніе плода слѣва прекратилось. Послѣ родовъ животъ остался большимъ. На 3-ей недѣлѣ послѣ родовъ появились жгучія боли въ лѣвой сторонѣ живота, сопровождавшіяся повышеніемъ температуры. Въ настоящее время при вторыхъ, тоже срочныхъ, родахъ, 1½ года спустя послѣ первыхъ, акушерка опредѣлила двойни; послѣ рожденія перваго плода, второй представился въ косомъ положеніи. При изслѣдованіи *Эльбингъ* нашелъ: отдѣльныя части плода весьма ясно прощупываются, причеиъ рѣзко бросается въ глаза ихъ плотность и твердость. Спинка обращена влѣво, одна крупная часть, быть можетъ, головка, помѣщается въ лѣвой подчревной области. Въ правой подвздошной впадинѣ прощупывается тѣло величиною въ дѣтскую головку. Сердцебиенія плода не слышно, движенія его не ощущаются. Наружный зѣвъ широкій. Длинный каналъ шейки суживается кверху. Черезъ внутренній зѣвъ палецъ проникаетъ въ пустую, бывшую беременною, полость матки; другаго плода не было, не существовало и другаго отверстія; вмѣсто послѣдняго, вдоль лѣваго бока канала шейки, имѣлась щель глубиною около 0,5 см. и длиною около 5,0 см., не пропускавшая верхушку пальца. Отъ лѣвой стороны внутренняго зѣва начинается утолщеніе, въ видѣ пучка, толщиною въ палецъ, переходящее въ тѣло съ прощупываемымъ въ немъ при наружномъ изслѣдованіи плодомъ. На основаніи этого *Эльбингъ* полагаетъ: что имѣлъ дѣло съ двурогою маткою, причеиъ лѣвый рогъ не сообщался съ шейкою; что при первой беременности оба рога вмѣщали по одному плоду, изъ которыхъ

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XIV, Hft 2.

<sup>2)</sup> St.-Petersburg. med. Wochenschr. 1890 r., стр. 299.

плодь, помѣщавшійся въ лѣвомъ рогѣ, умеръ въ концѣ беременности и превратился нѣкоторое время спустя въ литопедіонъ.

*Schatz* <sup>1)</sup> приводитъ два случая родовъ у много рожавшихъ при *uterus bicornis infrasimplex*, *Handfield* <sup>2)</sup> описалъ случай срочныхъ родовъ многорожавшей при беременности въ лѣвомъ рогѣ. *Wirner* <sup>3)</sup> сообщилъ слѣдующій случай. У больной, въ концѣ ея второй беременности, появились сильныя боли, продолжавшіяся нѣкоторое время и сопровождавшіяся выдѣленіемъ кровянистослизистой жидкости, что продолжалось 3 недѣли. Распознава была съ вѣроятностью внѣматочная беременность. При произведенной лапаротоміи оказалась беременность праваго рога матки. *Winter* <sup>4)</sup> описалъ препаратъ, добытый при вскрытіи женщины, умершей черезъ 3 недѣли послѣ срочныхъ родовъ, причемъ лѣвый рогъ, бывшій беременнымъ, оказался вполнѣ вывернутымъ и разорваннымъ отъ дна до внутренняго зѣва.

Приведенныхъ, случаевъ, полагаю, достаточно для доказательства того, что беременность въ достаточно развитомъ рогѣ можетъ достигнуть нормальнаго конца.

Но если рогъ недостаточно развитъ, если беременность развивается въ мышечно не состоятельномъ рогѣ, то женщинѣ угрожаетъ такая же опасность, какъ и при трубной беременности, почему и лѣченіе должно быть соотвѣтствующее, т. е. оперативное удаленіе беременнаго рога матки. Необходимость оперативнаго вмѣшательства основывается на томъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ беременность въ недоразвитомъ рогѣ оканчивается разрывомъ рога съ послѣдующимъ внутреннимъ кровотеченіемъ и смертью. Такъ *Saenger* <sup>5)</sup>, въ 1884 году, къ статистикѣ *Kussmaul-Fürst'a* (20 случаевъ), прибавилъ еще семь; изъ этихъ 27 случаевъ въ 20—произошелъ разрывъ рога; въ 3-хъ образовался литопедіонъ и въ 4-хъ была произведена лапаротомія. *Гиммельфарбъ* <sup>6)</sup> въ 1888 году собралъ еще семь случаевъ, итого 34; изъ нихъ въ

<sup>1)</sup> Archiv f. Gynaek. Bd II, стр. 293.

<sup>2)</sup> Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1888, стр. 538.

<sup>3)</sup> Archiv. f. Gynaek. Bd. XXIV, стр. 332.

<sup>4)</sup> Centralbl. f. Gynaek. 1887, стр. 814.

<sup>5)</sup> Centralblat f. Gynaek. 1883, стр. 324.

<sup>6)</sup> Журналь Ак. и Ж. б. 1888, стр. 296.

24 послѣдовалъ смертельный исходъ, вслѣдствіи разрыва рога; въ 3-хъ—образовался литопедіонъ; въ 7—послѣ смерти плода была произведена операція, кесарское сѣченіе 1 разъ и удаление беременнаго рога 6 разъ. Къ этимъ случаямъ я могу прибавить изъ русской и нѣмецкой литературы еще 14 случаевъ, изъ которыхъ въ 3-хъ—*Славянской* <sup>1)</sup>, *Ruge* <sup>2)</sup>, *Wyder* <sup>3)</sup>—произошелъ разрывъ беременнаго рога съ смертельнымъ исходомъ (въ случаяхъ *Славянскаго* и *Wyder'a* операція была произведена, но больная умерла отъ потери крови); въ одномъ—*Эльбингъ* (*l. c.*) образовался литопедіонъ; въ 4-хъ—*Winter* (*l. c.*), *Kiderlen* (2 случая) и *Szümam* <sup>4)</sup> послѣдовалъ выкидышъ и наконецъ въ 6 случаяхъ—*Склифасовскій* <sup>5)</sup>, *Kiderlen* <sup>6)</sup>, *Netzel* <sup>7)</sup>, *Pfaunenstiel* <sup>8)</sup>, *Winter* <sup>9)</sup> и *Landan* <sup>10)</sup>—произведено удаленіе беременнаго рога (въ случаѣ *Winter'a* хотя и произошелъ разрывъ рога, но кровотеченія не было; больная выздоровѣла послѣ операціи). Такимъ образомъ въ литературѣ имѣется 48 случаевъ (не считая мой) беременности двурогой матки, изъ которыхъ въ 27 случаяхъ послѣдовалъ разрывъ рога съ смертельнымъ исходомъ; въ 4-хъ произошелъ выкидышъ; въ 4-хъ образовался литопедіонъ; въ 13 случаяхъ произведена была лапаротомія. Слѣдовательно въ 56,24% случаевъ послѣдовала смерть вслѣдствіи разрыва беременнаго рога <sup>11)</sup>, въ 27,0% произведена была операція и въ остальныхъ 17% произошелъ или выкидышъ или образованіе литопедіона.

1) Журналь Ак. и Ж. 6. 1888, стр. 897. Описанъ д-ромъ *Массенъ*.

2) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II, стр. 27.

3) Festschr. j. Jubilaem d. Prof. Gusserow. стр. 182.

4) Рефер. въ Jahresbericht f. Geb. u. Gyn. Bd. IV, стр. 114.

5) Хирургическая Лѣтопись 1889, № 2 и 3.

6) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XV, стр. 19 и слѣд.

7) Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1892, стр. 64. Описанъ *Ginsberg'омъ*.

8) Рефер. въ Centralbl. f. Gyn. 1885, стр. 439.

9) Centralblatt f. Gyn. 1892, стр. 365.

10) Реф. въ Centralbl. f. Gynaek. 1841, стр. 208.

11) Такъ какъ неизвѣстно, чѣмъ бы окончились оперативные случаи, произошелъ ли бы разрывъ рога, выкидышъ или образовался бы литопедіонъ, то если изъ общей суммы выкинуть случаи, въ которыхъ была подана оперативная помощь, такъ и случаи, окончившіеся выкидышемъ, тогда по статистикѣ *Saenger*, а изъ 23 въ 20—процентъ смертности получится 86,9; по статистикѣ *Гиммельфарба*—изъ 27 въ 24=88,8% и для моей статистикѣ—изъ 31 случая въ 27=87,09% смертности вслѣдствіи разрыва беременнаго рога uteri bicornis.

Въ виду такого внушительнаго  $\%$  смертности *Saenger* и другіе совѣтуютъ уже въ раннихъ срокахъ беременности въ мышечно несостоятельномъ рогѣ производить „*semi amputatio uteri gravidi*“ съ оставленіемъ *in situ* болѣе развитаго и потому болѣе пригоднаго для беременности рога матки.

Хотя въ приводимомъ случаѣ и можно было заподозрить беременность именно въ недостаточно развитомъ рогѣ, тѣмъ не менѣе стѣнки послѣдняго не представлялись значительно утонченными и напряженными; кромѣ того свободное прохожденіе зонда въ беременный рогъ говорило тоже противъ его несостоятельности; по крайней мѣрѣ, во многихъ случаяхъ беременности въ слабо развитомъ рудиментарномъ рогѣ, полость нижняго отрѣзка его, сливающаяся съ общою шейкою, оказывалась или въ высокой степени трудно опредѣлимою даже на пренаратѣ, или же вполне облитерированною, какъ напр. въ случаяхъ *Гиммельфарба*, *Склифоссовскаго*, *Эльбинга*, *Ruge*, *Landau*, *Wyder'a*, *Winter'a* (второй случай) и *Pfannenstiel* я. По *Гиммельфарбу* (1. с.) изъ 27 случаевъ въ 19, т. е. въ 70,3% соединительный тяжъ представлялся сплошнымъ, безъ малѣйшаго слѣда канала; изъ 14 мною собранныхъ случаевъ въ семи указана непроходимость нижняго отрѣзка рога. Вотъ эти то два обстоятельства — суженіе и непроходимость нижняго отрѣзка, помимо другихъ возможныхъ причинъ, и заставляютъ опасаться разрыва беременнаго рога. Слѣдовательно въ случаяхъ, гдѣ имѣется нормально широкое сообщеніе съ общою шейкою, опасность разрыва значительно меньше.

Въ виду указанныхъ обстоятельствъ рѣшено было ждать и наблюдать за развитіемъ беременнаго рога, и затѣмъ, смотря потому—что окажется, или произвести искусственный выкидышъ, или удалить беременный рогъ *per laparotomiam*.

Въ ночь послѣ перваго зондирования появились схватывающія боли внизу живота, которыя къ утру совершенно стихли безъ всякаго пособія. На 3-й день беременный рогъ поднялся на 2,0 см. и настолько же увеличился въ ширину. Къ вечеру послѣ втораго изслѣдованія зондомъ, только лѣваго рога, показалось немного крови, затѣмъ установились почти непрерывныя боли внизу живота, не успокоивавшіяся послѣ нѣсколькихъ клизмъ съ настойкой опія; къ утру истекли воды и черезъ часъ приблизительно вышелъ плодъ, а черезъ 3 часа послѣдъ былъ извлеченъ изъ наружныхъ половыхъ частей, причемъ онъ представлялся какъ бы разорваннымъ, съ обрывками плодныхъ обо-

лочекъ <sup>1)</sup>). Во время абортирования внутреннее изслѣдованіе не производилось.

Произведенное послѣ выкидыша изслѣдованіе показало: входъ во влагалище нѣсколько чувствителенъ; влагалищная часть шейки очень короткая, мягкая и широкая. Наружный зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ. Въ каналъ шейки, на высотѣ приблизительно 3,0 см., палецъ встрѣчаетъ узкій закрученный выступъ, по сторонамъ котораго имѣется по одному отверстию, расположенному косо внизъ и кнаружи отъ оси шейки. Лѣвое отверстие, болѣе узкое, плотно обхватываетъ палецъ, проникающій черезъ него въ узкій и короткій каналъ и затѣмъ въ небольшую тѣсную полость узко-яйцевидной формы; поверхность этой полости мягкая, гладкая, безъ складокъ; до дна полости достигнуть пальцемъ не удалось. Черезъ правое болѣе широкое отверстие палецъ весьма свободно проникаетъ въ большую полость, которая начинается непосредственно за правымъ отверстиемъ, выполненную кровяными свертками. Стѣнки правой полости несравненно тоньше и мягче стѣнокъ лѣвой полости. Между обоими рогами имѣется глубокое сѣдлообразное вдавленіе, которому соответствуетъ выступъ, прощупываемый въ каналъ шейки. Лѣвый рогъ помѣщается въ полости малаго таза; значительно болѣе правый рогъ матки заходитъ на 3 п. п. выше правой lig. Poupartii.

На 4 день найдено значительное уменьшеніе праваго рога, между тѣмъ какъ лѣвый рогъ сравнительно мало уменьшился, почему разница въ величинѣ роговъ не такъ рѣзко бросается въ глаза; тоже слѣдуетъ сказать и относительно плотности стѣнокъ роговъ.

На 7 день влагалище представляло невысокія поперечныя складки. Влагалищная часть шейки короткая и широкая, какъ и прежде, но нѣсколько болѣе плотная. Наружный зѣвъ едва

<sup>1)</sup> Послѣдъ вѣсилъ 30 граммъ. Вѣсъ плода 50 грм., длина его 10,0 (6,6+3,4) см. Полю плода по наружному осмотру опредѣлить не удалось. Плодъ слегка мацерированъ. Лобъ сильно выпячивается; высота лица 2,0; окружность головки 10,7 прямой 3,0; б. к. 3,1; м. к. 3,4; б. п. 2,0; м. и 2,0 см. Глаза закрыты. Зачатки ушей отстоятъ отъ угла рта на 1,4 см. Верхнія конечности скрещены на груди; длина плеча 2,3; предплечья 1,4, кисти 1,1 см. Окружность груди 6,5, высота груди спереди 1,3. Отъ мечевиднаго отростка до пупка 1,6, отъ пупка до лобка 0,8. Длина пуповины 9,4. Нижнія конечности пригнуты къ животу, голени перекрещены; длина бедра 2,1, голени 1,9, стопы 1,2 см.

вмѣщаетъ ногтевой суставъ. Правый рогъ уменьшился до величины куриного яйца; лѣвый рогъ по величинѣ мало отличается отъ праваго, но за то плотность его гораздо больше; точно также и форма его болѣе подходитъ къ грушевидной формѣ нормальной матки. Нижній сегментъ праваго рога представляется узкимъ, тонкимъ и мягкимъ, почему правый рогъ легко огибается на мѣстѣ слиянія съ collum.

На 10-й день. Влагалищная часть шейки короткая, тонкая и довольно плотная, отклонена нѣсколько вправо. Наружный зѣвъ приоткрытъ. Переходъ шейки въ лѣвый рогъ, благодаря плотности послѣдняго и своему положенію, гораздо яснѣе и непосредственнѣе, чѣмъ переходъ ея въ правый рогъ, почему кажется, что правый рогъ какъ бы насаженъ на правый край *partitionis supra vaginalis*. Зондъ входитъ въ лѣвый рогъ на 8,0 см., не встрѣчая препятствія во внутреннемъ его зѣвѣ; напротивъ войти въ правый рогъ удалось послѣ нѣсколькихъ тщетныхъ попытокъ обойти складки у внутренняго его зѣва; длина праваго рога 10,0 см. Верхушки зондовъ, введенныхъ въ одно и то же время одинъ въ правый, а другой въ лѣвый рогъ, прощупываются, если приподнять пальцемъ немного шейку, на 3 п. п. выше лобка по сторонамъ бѣлой линіи, на разстояніи 16,0 см. другъ отъ друга. Оба рога сходятся повидимому подъ весьма тупымъ угломъ; верхушки ихъ помѣщаются тотчасъ у соотвѣтствующихъ безъямчатыхъ линій. Расхожденіе роговъ начинается на высотѣ почти 3,0 см. отъ наружнаго зѣва.

Какъ во время выкидыша, такъ и въ послѣродовомъ періодѣ, температура была нормальная, превышая температуру до выкидыша на двѣ десятыхъ. На 10 день больная выписалась здоровою.

Обращаю вниманіе на болѣе скорое обратное развитіе праваго рога, бывшаго беременнымъ, сравнительно съ уменьшеніемъ величины лѣваго рога, бывшаго пустымъ и кромѣ того на сильное дивергированіе роговъ.

Итакъ, присчитывая и мой случай къ выше указаннымъ, мы получимъ 49 случаевъ беременности при двурогой маткѣ; изъ нихъ въ 27 = 55% произошелъ разрывъ беременнаго рога со смертельнымъ исходомъ; въ 5 случаяхъ = 10,2% послѣдовалъ выкидышъ; въ 4-хъ = 8,1% образовался литопедіонъ и въ 13 случаяхъ = 26,5% произведена лапаротомія.

Выше я указалъ на высокое, какъ мнѣ казалось, слияніе роговъ матки и на гибкость нижняго отрѣзка праваго рога, какъ

на признаки, говорящіе отчасти въ пользу зачаточнаго развитія беременнаго рога. Эти же признаки и въ особенности невозможность прослѣдить, гдѣ именно перемычка сливалась съ маткою, ввели меня въ заблужденіе по отношенію къ трубной беременности; затѣмъ низкое положеніе правой опухоли и значительное выпячиваніе ея праваго свода, дало поводъ предположить интралигаментозное развитіе трубной беременности. Ошибка тѣмъ болѣе возможная, при наличности другихъ клиническихъ признаковъ, что раздвоеніе полового аппарата женщины встрѣчается, вообще, крайне рѣдко. Такъ *Schatz* (l. c., стр. 289) наблюдалъ всего въ 0,5%, а *Kiderlen* въ 0,1%, специально всѣ виды *uterus bicornis* по *Kiderlen*'у встрѣчаются въ 0,019%. Насколько мнѣ извѣстно, только въ случаѣ *Saenger*'а вѣрный діагнозъ былъ постановленъ до операціи, въ большинствѣ же случаевъ распознаваніе было не точное, и всего чаще смѣшивали беременный рогъ съ трубною беременностью. Это указываетъ лишь на громадное сходство между беременностью въ рогѣ матки въ *graviditas tubaria*, хотя разница въ анатомическомъ отношеніи обоихъ образованій, въ томъ и въ другомъ случаѣ, достаточно велика, стоитъ только прослѣдить до мѣста сліянія обоихъ образованій; между тѣмъ какъ зачаточный рогъ сливается съ болѣе развитымъ рогомъ въ области внутренняго зѣва, при трубной беременности сліяніе происходитъ въ углѣ дна матки. Къ сожалѣнію, однако, не всегда и подъ наркозомъ можно прослѣдить до мѣста сліянія, какъ было и въ моемъ случаѣ, да къ тому же и труба, подъ вліяніемъ сращеній etc., можетъ принять положеніе, приближающееся къ анатомическому отношенію роговъ. Это сходство обоихъ видовъ беременности дало поводъ *Saenger*'у высказать предположеніе, по его мнѣнію не вѣроятное, съ которымъ согласился и *Werth*, что многіе случаи, описанные какъ трубныя беременности, представляли беременность въ зачаточномъ рогѣ, которую *Saenger* ставитъ посрединѣ между интерстиціальною и трубною беременностью. Онъ же совѣтуетъ руководиться при распознаваніи въ такихъ случаяхъ сокращеніемъ плодохранилища при доказанной пустотѣ развитой половины матки. Сомнѣваюсь въ пригодности этого признака, возможнаго и при трубной беременности (см. *Fraenkel* <sup>1)</sup>). *Leopold* считаетъ діагнозъ беременности въ рогѣ

<sup>1)</sup> Volkmann's Vorträge № 217.

весьма труднымъ до шести мѣсяцевъ. Въ случаѣ *Склифоссовскаго* діагнозъ колебался между фиброміомою матки и внѣматочною беременностью; въ случаѣ *Славянскаго* предполагалась или внѣматочная беременность или киста яичника, осложнившая беременность; въ приведенномъ выше случаѣ *Wiener'a* нельзя было съ положительностью сказать, имѣлась ли внѣматочная беременность или какая либо другая опухоль. *Macdonald* <sup>1)</sup> діагносцировала «быстро растущій фибромъ». *Mundé* <sup>2)</sup>, произведя изслѣдованіе зондомъ, опредѣлилъ внѣматочную беременность; во время операціи предположилъ интерстиціальную беременность и только послѣ повторнаго зондированія во время операціи онъ убѣдился, что имѣлъ дѣло съ беременностью праваго рога *uterus bicornis*. *Schumann* (I. c.) предположилъ неокончившійся выкидышъ, почему приступилъ къ выскабливанію, причемъ оказалась двурогая матка; одна полость ея длиною въ 11,0 см. оказалась пустою а, въ другой полости, длиною въ 8,0 см., помѣщалось плодное яйцо.

Въ виду трудности распознаванія вообще, и въ частности опредѣленія мышечной состоятельности рога, полагаю, что въ подобныхъ случаяхъ дозволительно изслѣдованіе канала шейки зондомъ или пальцемъ, какъ съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія, такъ и въ особенности съ цѣлью убѣдиться, существуетъ ли сообщеніе между нижнимъ отрѣзкомъ беременнаго рога и общою шейкою или нѣтъ. Рѣшеніе этого вопроса тѣсно связано съ дальнѣйшимъ нашимъ образомъ дѣйствія въ представившемся случаѣ. Тамъ, гдѣ таковое сообщеніе имѣется и оно достаточно широко, показуется производство искусственнаго выкидыша, если выжиданіе произвольнаго изгнанія плоднаго яйца почему либо нежелательно; тамъ же, гдѣ это сообщеніе представляется въ высокой степени суженнымъ или оно совершенно отсутствуетъ, является настоятельная необходимость въ оперативномъ удаленіи беременнаго рога при посредствѣ чрезвѣченія.

Въ заключеніе позволяю себѣ привести здѣсь весьма инструктивный и поучительный случай, касающійся выскабливанія матки, какъ способа распознаванія внѣматочной беременности. (Случай этотъ описанъ *Kiderlen*омъ (I. c.) изъ клиники *A. Martin'a*. Оговариваюсь, что по формѣ матки этотъ случай не

<sup>1)</sup> Рефер. въ *Centralbl. f. Gynaek.* 1886, стр. 333.

<sup>2)</sup> Рефер. въ *Jahresbericht f. Ged. u. Gyn.* Bd. IV, стр. 114.

воплнѣ подходитъ къ моему; самъ *Kiderlen* считаетъ матку въ его случаѣ стоящею по срединѣ между *uterus bicornis duplex* и *uterus bicornis semi duplex*.

Больная жаловалась на сильныя боли внизу живота, въ особенностяхъ справа, при ходьбѣ, появившіяся 4 мѣс. т. н.; въ послѣднія 6 недѣль къ этому присоединилась слабость, головная боль и бѣли. Пациенткѣ 27 лѣтъ, менструируетъ правильно съ 20 лѣтъ; послѣднія правильныя регулы были 3 мѣс. т. н. Двѣ недѣли спустя по ихъ окончаніи появилось кровотеченіе, длившееся безъ перерыва 4 недѣли, хотя и въ маломъ количествѣ. Два года т. н. она выкинула, затѣмъ родила благополучно въ срокъ.

Больная маленькаго роста, блѣдная, плохого питанія. Шейка средней толщины; тѣло матки помѣщено влѣво, нѣсколько увеличено, средней консистенціи. Въ правомъ параметріумѣ имѣется круглая, тугоэластическая опухоль, въ кулакъ величиною, тѣсно соединенная съ правымъ краемъ матки широкою плоскою перемычкою. Была ли это оваріальная опухоль или она представляла трубную беременность, нельзя было съ положительностью сказать, хотя отсутствіе мѣсячныхъ, бывшее кровотеченіе и увеличенная матка говорили съ большою вѣроятностью въ пользу послѣдняго предположенія. Къ тому же вѣроятному діагнозу вѣматочной беременности привело и изслѣдованіе подъ хлороформомъ.

Съ цѣлью болѣе точнаго распознаванія рѣшено было зондировать матку и затѣмъ выскабливаніемъ удалить кусочекъ слизистой оболочки для микроскопическаго изслѣдованія и только послѣ этого приступить къ лапаротоміи. Зондъ вошелъ на 8,5 см. Тупая ложечка легко вошла въ полость матки, выскабливаніемъ удалено нѣсколько клочковъ слизистой оболочки. По введеніи тупой ложечки во второй разъ, вошедшей также свободно, во время манипуляціи ложечкою, появилось изрядное кровотеченіе, причеиъ былъ удаленъ порядочный кусокъ слизистой оболочки; теперь только замѣтили, что ложечка вошла гораздо глубже, чѣмъ въ первый разъ, и что полость матки оказалась болѣе обширною, чѣмъ то предполагали раньше. Подробное изслѣдованіе выяснило, что смѣщенная влѣво матка есть лѣвый рогъ ея, отдѣленный отъ праваго беременнаго рога, вплоть до шейки, отвѣсною перегородкою. Нижняя половина канала шейки была одиночная. Какъ зондъ, такъ и тупая ложечка, при первомъ изслѣдованіи вошли въ лѣвый рогъ, при

второмъ же введеніи ложечка попала случайно въ правый беременный рогъ и вызвала кровотеченіе. Плодное яйцо было удалено корнцангомъ. Шестъ мѣсяцевъ спустя больная вновь забеременела, причеиъ къ лѣвому беременному рогу прилегала правый мало увеличенный рогъ.

Инструктивность этого случая заключается въ указаніи того, на что можно натолкнуться при выскабливаніи матки съ цѣлью распознаванія виѣматочной беременности. Этотъ способъ, предложенный *Wyder*’омъ, повидимому, сопряженъ съ большою опасностью и рискомъ для больной и потому мало пригоденъ и неудобопримѣнимъ въ частной практикѣ. Не попади случайно тупая ложечка въ беременный рогъ, діагнозъ виѣматочной беременности былъ бы, пожалуй, подтвержденъ изслѣдованіемъ подъ микроскопомъ кусочковъ слизистой оболочки, удаленныхъ изъ небеременнаго рога; при лапаротоміи выяснилось, бы конечно, эта въ практическомъ отношеніи очень и очень не маловажная, для жизни больной далеко не безопасная, ошибка.

### XIII.

#### ДВѢНАДЦАТЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.

И. Т Ы Ш К О,

Ординатора Смоленской Губернской Земской больницы.

#### I.

Акулина О., крестьянка Смоленской губерніи, Бѣльскаго уѣзда, 54 лѣтъ, явилась ко мнѣ амбулаторно въ половинѣ апрѣля 1889 года, жалуясь на быстрое увеличеніе живота и сильную одышку. Осмотрѣвши ее и предполагая кистому яичника, я направилъ ее въ свою палату Смоленской больницы, гдѣ занимался тогда еще въ качествѣ экстерна <sup>1)</sup>.

20 апрѣля больная пріѣхала въ больницу. При разспросѣ

<sup>1)</sup> Женскимъ отдѣленіемъ означенной больницы завѣдую съ іюля 1890 г.

оказалось слѣдующее. Съ годъ тому назадъ больная замѣтила въ правой половинѣ нижней части живота опухоль, безболѣзненную, довольно подвижную, неясно прощупывавшуюся. Въ то время опухоль доходила уже почти до пупка и медленно росла, не причиняя больной особыхъ неудобствъ. Въ октябрѣ 1888 г. больная упала съ высоты нѣсколькихъ аршинъ, послѣ чего поднялись сильныя боли во всемъ животѣ и уже весь животъ сталъ быстро увеличиваться. Въ ноябрѣ, по мѣрѣ увеличенія живота, стали отекать нижнія конечности, появились упорные запоры, чувство напирания въ рукавѣ и промежности и вскорѣ сталъ выпадать рукавѣ.

Регулы начались на 17-мъ году, установились сразу, по 4 дня, ежемѣсячно, не обильно; этотъ типъ регулъ сохранился до *climax*is'a, наступившаго на 46-мъ году. Замужъ вышла на 20-мъ году, родила разъ, 30 лѣтъ тому назадъ. Роды и послѣродовой періодъ были правильны. Кормила сама. Прежде всегда отличалась хорошимъ здоровьемъ. Нѣсколько лѣтъ уже страдаетъ сердцебиеніемъ и умѣренною одышкою, которая все усиливается по мѣрѣ увеличенія живота и въ настоящее время достигла крайней степени. За послѣдній годъ больная очень ослабѣла и замѣтно похудѣла. Спиртными напитками не злоупотребляла.

St. pr. Ростъ средній, тѣлосложеніе умѣренное, подкожно-жирный слой развитъ плохо, грудныя железы атрофированы; т° конечностей понижена. Отекъ нижнихъ конечностей, наружныхъ половыхъ органовъ, покрововъ живота и отчасти верхнихъ конечностей. Замѣтная синюха губъ и вообще лица, а также ногтей. Сильная одышка: больная сравнительно сносно себя чувствуетъ только въ сидячемъ положеніи, свѣсивши ноги и опершись обѣими руками въ кровать. Животъ чрезвычайно увеличенъ, почти такъ же равномерно, какъ при асцитѣ; только правая половина его (при лежачемъ положеніи на спинѣ) выдается немного больше, чѣмъ лѣвая. Округлость живота (при стояніи больной) на уровнѣ пупка 139 сант. Отъ меча до пупка 40 с., отъ пупка до лобка 21 с., отъ *sp. anter. sup. dext.* до пупка 37 с., отъ *sp. anter. sup. sin.* до пупка 32 сант. Подкожныя вены развиты не особенно сильно. Животъ очень напряженъ, такъ что прощупать ничего нельзя. Флюктуація очень ясная, особенно въ верхней части живота. Діафрагма стоитъ высоко. При постукиваніи почти по всему животу абсолютно тупой звукъ. Только въ подложечной, правой (меньше) и лѣвой (больше)

поясничныхъ областяхъ есть тимпаническій отгѣнокъ. При положеніи больной на лѣвомъ боку, перкусіонный звукъ въ правой поясничной области выясняется замѣтно меньше, чѣмъ въ лѣвой поясничной, при лежаніи на правомъ боку. Въ нижележащей поясничной области, при боковомъ положеніи, звукъ абсолютно тупой. Половая щель зияетъ. Выпаденіе влагалища. Cystocele, rectocele. Матка неувеличена, смѣщена вправо. Своды, особенно лѣвый, выполнены эластическою, гладкою опухолью, болѣе напряженною и нѣсколько иначе флюктуирующею, чѣмъ животъ. Болѣе обстоятельное изслѣдованіе половой сферы невозможно. Мочиспусканіе болѣзненное и затруднительное. Моча насыщенная, мутноватая; содержитъ немного бѣлка; найдено нѣсколько гіалиновыхъ цилиндровъ и немного гюидныхъ шариковъ. Пульсъ 80—90 въ минуту, хорошаго наполненія, съ перебойми (черезъ 10—15 ударовъ). Тоны чисты; второй тонъ аорты акцентуированъ. Лѣвый желудочекъ увеличенъ. Рѣзкій атероматозъ доступныхъ изслѣдованію артеріальныхъ стволовъ. Дыханіе учащенное, поверхностное. Небольшой сухой кашель. Въ обоихъ легкихъ разсыпные немногочисленные сухіе и влажные хрипы. Нижнія границы легкихъ выше, чѣмъ слѣдуетъ. Аппетитъ плохой. Языкъ обложенъ. Изжоги, тошноты нѣтъ. Запоры.

Въ виду серьезности положенія больной немедленно назначено: *tinct. valer. aether.* по 20 кап. 3—4 раза въ день, *infus. fol. digitalis e grX—5ij* по столовой ложкѣ чрезъ 2 часа и глицериновые клистиры ежедневно утромъ.

Черезъ три дня замѣтно было нѣкоторое субъективное улучшеніе и рѣшено сдѣлать пробный проколъ живота толстымъ троакаромъ (6 mm. въ діаметрѣ). По обеззараживаніи поля дѣйствія сдѣлана пункція на срединѣ линіи, соединяющей *sp. anter. sup. dextr* и пупокъ. Чрезъ канюлю троакара съ трудомъ вышло около двухъ чайныхъ ложекъ жидкой, прозрачной, студенистой массы, въ которой были взвѣшены тоже студенистые, прозрачные, но болѣе компактные, разной величины комочки.

На основаніи вышеизложеннаго поставленъ слѣдующій вѣроятный діагнозъ: *cystoma ovarii dextri colloides, cystoma ligamenti lati sinistri; arteriosclerosis universalis* (какъ послѣдствія его—огромный асцитъ и другія отечныя явленія).

Такъ какъ состояніе больной продолжало ухудшаться, то ей было предложено, какъ *ultimum remedium*, чревосѣченіе, на которое она согласилась и къ которому я приступилъ 28 ап-

рѣля при любезномъ участіи П. П. Энгельгардта, П. А. Строгонова, Краснобаева, Почтарева и Устромскаго.

Наканунѣ операциі сбрты волосы на лобѣ, дано слабительное и сдѣлана тепловатая ванна; въ день операциі, утромъ, поставленъ клистирь. Большая, свѣтлая операционная комната <sup>1)</sup> наканунѣ была энергично провѣтриваема при помощи большой форточки и горящаго каминна. Операционный столъ, матрасъ и клеенка къ нему, столъ для инструментовъ и прочая мебель (вся выкрашенная маслянною бѣлою краскою), а также полъ, вымыты растворомъ сулемы (1:1000). Въ день операциі <sup>t°</sup> въ комнатѣ доведена до 18° R., каминъ же топился и во время операциі. Передъ операциею воздухъ комнаты въ теченіе часа насыщался распыленнымъ при помощи пароваго пульверизатора 10% карболовымъ растворомъ. Руки участвовавшихъ тщательно вымывались до локтей водою съ мыломъ при помощи щетки, а затѣмъ 5% карболовымъ растворомъ. Всѣ присутствовавшіе снимали свое верхнее платье въ сосѣдней комнатѣ и, войдя въ операционную, надѣвали длинный чисто вымытый халатъ. Инструменты, вычищенные наканунѣ мѣломъ, за часъ до операциі были погружены въ 5% карболовый растворъ, а затѣмъ переложены въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворъ. Губки, совершенно новыя и хорошо выколоченныя, наканунѣ прокипачены въ 5% карболовомъ растворѣ, сохранялись въ томъ же растворѣ, а передъ операциею переложены въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворъ; двѣ изъ нихъ, самыя большія, предназначались исключительно для туалета брюшины и во время операциі лежали въ 1% тепломъ растворѣ ас. carbolicі. Въ томъ же растворѣ (1%) лежали и компрессы изъ гигроскопической марли для удерживанія кишекъ при выпаденіи ихъ. Для вытиранія крови употреблялись ватные, завернутые въ марлю, шарики, пропитанные 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворомъ ас. carb. и затѣмъ отжатые. Шелкъ, наканунѣ прокипаченный въ 5% растворѣ ас. carbolicі, сохранялся въ томъ же растворѣ, а во время операциі перекладывался въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% растворъ. Кэтгутъ не употреблялся.

Передъ хлороформированіемъ больной впрыснута подъ кожу <sup>1</sup>/<sub>5</sub> грм. солянокислаго морфія и выпущена катетеромъ моча. При полномъ наркозѣ кожные покровы живота тщательно обмыты водою съ карболовымъ мыломъ при помощи щетки, затѣмъ 5%

<sup>1)</sup> Въ ней оперируются всѣ больные, кромѣ гангренозныхъ, заразныхъ и съ обширными нагноеніями.

растворомъ ас. carb. и, наконецъ, эфиромъ. Разрѣзь начать на 2 сант. ниже пупка и оконченъ на 3 сант. выше лобка. Послойными сѣченіями, казалось, мы прошли уже брюшину, послѣ чего въ просвѣтъ раны выпятилась бѣлесоватая толстостѣнная огромная опухоль, принятая нами за кисту, сросшуюся на всемъ протяженіи раны съ переднею брюшною стѣнкою. Чтобы найти поверхность кисты, не сращенную съ брюшною стѣнкою, разрѣзь продолженъ вверхъ, на 4 сант. выше пупка (обойдя его слѣва), но картина получилась та же. Въ надеждѣ, что эти сплошныя сращенія не очень обширны (въ стороны), рѣшено разрушать ихъ рукою, ножемъ, ножницами, накладывая, гдѣ нужно, лигатуры. Послѣ получасовой кропотливой работы случилось слѣдующее: при отдѣленіи одной, болѣе крѣпкой перемычки разорвалась эта quasi-стѣнка кисты и чрезъ образовавшееся отверстіе хлынуло огромное количество студенистой жидкости, однородной съ тою, какаѣ получена при пробномъ проколѣ, причемъ въ ней попадались и болѣе крупныя компактыя комки. Жидкости вылилось около двухъ ведеръ и появленіе ея еще больше доказывало намъ, что мы все время дѣйствовали правильно. Но вотъ въ образовавшемся отверстіи показались петли тонкихъ кишекъ, измѣненныхъ почти до неузнаваемости. Стало быть то, что мы приняты за стѣнку кисты, была очень утолщенная и измѣненная брюшина, а вся хлынувшая студенистая масса, помѣщалась свободно въ брюшной полости. Убѣдившись въ этомъ, я разрѣзалъ эту утолщенную брюшину во всю длину раны и приступилъ къ осмотру брюшной полости. Нижняя половина брюшной полости, начиная приблизительно отъ пупка, оказалась выполненною огромною опухолью, имѣющею видъ колоссальной виноградной грозди, подвижною, выходящею изъ правой половины таза, начинающеюся отъ правой широкой связки, которая образуетъ ножку опухоли, довольно короткую, толщиною около трехъ пальцевъ. Ножку я раздѣлилъ толстою шелковою лигатурою пополамъ, перевязалъ, перерѣзалъ и культю опустилъ въ брюшную полость. Матка оказалась смѣщенною вправо кистой, величиною съ головку доношеннаго ребенка, помѣщающеюся въ лѣвой широкой связкѣ и почти выполняющею малый тазъ и отчасти лѣвую подвздошную впадину. Въ виду ухудшенія пульса и безъ того уже плохого {прогноза 'quoad vitam, нечего было и думать о вылуценіи этой кисты, а рѣшено опорожнить ее, оттянуть вверхъ и, образовавши, такимъ образомъ, ножку, перевязать ее. Былъ вколотъ толстый троакаръ, но чрезъ ка-

нюлю его ничего не вышло, почему киста вскрыта ножомъ; содержимое ея оказалось бѣловатою студенистою массою, настолько густою, что она могла быть удалена только обѣими руками и вынута вся цѣликомъ. Образованная искусственно ножка кисты раздѣлена шелковою лигатурою пополамъ, перевязана, отрѣзана и опущена въ брюшную полость. Брыжжейка тонкихъ кишекъ и серозный покровъ ихъ представляютъ матовую розовую поверхность, покрытую мелкими ворсинчатыми разраженіями, дающими ощущеніе бархата и не много кровоточащими при дотрогиваніи къ нимъ. Петли тонкихъ кишекъ не склеены между собою. Серозная оболочка печени, желудка, селезенки и сальникъ, насколько удалось убѣдиться при бѣгломъ осмотрѣ, не измѣнены. Брюшина толстыхъ кишекъ, брыжжейки flexurae sigmoideae, отчасти малаго таза и брыжжейки тонкихъ кишекъ, затѣмъ брюшина задней стѣнки брюшной полости и отчасти боковыхъ— все покрыто довольно равномернымъ и толстымъ слоемъ плотной студенистой желтоватой прозрачной массы, не отдѣляющейся пальцемъ, такъ что слѣпая, восходящая и нисходящая ободочная кишка представляются какъ бы замуравленными въ эту массу. Кромѣ того, брюшина малаго таза и отчасти обѣихъ подвздошныхъ ямъ, особенно правой, усѣяна многочисленными легко отдѣляющимися разной величины (отъ лѣснаго орѣха до голубинаго яйца) узлами съ совершенно гладкою поверхностью и съ желтоватымъ густымъ студенистымъ прозрачнымъ содержимымъ. Эти узлы въполнѣ сходны съ тѣми, изъ которыхъ состоитъ удаленная гроздовидная опухоль. Удаливши по возможности все, что можно было отдѣлать и удалить изъ брюшной полости и произведя возможный туалетъ брюшины, я приступилъ къ закрытію полости живота. Въ нижній уголъ раны вставленъ толстый дренажъ. Часть измѣненной и отдѣленной брюшины отрѣзана ножницами, затѣмъ наложенъ узловый шовъ на брюшину и такой же на рану брюшныхъ покрововъ. Зашитая рана обильно посыпана іодоформомъ, затѣмъ положена въ нѣсколько разъ сложенная 30% іодоформенная марля, не толстая ватная подушка, восчанка, и, наконецъ, животъ туго забинтованъ широкимъ фланелевымъ бинтомъ. Больная перенесена въ чистую согрѣтую постель. Въ виду слабости пульса вприснуто подъ кожу два шприца эфира и назначено вино по столовой ложкѣ черезъ два часа.

Вечеромъ въ день операціи,  $t^{\circ}$  37,4°; пульсъ 110. Сильныя боли въ животѣ. Назначено: пузырь со льдомъ на животъ. Tinct. opii simpl. по 5 кан. чрезъ два часа.

29 апрѣля. Утромъ t° 37,6, п. 100. В. t° 37,8, п. 100. Состояніе то же.

30 апрѣля. Утромъ t° 38, п. 110. В. t° 38,3, п. 112. Смѣнена повязка. Небольшое вздутіе живота. Боли сильнѣе. Немного прослабило. Tinct. opii и холодъ продолжаются.

1 мая. У. t° 37,7 п. 112. В. t° 37,9, п. 118. Общее состояніе хуже. Вздутіе живота увеличивается. Боли очень сильныя. Была нѣсколько разъ рвота. Небольшая желтуха. Опій, ледъ по прежнему. На ночь подъ кожу  $\frac{1}{2}$  гр. солянокислаго морфія. Глотать кусочки льда.

2 мая. У. t° 37,1, п. 120. В. t° 36,8, п. 120. Рѣзкое ухудшеніе. Большая осунулась. Рвота, вздутіе живота и боли усиливаются. Лѣченіе то же. Шприць эфира подъ кожу, каждые 3 ч.

3 мая. У. t° 36,5, п. 120. В. t° 36,3, п. 120—130, нитевидный. Сознаніе затемнѣно. Ухудшеніе всѣхъ явленій. Tinct. moschi orientalis по 15 кап. черезъ часъ. Въ 11 час. вечера—летальный исходъ.

Вскрытіе не было допущено родственниками.

Удаленная опухоль, исходившая, повидимому, изъ праваго яичника, представляла массу, величиною больше головы взрослога человѣка и почти вся состояла изъ многочисленныхъ, разной величины (отъ лѣснаго орѣха до голубинаго яйца) кистъ, сросшихся въ одно цѣлое довольно крѣпко, такъ что при разединеніи ихъ стѣнки большею частію разрывались. Содержимое этихъ кистъ представляло совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, причемъ консистенція ея и степень наполненія кистъ неодинаковы: чѣмъ ближе къ ножкѣ опухоли, тѣмъ гуще содержимое кистъ и онѣ болѣе напряжены, и наоборотъ. Стѣнки кистъ вообще мало сосудисты, прозрачны, тонки такъ, что только послѣ разрыва нѣкоторыхъ кистъ и истеченія содержимаго можно убѣдиться, что послѣднее было заключено въ крайне тонкую оболочку. Стѣнки ближайшихъ къ ножкѣ опухоли кистъ менѣе прозрачны, толще, съ ясно видимыми кровеносными сосудами, исходящими изъ ножки. Однако не вся опухоль состояла изъ кистъ, болѣе или менѣе тѣсно соединенныхъ между собою: небольшая часть ея, у самаго основанія, величиною почти съ куриное яйцо, представлялась плотною, бугристою.

При микроскопическомъ, весьма, впрочемъ, неполномъ, изслѣдованіи найдено слѣдующее. Содержимое кистъ представляетъ собою однородную прозрачную жидкость, въ которой взвѣшенъ зернистый распадъ и попадаютъ кое-гдѣ крупныя круглыя

клетки съ неясно видимымъ ядромъ и крупно-зернистымъ содержимымъ. На срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ нижней, болѣе плотной части опухоли, оказывается, что она состоитъ изъ разной величины полостей, заложенныхъ въ соединительно-тканной малоядерной стромѣ и выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, который въ болѣе крупныхъ полостяхъ дѣлается низкимъ, кубовиднымъ, очень зернистымъ.

Итакъ, въ этомъ случаѣ мы встрѣтили своеобразное новообразование праваго ячника, метастазы его на сосѣдней брюшинѣ, своеобразное пораженіе послѣдней и кистому лѣвой широкой связки.

Приводимый случай новообразованія праваго ячника представляетъ, повидимому, одну довольно рѣдко встрѣчаемую форму железистой кистомы, такъ называемую гроздовидную кистому, описанную лишь недавно.

*Olshausen* <sup>1)</sup> на 300 оваріотомій, видѣлъ лишь два случая гроздовидной кистомы. Дѣло шло объ опухоли, состоявшей изъ многочисленныхъ разной величины тонкостѣнныхъ пузырей съ прозрачнымъ желтоватымъ содержимымъ. Въ общемъ новообразование имѣло видъ большой виноградной грозди или увеличеннаго пузырьнаго заноса. *Olshausen* думаетъ, что эти опухоли развиваются изъ ячника и видѣлъ злокачественный рецидивъ во второмъ своемъ случаѣ. Начинаящееся раковое перерожденіе констатировано, впрочемъ, уже во время операциі.

Одинъ подобный случай приводитъ *Ziegler* <sup>2)</sup>. Ему былъ присланъ изъ Тюбингенской гинекологической клиники *v. Säxinger'a* одинъ экземпляръ такой кистомы. Въ этомъ случаѣ были метастазы по всей брюшной полости. *Ziegler* не согласенъ съ *Olshausen'омъ* относительно ячниковаго происхожденія этихъ кистъ и отказывается дать какое либо другое опредѣленное объясненіе.

*Cohn* <sup>3)</sup> и *Baumgarten* <sup>4)</sup> описали по одному случаю. У *Cohn'a* опухоль была величиною въ два кулака и не имѣла злокачественнаго характера.

*Hofmeier* <sup>5)</sup> видѣлъ четыре такихъ случая, изъ которыхъ два

1) Centr. f. Gynäk. 1884. № 42—43. Медиц. Об. 1885, № 115, стр. 243.

2) Рук. Общей и частной Патол. Анатоміи, 1886, стр. 1156.

3) Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. XII. H. 1. *Winkel*. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1890, p. 633.

4) Virchow's Arch. Bd. 97. 1884. P. 1. Цитир. по *Schroeder'y*.

5) Grundriss der Gynäcologischen Operationen, 1888, p. 276.

оперировать и приводить въ своемъ руководствѣ *Schroeder* <sup>1)</sup> (въ одномъ получился злокачественный рецидивъ), а два—оный самъ. Во второмъ случаѣ *Hofmeier*'а было начинающееся кистозное перерожденіе и другого яичника, причемъ микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразование не имѣло злокачественнаго характера, какъ это казалось во время операціи.

*Fritsch* <sup>2)</sup> наблюдалъ нѣсколько подобныхъ случаевъ и, вслѣдствіе постепенно возвращавшагося асцита и небольшого размѣра кисты, причисляетъ ихъ къ карциноматознымъ папилломамъ.

*Winkel* <sup>3)</sup> три раза видѣлъ гроздовидную кистому. Первый случай встрѣтился ему еще въ 1865 году. Во второмъ случаѣ, кромѣ небольшихъ кистовидныхъ опухолей обоихъ яичниковъ, была первичная интерстиціальная саркома тѣла матки съ многочисленными метастазами во внутреннихъ органахъ. Третье его наблюдение касается больной, умершей въ его клиникѣ въ 1885 году отъ распространеннаго рака половой сферы.

Осенью прошлаго года я вскрывала больную 51 года, умершую отъ истощенія. Въ теченіе трехъ послѣднихъ лѣтъ ея жизни ей была сдѣлана 46 разъ пункція живота троакаромъ вслѣдствіе огромнаго скопленія жидкости въ брюшной полости. Пункція дѣлалась чрезъ каждыя 3—5 недѣль, причемъ выпускалось всякій разъ 2—2½ пуда прозрачной, желтоватой, богатой бѣлкомъ, сиропообразной жидкости, становившейся все гуще и гуще и при послѣднихъ пункціяхъ имѣвшей видъ студени. По опорожненіи брюшной полости въ ней можно было прощупать двѣ опухоли: одна, съ человѣческую голову, бугристая, довольно плотная, помещалась надъ пупкомъ и легко смѣщалась вверхъ, въ правое подреберье; другая, немного меньше, тоже бугристая, подвижная и плотная, прощупывалась ниже пупка, надъ входомъ въ тазъ, и повидимому не находилась въ тѣсной связи съ половой сферой (было выпаденіе влагалища и опущеніе матки). Прижизненный діагнозъ былъ: циррозъ печени (верхняя опухоль) и хроническое, быть можетъ, злокачественное перерожденіе брюшины. Нижняя опухоль принята за спавшійся въ одно цѣлое кишечникъ. При вскрытіи оказалось слѣдующее. Въ брюшной полости около пуда жидкой студенистой массы, въ которой попадаются бѣловатые фибриновые хлопья. Паріетальная брюшина, осо-

<sup>1)</sup> Рук. къ болѣзн. женск. полов. орган. 1890, стр. 455.

<sup>2)</sup> Лѣсенкія болѣзни. 1889, стр. 390.

<sup>3)</sup> Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1890, p. 634.

бенно въ нижней половинѣ брюшной полости, очень утолщена, (3—6 мм.) плотна, покрыта повсюду слоемъ бѣловатой вязкой густой студени, которую можно было лишь съ трудомъ отдѣлить пальцемъ. Верхняя опухоль оказалась тонкими кишками и салпикомъ, спаянными въ одинъ клубокъ такъ крѣпко, что разъединить ихъ, безъ нарушенія цѣлости кишекъ, не было никакой возможности. Печень и селезенка на своихъ мѣстахъ, уменьшены. Нижняя опухоль исходила изъ правой широкой связки и имѣла ножку длиною около 10 сант., толщиною съ палецъ <sup>1)</sup>). Серозный покровъ матки, пузыря и широкихъ связокъ былъ очень измѣненъ, такъ что съ трудомъ удалось отпрепаровать правую и лѣвую трубу и лѣвый яичникъ, которые оказались неизмѣненными, но совершенно замуравленными толстыми перитонеальными перепонками и слоемъ плотной студени. Правый яичникъ не найденъ, такъ что новообразованіе, выходящее изъ тазовой полости, повидимому, развилось изъ него. Оно состояло изъ двухъ частей, совершенно отдѣльных, но прикрѣпившихся къ одной и той же ножкѣ, очень близко одна отъ другой. Одна часть, меньшая, съ кулакъ взрослога, вся состоитъ изъ кистъ, величиною отъ горошины до голубиного яйца. Большая часть кистъ сидитъ на отдѣльныхъ ножкахъ. Чѣмъ меньше кисты, тѣмъ прозрачнѣе и тоньше ихъ стѣнки. Содержимое кистъ—желтоватая прозрачная жидкость, серознаго характера. Другая часть опухоли, величиною въ два кулака, слегка бугриста, равномерно плотна и на разрѣзѣ представляется состоящею изъ многочисленныхъ разной величины гнѣздъ, наполненныхъ желтовато студенистою вязкою массою (коллоидная многокамерная железистая кистома).

На основаніи только что изложеннаго видно, что и здѣсь мы имѣли дѣло съ т. наз. гроздовидною кистомою, осложненною такимъ же перерожденіемъ брюшины, какое мы видѣли въ первомъ нашемъ случаѣ, но не давшее еще метастазовъ на брюшину.

Въ чемъ состоитъ описываемое измѣненіе брюшины, кака я этиологія и прогнозъ его, какъ часто оно встрѣчается? Постараюсь отвѣтить на это на основаніи имѣющагося у меня литературнаго матеріала.

---

<sup>1)</sup> Вдоль всей ножки шла правая труба, такъ что *fimbria* находились у основанія опухоли.

*Gruveilhier* <sup>1)</sup> и *Ziegler* <sup>2)</sup> видятъ здѣсь одну изъ разновидностей рака (коллоидный, миксоматозный родъ), допуская при этомъ, что это—какая-то особая форма рака мѣстнаго, безъ наклонности къ распространенію и къ общей генерализаціи, съ крайне медленнымъ теченіемъ, такъ сказать, доброкачественная форма.

*Péan* <sup>3)</sup> одинъ изъ первыхъ обратилъ вниманіе на связь, существующую между овариальными кистами и этимъ поражениемъ брюшины и далъ послѣднему названіе «maladie gélatinage du péritoine», не выяснивши сущности процесса.

*Beinlich* <sup>4)</sup> и *Mennig* <sup>5)</sup> считаютъ встрѣчающіяся въ брюшной полости студенистыя массы продуктомъ заболѣванія брюшины, вызваннаго зараженіемъ содержимымъ особой группы овариальныхъ опухолей, т. н. «миксомъ яичника».

*Werth* <sup>6)</sup> назвалъ это заболѣваніе «pseudomyxoma peritonei». Въ своемъ случаѣ онъ нашель, что брюшина и ея эндотелій подъ приставшими студенистыми массами остались нетронутыми и что отъ поверхности брюшины отходили соединительнотканные отростки и новообразованные сосуды, которые по всѣмъ направленіямъ проникали въ приставшія массы. Поэтому *Werth* полагаетъ, что это измѣненіе брюшины есть хроническое воспаленіе ея, реакція ея на раздраженіе коллоидными массами, попавшими въ брюшную полость послѣ разрыва овариальной кисты. Перензлѣдованіе препаратовъ *Mennig*'а еще больше убѣдило его въ этомъ.

*Swiecicki* <sup>7)</sup> описалъ случай, гдѣ діагносцирована была киста яичника и при чревосѣченіи оказалось, что брюшная полость наполнена коллоиднымъ веществомъ и туалетъ брюшной полости невозможенъ вслѣдствіе плотнаго прикрѣпленія этого вещества къ гиперемированной и покрытой экхимозами брюшинѣ; это же вещество наполняло кисту, стѣнка которой имѣла разрывъ, была очень хрупка, такъ что рвалась при выведеніи опу-

<sup>1)</sup> Медиц. Обзор., 1886 г., № 24, стр. 1060.

<sup>2)</sup> Руков. Общ. и Част. патол. анат., 1886 г., стр. 1158.

<sup>3)</sup> Diagn. et trait. des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880. Цитир. по Феноменову, см. ниже.

<sup>4)</sup> Zur kasuistie der Ovarialtumoren. Charité-Annalen. 1874. Bd. I. Тоже.

<sup>5)</sup> Ueber myxomatöse Entartung des Bauchfell bei multiloc. Kystom des Ovarium. 1880. Тоже.

<sup>6)</sup> Archiv f. Gynäk. Bd. XXIV. Hft. 1. Медиц. Обзор. 1885. № 15, стр. 245.

<sup>7)</sup> Central. f. Gynäk. 1885. № 44. Медиц. Об. 1886. № 16, стр. 332.

холи наружу. Разрывъ кисты произошел незадолго до операциі и послѣ него все время были сильныя боли. Больная выздоровѣла.

*Korn* <sup>1)</sup> въ клиникѣ *Leopold'a* видѣлъ больную, у которой въ 1880 году была сдѣлана лѣвосторонняя овариотомія и которая въ 1885 году явилась опять съ огромнымъ животомъ. При изслѣдованіи была предположена однополостная киста праваго яичника. При операциі найдено много коллоидныхъ массъ въ брюшной полости и разрывъ кисты на задней стѣнкѣ. Киста не могла быть удалена цѣликомъ, но резецирована и культя вшита въ нижній уголъ раны. Больная выздоровѣла. Микроскопическое изслѣдованіе брюшины показало только воспаленіе ея и отсутствіе миксоматознаго перерожденія.

*Schlegtehdall* описалъ два случая зараженія брюшины коллоидными массами, кончившіеся летально. Первый случай <sup>2)</sup> ему встрѣтился въ 1885 году, второй <sup>3)</sup>—въ 1886 г. Оба случая эти интересны еще и въ томъ отношеніи, что во время операциі и особенно при аутопсіи въ брюшной полости найдено, кромѣ студенистыхъ массъ, множество метастазовъ овариальной кистомы въ видѣ мелкихъ кистъ (величиною отъ просянаго зерна до лѣснаго орѣха), попадавшихся на висцеральной и паріетальной брюшинѣ. Первый случай такихъ метастазовъ описать еще *Baumgarten* <sup>4)</sup>; извѣстны также случаи *Rungc* <sup>5)</sup>, *Olshassen'a* <sup>6)</sup>, *Poggi* <sup>7)</sup>, *Kolaczek'a* <sup>8)</sup> изъ клиники *Martin'a*, *Fränkel'a* <sup>9)</sup> изъ клиники *Billroth'a*; сюда же надо отнести и нашъ первый случай.

*Netsel* <sup>10)</sup> приводитъ 7 своихъ и 13 чужихъ случаевъ т. наз.

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Gynäkol. 1885. № 52. Медц. Обзор. 1886 г. № 16, стр. 333.

<sup>2)</sup> Centr. f. Gynäk. 1885. № 38. Мед. Об. 1886 г. № 16, стр. 325.

<sup>3)</sup> Berlin. klin. Wochenschrift, № 2—3. Медицина въ 1886 г. (Годишникъ Спримона), стр. 322.

<sup>4)</sup> *F. Winckel*. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, pp. 890 и 651. Virchows Archiv. Bd. 97, p. 1.

<sup>5)</sup> *F. Winckel*, l. c.

<sup>6)</sup> l. c., p. 650—651 и Медц. Обзор. 1886. № 16, стр. 325 и 326.

<sup>7)</sup> Traité de Gynécologie, 1890, p. 730.

<sup>8)</sup> Ibidem, p. 731.

<sup>9)</sup> Ibidem, p. 731.

<sup>10)</sup> Centr. f. Gynäkol. 1883, № 6. 1884, № 6. 1886, № 35. Медц. Обзор., 1886 г., № 16, стр. 1061—1069.

*pseudomuxoma peritonei* и говорить, что эта болѣзнь встрѣчается вообще рѣдко, обыкновенно въ возрастѣ за 40 лѣтъ и протекаетъ клинически, какъ и простая киста яичника, только животъ увеличивается быстрѣе. На основаніи своихъ микроскопическихъ изслѣдованій и теоретическихъ соображеній онъ утверждаетъ, что причиною и исходною точкою накапливающихся при этомъ въ брюшной полости миксоматозныхъ продуктовъ есть особое заболѣваніе яичниковъ—«*muxoma ovarii*», тѣмъ болѣе, что въ большинствѣ его случаевъ разрыва опухолей не было. Изъ 7 его больныхъ выздоровѣло 6.

*Donat* <sup>1)</sup> видѣлъ въ клиникѣ *Sänger*'а слѣдующій случай. При оваріотоміи послѣ разрыва кисты яичника брюшная полость оказалась наполненною студенистою массою, покрывавшею всѣ брюшные органы; паріетальная брюшина представлялась въ видѣ бѣловатой мутной гіалиновой оболочки, а въ студенистой массѣ замѣчались кое-гдѣ темнокрасныя экхимозы и нѣжныя развѣтвленія сосудовъ. Послѣ удаленія кисты и студенистыхъ массъ полость брюшины промыта смѣсью растворовъ поваренной соли и салициловаго натра и больная выздоровѣла. Въ своихъ воззрѣніяхъ на этотъ болѣзненный процессъ *Donat* сходится съ *Werth*'омъ, видитъ здѣсь хроническое воспаленіе брюшины, вызываемое раздраженіемъ излившейся изъ разорванной кисты коллоидной массы и предлагаетъ назвать эту форму перитонита «*Fremdkörper-Peritonitis*».

*Terillon* <sup>2)</sup> сообщилъ о больной, у которой во время оваріотоміи въ брюшную полость попало коллоидное содержимое кисты. Черезъ два мѣсяца больная явилась опять съ большимъ животомъ. При вторичномъ чревосѣченіи брюшная полость оказалась наполненною коллоидными массами и 6 мѣсяцевъ спустя больная умерла отъ истощенія.

*Гиммельфарбъ* <sup>3)</sup> при вскрытіи больной, умершей въ Одесской больницѣ безъ операціи, нашель слѣдующее: полость живота сильно растянута студенистыми массами, которыя мѣстами плотно склеены съ подлежащею брюшиною; многокамерная киста праваго яичника, наполненная тѣмъ же студенистымъ содержимымъ и имѣющая на верхнезадней стѣнкѣ своей разрывъ

<sup>1)</sup> Archiv f. Gynäkol. Bd. 26. Hft. 3, p. 478. Медицина въ 1886 г. (Годичникъ Спримона), стр. 331.

<sup>2)</sup> Archiv de tocologie. 1886. № 1. Годичникъ Спримона, 1886, стр. 331.

<sup>3)</sup> Медицинское Обозрѣніе, 1886 г., № 24, стр. 1060—1070.

длинною около 8 сант. На основаніи тщательнаго изслѣдованія своего случая онъ утверждаетъ, что описываемое измѣненіе брюшины есть хроническое воспаленіе ея, вызванное присутствіемъ коллоидныхъ массъ, отъ которыхъ она стремится избавиться путемъ организациіи ихъ и относить это заболѣваніе къ общей группѣ «разлитаго неинфекціоннаго перитонита», на который обратилъ вниманіе *Schroeder* <sup>1)</sup>.

*Феноменовъ* <sup>2)</sup> въ теченіе 2-хъ лѣтъ встрѣтилъ 4 случая *Pseudomuxoma peritonei*, не считаетъ, поэтому, это заболѣваніе особенною рѣдкостью и относительно сущности его присоединяется къ мнѣнію *Werth'a*. Два изъ этихъ четырехъ случаевъ описаны *Магницкимъ* <sup>3)</sup>, который, изслѣдуя подъ микроскопомъ кусочки измѣненной брюшины, вырѣзанной у живой во время операциіи, нашелъ картину хроническаго воспаленія. При этомъ *Феноменовъ* указываетъ, что иногда во время операциіи очень трудно отличить патологически измѣненную брюшину отъ стѣнки кисты и поэтому легко впасть въ ошибку и, вмѣсто отдѣленія опухоли отъ брюшины, отслоить эту послѣднюю отъ подбрюшной клетчатки. Такая ошибка тѣмъ болѣе при *Pseudomuxoma peritonei* возможна, что при разрѣзѣ вытекаетъ студенистое вещество и кажется, что разрѣзъ проникъ въ полость кисты, между тѣмъ какъ, на самомъ дѣлѣ, вскрыта только брюшная полость (какъ это и было въ нашемъ случаѣ). Въ такихъ случаяхъ *Феноменовъ*, не стѣсняясь, изсѣкалъ значительные участки брюшины и дурныхъ послѣдствій отъ этого не видѣлъ.

*Оттъ* <sup>4)</sup> оперировалъ больную, 57 лѣтъ, съ огромнымъ (107 стн.) животомъ, столь напряженнымъ, что заранѣе нельзя было поставить опредѣленной діагностики. При чревосѣченіи брюшная полость оказалась наполненною студенистою массою, напоминавшею яблочный кисель; вся брюшина была покрыта плотнымъ приставшимъ слоемъ той же массы. Найдена также многополостная, наполненная тою же массою, большая киста праваго яичника, съ лопнувшею большею полостью. *Оттъ* считаетъ встрѣченное имъ заболѣваніе брюшины, подобно *Werth'у*, не за мик-

<sup>1)</sup> Zeitschrif. Geburtsh. und Gyn. Bd. XII. Hft. 2. 1886. Central. f. Gynäk. 1886, № 24. Годичникъ Спримона. 1886, стр. 331.

<sup>2)</sup> Врачъ. 1888. № 3, стр. 49.

<sup>3)</sup> Дневникъ Общества врачей при Казанскомъ университетѣ, 1887 г., №№ 10—11.

<sup>4)</sup> Врачъ, 1888, стр. 287.

сому брюшины, но за т. наз. реактивный перитонитъ. Его большая выздоровѣла.

Аналогичный случай приводитъ *Брезницкій* <sup>1)</sup>: больная, 45 лѣтъ, окружность живота 124 сант., при проколѣ троакаромъ получено лишь немного студенистой массы. Брюшная полость оказалась при операціи наполненною громаднымъ количествомъ желтой студени, приставшей мѣстами къ поверхности кишекъ и другихъ внутренностей. Брюшина утолщена, шероховата, съ трудомъ очищается отъ приставшихъ массъ. Многокамерная тонкостѣнная киста леваго яичника съ розорвавшимся большимъ мѣшкомъ. Содержимое кисты—та же студенистая масса. Больная умерла, на 12-й день послѣ операціи.

*Hofmeier* <sup>2)</sup> считаетъ эту студень остаткомъ попавшаго въ брюшную полость студенистаго содержимаго лопнувшихъ овариальныхъ кистомъ, не всосавшагося, но вступившаго въ тѣсную органическую связь съ брюшиною. Изліяніе содержимаго кистомъ въ брюшную полость обыкновенно не сопровождается, по наблюденію *Hofmeier*'а, никакими явленіями; иногда же при этомъ бываетъ очень бурная картина: высокая температура, явленія коллапса и остраго перитонита; такихъ случаевъ онъ видѣлъ нѣсколько.

Такого же мнѣнія о сущности *Pseudomyxoma peritonei* и *Schroeder* <sup>3)</sup>. Онъ дѣлаетъ весьма неблагоприятное предсказаніе при этомъ заболѣваніи и говоритъ, что излившаяся изъ кисты студень, производя раздраженіе паріетальнаго и висцеральнаго листковъ брюшины и получая питательныя вещества отъ брюшины чрезъ вросшія въ нее (студень) вновь образующіеся кровеносныя сосуды, можетъ разрости до чрезвычайныхъ размѣровъ. Такимъ злокачественнымъ характеромъ отличается лишь плотное студневидное содержимое кисты, которое, не всасываясь, долго лежитъ въ брюшной полости; въ остальныхъ случаяхъ жидкость, изливающаяся изъ кисты, всасывается брюшиною.

*Possi* <sup>4)</sup> объясняетъ это заболѣваніе брюшины результатомъ зараженія ея студенистымъ содержимымъ яичниковыхъ кистомъ и различаетъ: 1) зараженіе, происходящее во время овариотоміи

<sup>1)</sup> Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, 1888, стр. 663.

<sup>2)</sup> Grundriss der Gynäkologischen Operationen, 1888, p. 278.

<sup>3)</sup> Рук. къ бол. женск. полов. органовъ, 1890, стр. 456—457.

<sup>4)</sup> Traité de Gynécologie clinique et opératoire, 1890, p. 729—732.

и 2) зараженіе самостоятельное, безъ нашего оперативнаго вмѣшательства; въ послѣднемъ случаѣ онъ допускаетъ произвольный разрывъ кистомъ.

Въ обоихъ нашихъ случаяхъ не замѣчены разрывы кистъ, по они, конечно, могли происходить вслѣдствіе крайней тонкости стѣнокъ кистъ, тѣмъ болѣе, что въ первомъ случаѣ была травма (паденіе съ высоты), послѣ которой именно и начался быстрый ростъ живота.

Изъ всего вышесказаннаго о *Pseudomyxoma peritonei* видно, что позднѣйшіе авторы, въ объясненіи сущности заболѣванія, раздѣлились на два лагеря. Меньшинство видятъ здѣсь «слизистое перерожденіе» брюшины, какъ послѣдствіе «мухома ovarii». Большинство же, отрицая совсѣмъ существованіе миксома яичника (напр. *Ackermann*<sup>1)</sup>), признаютъ тутъ особую форму реактивнаго разлитаго хроническаго перитонита, а причиною его считаютъ попадающее въ брюшную полость (при операціи или при произвольномъ разрывѣ) густое содержимое оваріальныхъ кистомъ. Что касается прогноза и частоты болѣзни, то изъ свѣдѣнаго явствуется, что она часто ведетъ къ летальному исходу и встрѣчается довольно рѣдко.

## II.

Анна Г., 34 лѣтъ, витебская мѣщанка, поступила въ больницу 2 декабря 1890 года, жалуясь на сильныя боли внизу живота, въ пахахъ, въ крестцѣ, на обильныя менструаціи и на опухоль въ брюшной полости.

Вышла замужъ на 17-мъ году. Черезъ два года первые роды доношеннымъ не живымъ ребенкомъ. Еще черезъ два года благополучные срочные роды; ребенокъ живъ и теперь. Затѣмъ было два мертворожденія подрядъ, оба на 7-мъ мѣсяцѣ беременности; послѣдній разъ около 7 лѣтъ тому назадъ. Регулы всегда были обильны, особенно послѣ послѣдней беременности, и сопровождались сильными болями внизу живота и въ пахахъ. Лѣтъ пять тому назадъ было почти непрерывное маточное кровотеченіе, продолжавшееся около 10 мѣсяцевъ. Послѣ этого регулы стали ходить съ неправильными промежутками, и только въ этомъ году сдѣлались болѣе правильными по времени появленія, но, по преж-

<sup>1)</sup> *Olshausen*. Die Krankheiten der Ovarien. 2 Aufl., 1886, p. 128.

нему, обильны и сопровождаются сильными болями внизу живота, въ нахахъ и въ крестцѣ. Вскорѣ послѣ послѣдней беременности большая замѣтила въ животѣ опухоль величиною съ кулакъ, очень подвижную, довольно твердую, мало болѣзненную, медленно растущую.

St.pr. Больная роста средняго, тѣлосложенія и питанія хорошаго, немного малокровна. При изслѣдованіи живота, въ лѣвой подвздошной впадинѣ прощупывается опухоль, величиною съ дѣтскую головку, круглая, эластичная, мало болѣзненная, легко подвижная. Она легко можетъ быть приподнята до и даже выше пупка, труднѣе смѣщается въ правую половину брюшной полости и свободно опускается въ малый тазъ. Флюктуация опухоли неясна. Матка въ нормальномъ положеніи, увеличена, плотна и болѣзненна. Прощупать ясно яичники не удается вслѣдствіе значительнаго ожирѣнія брюшныхъ покрововъ; область ихъ болѣзненна, и повидимому они увеличены. Изслѣдованіе другихъ органовъ дало отрицательные результаты.

На основаніи вышензложеннаго поставленъ діагнозъ: киста лѣваго яичника, хроническій метритъ и оофоритъ (?).

5-го декабря чревосѣченіе <sup>1)</sup>. Приготовленіе больной, операціонной комнаты и антисептика въ общемъ тѣ же, какъ и при первомъ чревосѣченіи. Впрочемъ, карболовые растворы употреблялись меньше. Такъ, руки участвующихъ обмывались растворомъ сулемы (1:1000); шелкъ киятился въ теченіе часа въ растворѣ сулемы (1:1000) и сохранялся въ немъ же. Кэтгутъ вымывался водой съ мыломъ, растворомъ сулемы (1:1000), наматывался на катушки, выдерживался три дня въ безводномъ алкогольѣ, затѣмъ въ чистомъ *ol. juniperi e ligno* и сохранялся въ смѣси *ol. juniperi* съ 1% спиртнымъ растворомъ сулемы (1:3). Губки изгнаны, а вмѣсто нихъ имѣлись въ запасѣ разной величины компрессы изъ гигроскопической марли, сохранявшіеся въ 5% карболовомъ растворѣ и во время операціи перекаладывавшіеся въ теплый растворъ сулемы (1:3000). Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ начать на 2 пальцаниже пупка. По вскрытіи брюшной полости, оказалось, что мы имѣемъ дѣло съ кистой, выходящею изъ лѣвой широкой связки. Лѣвая фаллопиева труба утолщена, вытянута и лежитъ на опухоли. Оба яичника свободны, увеличены (правый съ куриное яйцо, лѣвый поменьше) и цѣликомъ кистозно перерождены. Лѣ-

<sup>1)</sup> Ассистировали: П. П. Энгельгардтъ, Н. С. Грѣховъ, Д. В. Станиславскій, В. П. Манихинъ и А. Д. Бирштейнъ.

выйй яичникъ не имѣеть никакой тѣсной связи съ кистой. Въ виду перерожденія яичниковъ, рѣшено ихъ удалить. Для этого лѣвая широкая связка раздѣлена на три пучка шелковыми лигатурами, перевязана и затѣмъ перерѣзана; лѣвый яичникъ и труба удалены вмѣстѣ съ опухолью; культя опущена въ брюшную полость. Такимъ образомъ удалены, послѣ предварительнаго наложенія лигатуры, и правый яичникъ. Сращеній съ сосѣдними органами не было, но на кистѣ и яичникахъ были нѣжныя перепонки. Брюшная рана зашита трехэтажнымъ швомъ: скорняжный катгутовый на брюшину, узловый шелковый на апоневрозы и мышцы и такой же на кожныя покровы. Иодоформенная повязка. Операция продолжалась часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ довольно хорошо. Въ первыя сутки была рвота раза 3—4. Назначено: ледъ. *tinct opii simpl.* по 5 кап. и суппозиторій съ *gr 1/3 extr opii aqusi* утромъ и вечеромъ. На второй день утромъ—сильныя боли въ животѣ. Инъекція морфія *gr. 1/6* и ледъ на животъ, послѣ чего боли прекратились и больше не появлялись. На 4-ый день повязка немного сбилась, почему и смѣнена: швы держатся прекрасно, немного сукровичнаго отдѣляемаго на повязкѣ. Т° все время нормальная. На 6-й день т° 38,6. Не слабило. Незначено слабительное. Прослабило и т° упала до 37. На 10-й день сняты швы: *prima intentio* по всюду. Больной позволено сидѣть, а еще черезъ пять дней и вставать съ постели.

Удаленная киста, вѣсомъ 2600 грам., имѣеть тонкія полупрозрачныя стѣнки. Содержимое ея—легко подвижная и свѣтлая, какъ вода, жидкость съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,006, съ ничтожнымъ количествомъ бѣлка (кипяченіе, реакція съ азотной и уксусной кислотами). Реакція слабо щелочная. При микроскопическомъ изслѣдованіи на многихъ препаратахъ найденъ только одинъ лимфоидный шарикъ. Ножка кисты состояла изъ очень вытянутой лѣвой широкой связки и была длиною около 10 сантим. На основаніи вышесказаннаго можно заключить, что эта киста произошла изъ лѣваго пароварія. Оба яичника, какъ сказано, были кистозно перерождены. Они содержали много мелкихъ кистъ (самая большая—съ крупный лѣсной орѣхъ).

Больная эта—изъ моей частной практики, находится и теперь подъ моимъ наблюденіемъ. Регулы прекратились; нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи были *molimina menstrualia*. Матка подвижная, замѣтно уменьшилась, безболѣзненна. Больная немного пополнила и вполнѣ здорова.

## III.

Вѣра В., Смоленская мѣщанка, 18 лѣтъ, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ, жалуясь на маточныя кровоточенія, умѣренныя боли внизу живота и очень сильныя (отдающія въ правую ногу) въ крестцѣ. Я посовѣтовала ей поступить въ больницу, куда она и явилась 15-го января 1891 г.

Замужемъ около двухъ лѣтъ. Разъ родила, семь мѣсяцевъ тому назадъ, въ срокъ. Ребенокъ вскорѣ умеръ. Въ концѣ декабря прошлаго года было сильное маточное кровоточеніе, со сгустками и съ сильными схваткообразными болями въ животѣ, продолжавшееся съ недѣлю (выкидышъ?). До этого регулъ не было два мѣсяца. Послѣ двухнедѣльнаго промежутка кровоточеніе опять возобновилось и продолжалось почти безъ перерыва до поступления въ больницу. Раньше регулы были всегда правильны, по 3 дня, на 4-ой недѣлѣ; начались на 13-мъ году, установились сразу.

Больная хорошо сложена, умѣренно, малокровна. При ощупываніи живота, кромѣ болѣзненности внизу его, не найдено ничего особеннаго. Матка немного увеличена, болѣзнена, въантеверсіи, подвижна. Лѣвый яичникъ не увеличенъ. Праваго найдти нельзя. Въ заднемъ сводѣ прощупывается гладкая, эластическая опухоль, величиною съ апельсинъ, неболѣзненная, довольно подвижная (можетъ быть перемѣщена in cavum vesico-uterinum), находящаяся въ связи съ маткою при помощи довольно длинной тонкой ножки. Небольшое кровоточеніе изъ матки. Linea alba пигментирована. Въ грудяхъ немного молозива.

Диагнозъ: *Cystoma ovarii dextri. Subinvolutio uteri post abortum.*

Лѣченіе: спринцованіе растворомъ сулемы (1:2000) утромъ и вечеромъ, *Extr. fluid. Hydrastis Canadensis* по 25 кап. три раза въ сутки, покойное положеніе въ постели.

Черезъ три дня кровоточеніе прекратилось.

24 января чревосѣченіе <sup>1)</sup>. Послойный разрѣзь брюшной стѣнки по linea alba начать на три пальца ниже пупка. По вскрытіи брюшной полости, помощникъ, введя палець во влагалище и надавливая на задній сводъ, вытолкнулъ опухоль изъ задняго Дугласова пространства, послѣ чего мнѣ безъ труда удалось за-

<sup>1)</sup> Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ и Д. В. Станиславскій.

хватить кисту рукою, введенною въ полость живота, и извлечь ее наружу. Пижка кисты перевязана шелковою лигатурою въ два пучка, перерѣзана и культи опущена въ брюшную полость. Трубы и лѣвый яичникъ оказались нормальными и оставлены на мѣстѣ. Кетгутовый непрерывный шовъ на брюшину, такой же шовъ на мышцы и апоневрозъ, узловый шелковый шовъ на кожные покровы. Присыпка іодоформомъ; іодоформенная марля, ватная подушка. Животъ туго забинтованъ фланелевымъ бинтомъ. Операция продолжалась съ часъ.

Послѣоперационный періодъ протекалъ гладко: сильныхъ болей въ животѣ не было, т<sup>о</sup> все время была нормальною.

На 9-й день сняты швы: вездѣ *prima intentio*. На 14-й день больной позволено сидѣть, на 20-й встать съ постели.

Удаленная киста однополостная, съ довольно тонкими, не просвѣчивающими, бѣлесоватыми стѣнками; часть ихъ, въ области ножки уплотнена, утолщена и слегка бугриста; микроскопическое изслѣдованіе этого мѣста дало намеки на яичниковую ткань. Форма кисты правильно овальная, содержимое—свѣтлая, слегка желтоватая жидкость, съ удѣльнымъ вѣсомъ 1,012, слабо щелочной реакціи, содержитъ довольно много бѣлка. Микроскопическое изслѣдованіе жидкости дало отрицательные результаты. На основаніи вышеизложеннаго надо думать, что эта киста есть настоящая *hydrops follicularis*, съ атрофіей яичниковой ткани.

Большая эта вскорѣ послѣ операциі забеременѣла и родила благополучно 28 марта 1892 г. живого доношеннаго ребенка въ родильномъ отдѣленіи больницы. Все это время она находилась подъ моимъ наблюденіемъ и была вполне здорова.

#### IV.

Прасковья Н., 20 лѣтъ, крестьянка Краснинскаго уѣзда, Смоленской губерніи, поступила 1 мая 1891 г., жалуясь на сильныя постоянныя боли въ поясницѣ и внизу живота, особенно въ правой половинѣ, и общую слабость.

Родила разъ, два года тому назадъ, благополучно, въ срокъ, живого ребенка. Регулы до послѣдняго времени всегда были правильны по типу, но сопровождалсь болями внизу живота и въ поясницѣ. Послѣдніе регулы опоздали на три недѣли, показались сразу, очень сильно, продолжались больше недѣли, до

поступленія въ больницу; боли въ животѣ стали еще сильнѣе. Уже нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ больная замѣтила присутствіе въ правой половинѣ нижней части живота опухоли, небольшой (побольше кулака), малоподвижной, довольно болѣзненной при дотрогиваніи и почти не увеличивавшейся.

St. praes. Умѣренно анемичная, хорошаго тѣлосложенія особа. Животъ немного вздутъ. Linea alba пигментирована. Въ грудяхъ немного молозива. При наружномъ изслѣдованіи живота прощупывается во входѣ въ малый тазъ только верхняя часть опухоли, эластичной, ясно флюктуирующей, весьма напряженной, круглой, только на наиболѣе выдающемся мѣстѣ опухоли есть бугоръ, величиною съ куриное яйцо, овальной формы, довольно твердый. При двойномъ изслѣдованіи оказывается, что опухоль эта выполняетъ почти всю полость малаго таза, имѣетъ круглую форму, значительно смѣщается вверхъ, меньше—въ стороны. Матка немного увеличена, болѣзненна, смѣщена опухолью влѣво и стоитъ косо: тѣло отклонено влѣво, шейка обращена вправо. Portio vaginalis немного разрыхлена, зѣвъ закрытъ. Въ сводахъ рѣзкая пульсація. Матка при изслѣдованіи зондомъ пуста, мало подвижна, довольно тѣсно соединена съ опухолью, но не составляетъ одного цѣлаго. Яичниковъ прощупать нельзя. Изслѣдованіе другихъ органовъ дало отрицательные результаты.

Діагнозъ: межсвязочная однополостная киста праваго яичника и недостаточное обратное развитіе матки послѣ выкидыша на второмъ мѣсяцѣ.

Дней шесть по поступленіи въ больницу было кровянистое отдѣленіе изъ матки,  $t^{\circ}$  немного повышена (около 38), умѣренныхъ боли въ животѣ. Назначено: Hydrastis Canadensis, согрѣвающей компрессъ на животъ, иногда морфіи внутрь, а затѣмъ, когда больная немного оправилась, данъ мышьякъ съ желѣзомъ (въ шлюляхъ) и, наконецъ, предложена операція.

26 іюня чревосѣченіе при обычной обстановкѣ <sup>1)</sup>). Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ, по linea alba, начать на два пальца ниже пупка.

По вскрытіи брюшной полости выпало нѣсколько петель тонкихъ кишекъ, которыя тотчасъ закутаны марлевымъ компрессомъ <sup>2)</sup>, смоченнымъ въ тепломъ растворѣ сулемы 1:3000 и за-

<sup>1)</sup> Ассистировала: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ и А. А. Прайсь.

<sup>2)</sup> Эти компрессы всегда имѣются въ запасѣ и сохраняются въ 5% карболовомъ растворѣ, см. стр. 792.

тѣмъ отжатымъ; такимъ же компрессомъ удерживались отъ выпаденія остальные кишки; компрессы эти, по мѣрѣ остыванія, мѣнялись. При осмотрѣ брюшной полости оказалось слѣдующее: опухоль сидитъ въ растянutoй широкой связкѣ; по передне-верхней поверхности опухоли идетъ утолщенная и удлиненная правая Фаллопиева труба и, дугообразно изгибаясь, направляется назадъ къ вышеупомянутому бугру; правая круглая связка очень утолщена и удлинена; лѣвый яичникъ и труба нормальны; тесемчатые крѣпкія сращенія опухоли съ сальникомъ, тонкими кишками и flex. sigmoidea; обширныя сплошныя, повидимому недавнія, сращенія съ заднею стѣнкою малаго таза. Сращенія частію перерѣзаны ножницами, послѣ перевязки двумя лигатурами, частію разрушены рукою; кровотеченіе было незначительное, но на это потрачено не мало времени. Послѣ этого опухоль стала немного подвижнѣе, но далеко не настолько, чтобы можно было извлечь ее и образовать искусственную ножку. По этому правая широкая связка насколько можно ниже перевязана двойнымъ рядомъ лигатуръ снаружи отъ опухоли и свнутри отъ нея, возлѣ самой матки, и затѣмъ перерѣзана, но всетаки вытащить опухоль и образовать ножку не удавалось, ибо нижній сегментъ опухоли глубоко вдавался въ основаніе широкой связки. Безуспѣшны также были попытки вылущить опухоль изъ широкой связки, такъ какъ брюшина ея была очень истончена и чрезвычайно легко разрывалась на куски. Операция затянулась: надо было спѣшить. Поэтому троакаромъ опорожнена киста (содержимое оказалось густою коллоидною коричневаго цвѣта жидкостью), резецирована ножницами большая часть ея мѣшка, оставшаяся же меньшая часть энергично выскоблена острою ложкою и зашита наглухо шелковыми швами такъ, что образовалась небольшая полость, сообщавшаяся съ влагалищемъ дренажемъ, проведеннымъ до зашиванія черезъ сводъ при помощи троакара. Доселѣ все время пульсъ былъ хорошій, дыханіе правильное. Пустота таза промыта теплымъ растворомъ сулемы (1:3000), лежавшія снаружи кишечныя петли вправлены въ брюшную полость и покрыты расправленнымъ сальникомъ, излишекъ сулемоваго раствора выбранъ крѣпко выжатыми марлевыми компрессами, воздухъ изъ брюшной полости выдавленъ двумя плашмя положенными на животъ ладонями и приступлено къ закрытію ея. Тотчасъ по вправленіи кишекъ сразу упалъ пульсъ и рѣзко участилось дыханіе, скоро достигшее до 40—50 разъ въ минуту. Прекращено

хлороформированіе, впрыснуто подь кожу три шприца эфиру. Рана брюшная наскоро зашита одно-этажнымъ узловымъ шелковымъ швомъ, наложена обычная антисептическая повязка: іодоформъ, іодоформенная марля, ватная подушка, восчанка, фланелевый бинтъ. Больная быстро одѣта, перенесена въ согрѣтую постель, обложена бутылками съ горячею водою. Однако, несмотря на массу возбуждающихъ средствъ (вино внутрь, эфиръ и эфирно-валеріановыя капли подь кожу), искусственное дыханіе по Silvestr'у, больная не приходила въ сознаніе, громко кричала, стонала и металась, дыханіе вскорѣ участилось до 50 разъ въ минуту, пульсъ сдѣлался нитевиднымъ и больная скончалась чрезъ 1½ часа послѣ операціи.

Операція продолжалась около четырехъ часовъ. Хлороформу истрачено около трехъ унцій. Потеря крови во время операціи была ничтожная.

Стѣнки резецированной кисты были очень толсты (6—8 мм.), плотны, малососудисты, крѣпко спаявшіяся съ брюшиною широкой связки. Упомянутый выше бугоръ на верхней поверхности кисты оказался очень расширенною наружною третью правой фаллопиевой трубы, ostium abdominale которой было такъ закрыто ложными перепонками, что его съ трудомъ можно было найти. Стѣнки этого расширенного мѣста трубы были очень истончены, полость ея выполнена кровяными сгустками. При многократномъ микроскопическомъ изслѣдованіи содержимаго расширенной трубы не были найдены ворсины. Стало быть въ этомъ случаѣ, кромѣ коллоидной однополостной межсвязочной кистомы, была еще Haematosalpinx dextra.

*(Окончаніе въ слѣд. №).*

## МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ ПО ГАВАНЬСКОМУ РОДИЛЬНОМУ ПРІЮТУ ЗА ВРЕМЯ СЪ 17 АВГУСТА 1888 Г. ПО 1 МАЯ 1892 Г. <sup>1)</sup>.

Д-ра мед. В. Н. Массена,

врача-акушера Пріюта.

Въ періодъ времени съ 17 августа 1888 года по 1-е мая 1892 г. въ Гаваньскій Родильный Пріютъ было принято къ родамъ всего 1957 женщинъ. Изъ этого числа разрѣшилось въ Пріютѣ 1921 и выписано до разрѣшенія 36. Причина выписки этихъ послѣднихъ — въ большинствѣ случаевъ прекращеніе родовыхъ болей. Изъ 36 выписанныхъ нѣкоторыя вновь поступили въ пріютъ и вошли въ число (1921) разрѣшившихся въ Пріютѣ.

Разрѣшившіяся въ Пріютѣ *по сословіямъ* были:

Крестьянокъ . . . . .	1173 или 61,0%
Мѣщанокъ. . . . .	410 » 21,3 »
Солдатскихъ жень и вдовъ . . . . .	275 » 14,3 »
Другихъ сословій, — преимущественно привелигированнаго . . . . .	63 » 3,4 »
Всего . . . . .	1921

По *въроисповѣданію*:

Православныхъ . . . . .	1729 или 90,0%
Лютеранокъ . . . . .	150 » 7,9 »
Католичекъ. . . . .	39 » 2,0 »
Евреекъ. . . . .	3 » 0,1 »
Всего . . . . .	1.921

<sup>1)</sup> Отчетъ за 1888—89 уч. годъ былъ отчасти сдѣланъ покойнымъ врачомъ-акушеромъ Пріюта, д-ромъ мед. *Е. Е. Маковецкимъ* и послѣ его смерти въ рукописи переданъ мнѣ.

## По профессии:

Прислуга . . . . .	760	или	39,5%
Своимъ хозяйствомъ . . . . .	740	»	38,5 »
Фабричная . . . . .	138	»	7,1 »
Швея . . . . .	93	»	4,8 »
Прачка . . . . .	72	»	3,7 »
Полевые работы . . . . .	28	»	1,4 »
Поденщица . . . . .	27	»	1,4 »
Папиросница . . . . .	21	»	1,0 »
Чернорабочая . . . . .	20	»	1,0 »
Торговка . . . . .	7	»	0,3 »
Приказчица . . . . .	4	»	0,2 »
Переpletчица . . . . .	3	»	0,1 »
Башмачница . . . . .	2	»	0,1 »
Сидѣлка . . . . .	2	»	0,1 »
Цвѣточница . . . . .	1	»	0,1 »
Сестра милосердія . . . . .	1	»	0,1 »
Акушерка . . . . .	1	»	0,1 »
Учительница . . . . .	1	»	0,1 »
Всего . . . . .	1921		

## По мѣсту рожденія

Петербургской губ. . . . .	504	или	26,2%
Тверской » . . . . .	323	»	17,1 »
Новгородской » . . . . .	256	»	13,3 »
Ярославской » . . . . .	106	»	5,5 »
Псковской » . . . . .	103	»	5,5 »
Вологодской » . . . . .	59	»	3,1 »
Рязанской » . . . . .	46	»	2,3 »
Смоленской » . . . . .	40	»	2,0 »
Витебской » . . . . .	27	»	1,4 »
Московской » . . . . .	24	»	1,3 »
Другихъ губерній . . . . .	294	»	15,3 »
Финляндіи . . . . .	112	»	5,8 »
Америки . . . . .	2	»	0,1 »
Саксоніи . . . . .	2	»	0,1 »
Австріи . . . . .	1	»	0,1 »
Всего . . . . .	1921		

## По семейному положенію:

Замужнихъ . . . . .	998	или	51,9%
Незамужнихъ . . . . .	818	}	923 » 48,1 »
Вдовъ . . . . .	105		
Всего . . . . .	1921,		

или законныхъ рожденій было почти столько же сколько и незаконныхъ.

## По числу предшествовавших беременностей.

Первородящих . . . . .	524 или 27,2%
Второродящих . . . . .	474 » 24,6 »
Многородящих . . . . .	923 » 49,2 »
Всего . . . . .	1.921

Всѣхъ срочныхъ родовъ было . . . . .	1.661 или 86,4%
Преждевременныхъ . . . . .	217 » 11,2 »
Выкидышей . . . . .	43 » 2,4 »
Всего . . . . .	1.921

Разрѣшившіяся распредѣляются по *мѣсяцамъ и годамъ* слѣдующимъ образомъ.

	1888—89. Среднее число=55,3.	1889—90. Среднее число=57,8.	1890—91. Среднее число=53,6.	1891—92. Среднее число=40,1.
Августъ . . . . .	24	40	—	44
Сентябрь . . . . .	70	58	50	40
Октябрь . . . . .	54	52	66	55
Ноябрь . . . . .	66	55	46	46
Декабрь . . . . .	49	54	53	32
Январь . . . . .	57	47	70	50
Февраль . . . . .	57	61	45	32
Мартъ . . . . .	59	56	47	37
Апрѣль . . . . .	52	54	56	25
Май . . . . .	38	80	23	—
Іюнь . . . . .	—	21	—	—
Итого . . . . .	526	578	456	361

Среднее число родовъ за 4 года = 51,78.

Изъ этой таблицы мы видимъ, что въ послѣдній годъ изъ отчетнаго времени замѣчено значительное пониженіе числа разрѣшившихся въ пріютѣ роженицъ. Это пониженіе поступленій находится въ несомнѣнной зависимости отъ введенія платы за роды въ городскихъ родильныхъ пріютахъ, вслѣдствіе чего нѣкоторыя роженицы предпочитаютъ рожать дома <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Хотя въ Гаваньскомъ Пріютѣ платы за роды не взимается, но считая сго за городской пріютъ и боясь платы, роженицы, за послѣднее время идутъ въ него менѣе охотно, чѣмъ прежде. Конечно, такое положеніе вещей—временное.

Та же таблица показывает намъ, что за отчетное время совершилось родовъ:

Въ Августѣ . . . . .	108	Въ Январѣ . . . . .	224
» Сентябрьѣ . . . . .	218	» Февралѣ . . . . .	195
» Октябрьѣ . . . . .	227	» Мартѣ . . . . .	199
» Ноябрьѣ . . . . .	213	» Апрельѣ . . . . .	187
» Декабрьѣ . . . . .	188	» Маѣ . . . . .	141
		» Июньѣ . . . . .	21
Итого въ I-е полугодіе . . . . .		954	
		во II-е полугодіе . . . . .	
		967	

Изъ этой таблицы мы видимъ, что наибольшее число родовъ въ нашемъ приютѣ приходится на Октябрь и Январь, наименьшее на Декабрь и Апрель. Впрочемъ, откинувъ Августъ, Май и Июнь, какъ мѣсяцы, въ теченіи которыхъ родовспомогательная дѣятельность не всегда продолжалась цѣлый мѣсяць, видимъ, что распредѣленіе числа родовъ по мѣсяцамъ довольно правильное.

Слѣдующая таблица показываетъ изъ *какихъ именно частей города* поступили роженцы:

	1888—89.	1889—90.	1890—91.	1891—92.
Васильевскій островъ . . . . .	396	419	349	286
Гавань . . . . .	80	60	54	50
Другія части города . . . . .	50	99	53	25

Болѣе детальное колебаніе числа поступленій изъ разныхъ частей города видно изъ слѣдующей таблицы:

### 1888—1889 г.

Мѣсяцы.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	Итого.	%
Вас. Остр. . . . .	22	56	38	48	35	44	48	42	35	28	—	396	75,3%
Гавань. . . . .	1	9	8	13	10	9	5	7	12	6	—	80	15,2%
Др. час. гор.	1	5	8	5	4	4	4	10	5	4	—	50	9,5%
Итого.	24	70	54	66	49	57	57	59	52	38	—	526	—

## 1889—1890 г.

Мѣсяцы.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	Итого	%
Вас. Остр. .	28	40	43	39	40	32	42	35	39	63	16	419	69,1%
Гавань. . .	5	8	3	5	7	3	8	7	6	5	3	60	13,7%
Др. час. гор.	7	10	6	11	7	10	11	14	9	12	2	99	17,2%
Итого.	40	58	52	55	54	47	61	56	54	80	21	578	—

## 1890—1891 г.

Вас. Остр. .	—	36	50	31	39	50	37	40	49	17	—	349	76,6%
Гавань. . .	—	6	5	8	6	12	3	5	5	4	—	54	11,8%
Др. час. гор.	—	8	11	7	8	8	5	2	2	2	—	53	11,6%
Итого.	—	50	66	46	53	70	45	47	56	23	—	456	—

## 1891—1892 г.

Вас. Остр. .	36	34	45	35	23	19	25	30	19	—	—	286	79,3%
Гавань. . .	6	3	7	6	6	8	5	6	3	—	—	50	13,8%
Др. час. гор.	2	3	3	5	3	3	2	1	3	—	—	25	6,9%
Итого.	44	40	55	46	32	30	32	37	25	—	—	361	—

Изъ этой таблицы мы видимъ, что въ то время, какъ количество роженницъ съ Васильевского острова постоянно увеличивается, достигнувъ въ послѣдній отчетный годъ до 79,3%, число поступленій гаванскихъ обитательницъ остается почти на одномъ уровнѣ, число же поступленій изъ другихъ частей города рѣзко уменьшилось. Это, по нашему мнѣнью, говоритъ за то: 1) что для обширнаго Васильевского острова все болѣе и болѣе сказывается недостача въ родовспомогательной помощи со стороны его единственнаго городского родильнаго пріюта (Васильевского), <sup>1)</sup> 2) что потребность гавань-

<sup>1)</sup> Въ концѣ минувшаго 1891—92 уч. года Васильевскій Пріютъ уже расширенъ.

ских жительниц въ акушерской помощи совершенно удовлетворяется нашимъ Пріютомъ и 3) что увеличеніе числа кроватей въ городскихъ родильныхъ Пріютахъ сдѣлало излишнимъ практиковавшуюся прежде (съ особенной силой въ 1889—90 году) отправку (по телефону) роженицъ въ Гаванскій Пріютъ, иногда изъ весьма отдаленныхъ частей города (Литейной и пр.).

Относительно *возраста* нашихъ роженицъ и *числа* предшествовавшихъ беременностей говорить намъ слѣдующая таблица:

### Возрастъ роженицъ.

Годы.	до 20 л.	21—25	26—30	31—35	36—40	41—50	Итого.	%
1-ые	100	261	134	17	10	2	524	27, 3
2 »	13	217	171	54	15	4	474	24, 6
3 »	2	84	154	55	24	3	322	16, 7
4 »	—	25	97	53	22	5	202	10, 5
5 »	—	7	59	50	15	3	134	6, 9
6 »	—	2	26	31	25	1	85	4, 4
7 »	—	—	7	27	20	3	57	2, 9
8 »	—	—	4	14	23	7	48	2, 4
9 »	—	—	1	5	23	3	32	1, 6
10 »	—	—	—	1	14	6	21	1,09
11 »	—	—	—	—	4	3	7	0, 3
12 »	—	—	—	—	5	2	7	0, 3
13 »	—	—	1	—	2	1	4	0, 2
14 »	—	—	—	—	—	1	1	0,05
15 »	—	—	—	—	1	—	1	0,05
16 »	—	—	—	—	—	2	2	0, 1
Итого.	115	596	654	307	203	46	1921	—
% .	5,9	31,5	34, 0	15,9	11,31	2,39	—	—

(Продолженіе будетъ).

## РЕФЕРАТЫ.

---

122. **Fraenkel. Ueber Anatomische Veraenderungen durch Chloroformnachwirkung beim Menschen.** (Archiv f. Pathol. Anatomie V. Virchow. Bd. 127. Hf. 3). **Объ анатомическихъ измѣненіяхъ, вызываемыхъ послѣдующимъ вліяніемъ хлороформа у человѣка.**

Случаи смерти отъ хлороформа во время наркоза или непосредственно послѣ общезвѣстны. Но еще *Casper* въ 1850 г. утверждалъ, что вредныя вліянія послѣ продолжительнаго хлороформнаго наркоза могутъ сказаться впоследствии (*Nachwirkungen*)—«въ извѣстной мѣрѣ хроническое отравленіе хлороформомъ». *Langenbeck*, на основаніи имѣвшагося у него одного случая смерти отъ хлороформнаго наркоза, присоединился къ мнѣнію *Casper*'а, а *Liman* находитъ не подлежащимъ сомнѣнію, что бываютъ случаи затяжнаго дѣйствія хлороформа, т. е. хлороформъ если умерщвляетъ, то не всегда тотчасъ же, а могутъ пройти часы, дни и даже недѣли, во время которыхъ анестезированный находится подъ вліяніемъ яда, и можетъ умереть. *Unger* въ работѣ «о смертельномъ послѣдующемъ вліяніи вдыханій хлороформа», на основаніи опытовъ на животныхъ, указалъ на эту опасность. Но на людяхъ подобное послѣдовательное гибельное вліяніе еще до сихъ поръ не описано, ибо оно трудно доказуемо, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ смерть всегда могла быть сведена на другія причины; но и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ смертельный исходъ могъ быть приписанъ послѣдующему вліянію хлороформа, анатомическія данныя не представляли ничего характернаго. Только послѣ изслѣдованій *Unger*'а и др., нашедшихъ при опытахъ на животныхъ въ этомъ направленіи извѣстныя измѣненія органовъ, становятся возможными изслѣдованія въ этомъ направленіи и на людяхъ. Для иллюстраціи подобнаго послѣдовательнаго гибельнаго вліянія хлороформнаго наркоза на людяхъ *Fraenkel* приводитъ слѣдующій случай. Первородящая, цвѣтушая женщина, 25 лѣтъ; была всегда здорова и во время беременности. Вель роды врачъ. Впродолженіи 6 часовой родовой дѣятельности для облегченія родовыхъ болей вприснулъ ей 1 разъ морфій, а также легко наркотизовалъ ее хлороформомъ, разсчитывая, что въ теченіи 6 часовъ наркозъ былъ примѣненъ въ теченіи

1½ часовъ, т. е. наркозъ съ большими промежутками. Роды окончены щипцами, для чего потребовался хлороформный наркозъ въ теченіи ½ часа. Истрачено хлороформа 30 грам. Первые 2 дня р. р. родильница относилась ко всему окружающему безучастно. Пульсъ въ первые дни чаще нормального, t° не достигала 38°. Въ концѣ первой недѣли больная жаловалась на легкія боли въ обѣихъ сторонахъ живота; временами больная въ нервномъ настроеніи. Черезъ 20 дней послѣ родовъ (все время въ постели) боли въ лѣвой нижней конечности до сины. На другой день пульсъ нѣсколько замедленъ, t° нормальная; едва замѣтная припухлость лѣвой конечности, равно какъ и боли; общее настроеніе хорошее. Дано больной во время этихъ болей 2 порошка рhenacetini по 0,5 и 1 разъ задолго до этихъ болей patri salicylici. Въ тотъ же день вечеромъ, т. е. на 21 день послѣ родовъ внезапная смерть. Какъ при родахъ, такъ послѣ родовъ не были употреблены дезинфицирующія средства, не были дѣлаемы спринцеванія ни влагалищныя, ни маточныя. (Исторія болѣзни приведена почти дословно, какъ въ оригиналѣ. *Ресб.*) *Данныя вскрытія.* Прямыя мышцы живота представляются по всей длинѣ нечисто сѣровато-желтоватаго цвѣта, рѣзко отличающіяся отъ прочей мускулатуры краснаго цвѣта. Въ полости брюшины и плевры никакого содержимаго. Въ предсердіяхъ и желудочкахъ темная жидкая кровь безъ сгустковъ. Оба желудка значительно расширены, особенно правый. Мускулатура сердца необыкновенно желто-красноватаго цвѣта, въ лѣвомъ мутна и ломка. Аорта нормальной ширины; intima восходящей части усѣяна большимъ числомъ бѣловато-сѣрыхъ возвышеній, легко соскабливаемыхъ; въ стволѣ art. pulmonal. dext. красноватый эмболусъ, выполняющій просвѣтъ сосуда. Почки богаты кровью, нормальной величины; корковый слой не увеличенъ, на разрѣзѣ грязно-буровато-краснаго цвѣта; мальпигиевъ слой въ видѣ красныхъ точекъ; область пограничнаго слоя богата кровью. Матка субъинволютирована, мягка, ретровертирована, лежитъ въ углубленіи крестца. Въ венахъ окружающихъ влагалище свѣжіе кругловатые тромбы. Въ обѣихъ v. v. iliacae communes солидные, частью обезцвѣченные тромбы, не вполне выполняющіе просвѣтъ, распространяющіеся книзу въ v. v. hypogastricae и ихъ первыя развѣтвленія и вверхъ въ v. cava почти до мѣста отхожденія почечныхъ венъ; тромбъ сѣровато-краснаго цвѣта, отъ центрального конца котораго видимо оторвался кусокъ. Другіе органы безъ особо важныхъ измѣненій. Кишечникъ и мозгъ не вскрыты.

Микроскопическое изслѣдованіе свѣжихъ препаратовъ, взятыхъ изъ праваго сердца даетъ значительно распространенную зернистость отдѣльныхъ волоконъ до полного сглаживанія поперечной исчерченности, замѣщеніе во многихъ волокнахъ контрактильнаго вещества то болѣе гомогенной, то болѣе зернистой пылеобразной массой, въ которой не видно мышечныхъ ядеръ. Въ лѣвомъ сердцѣ измѣненія эти выражены менѣе рѣзко, такъ что измѣненія локализуются главнымъ образомъ въ правомъ сердцѣ. На окрашенныхъ разрѣзахъ изъ уплотненнаго препарата, кромѣ зернистости видно уменьшеніе въ ширину, на какомъ либо мѣстѣ по длинѣ, мышечнаго волокна, такъ напр. мышечное волокно, имѣя нормальную ширину, вдругъ на какомъ либо мѣстѣ

по протяженію суживается до  $\frac{1}{3}$ ; на этомъ мѣстѣ контрактильное вещество представляется растрескавшимся и сильно преломляющимъ свѣтъ. Другое важное измѣненіе заключается въ томъ, что въ большинѣ числѣ волоконъ контрактильное вещество въ видѣ маленькихъ очаговъ представляетъ особый гялиновый блескъ, такъ что на препаратѣ, окрашенномъ карминомъ то въ центрѣ, то на периферіи находятся *свѣтло-розовыя* кругловатой и полулунной формы части, соответствующія поперечнымъ разрѣзамъ измѣненныхъ мышечныхъ волоконъ, отличающіяся отъ *матово-розовыхъ*, представляющихъ собою поперечный разрѣзъ не измѣненныхъ волоконъ.

Измѣненія въ лѣвомъ желудочкѣ, такія же, но въ меньшей степени. Микроскопическіе препараты изъ мѣсть вышеприведенныхъ измѣненій на *intima* аорты указываютъ на эксквизитное жировое измѣненіе (*Verfettungen*) значительно увеличенныхъ клѣтокъ эндотелія. На микроскопическихъ препаратахъ изъ свѣжей почечной ткани бросается въ глаза необыкновенная мутность и набуханіе эпителиа канальцевъ коркового слоя, на очень многихъ мѣстахъ распаденіе клѣточныхъ элементовъ въ крошковатая зернистая глыбки. Измѣненія эти локализируются преимущественно въ корковомъ эпителиѣ; въ капсулѣ и эпителиѣ клубочковъ измѣненія незначительны. Хотя, какъ внутри клубочковъ, такъ и въ просвѣтѣ нѣкоторыхъ канальцевъ и въ межканальцевой ткани рядомъ съ вышеописаннымъ измѣненіемъ эпителиа часто встрѣчается масса, состоящая изъ очень мелкихъ сильно преломляющихъ свѣтъ зернышекъ (ядрышекъ), которыя, какъ показываетъ реакція осміевоы кислоты, только въ меньшей степени состоятъ изъ жира. На разрѣзахъ изъ уплотненной почечной ткани, окрашенныхъ слабымъ растворомъ гематоксилина, гематоксилинъ-эозина, видно, что въ большей части коркового эпителиа ядра потеряли способность окрашиваться. Далѣе нѣкоторыя клѣтки сохранили вполнѣ свою форму, другія превращены въ безформенную, изъ глыбокъ состоящую, массу, неправильно выполняющую просвѣтъ канальца; въ массѣ этой можно распознать по болѣе сильной преломляемости свѣта остатки обломковъ ядеръ. Рядомъ попадаются канальцы съ меньшимъ измѣненіемъ и наконецъ безъ измѣненія. Процессъ этотъ одинаково повторяется на разрѣзахъ изъ различныхъ частей почек, отличаясь только интенсивностью. Эпителий прямыхъ канальцевъ почти безъ измѣненія, хотя попадаются клѣтки съ ядрами, потерявшими способность окрашиваться. Очень мелкая зернистость видна и на уплотненныхъ препаратахъ. Въ эпителиѣ клубочковъ попадаютъ только единичныя некробіотическія клѣтки. Межтрубчатая ткань и сосуды безъ измѣненій.

Причина смерти эмболія легочной артеріи. Тромботическій процессъ произошелъ довольно рано, въ концѣ первой недѣли, когда больная стала жаловаться на боли. Тромбозъ начался съ тазовыхъ венъ, отсюда распространился на нижнюю полую вену, гдѣ оторвалась часть тромба и попала въ легочную артерію. Такой обширный тромбозъ въ венахъ объясняется авт. слѣдующимъ образомъ. Вслѣдствіе перерожденія сердца и ослабленной дѣятельности теченіе крови по венамъ было замедлено, къ этому присоодиноилось давленіе со стороны загнутой назадъ матки на тазовыя вены. Здоровое сердце легко

справилось бы съ подобнымъ положеніемъ, перерожденное же не могло преодолѣть препятствія на мѣстѣ давленія матки на вены, образовался тромбъ, распространившійся дальше. Но откуда взялось перерожденіе сердца? Не возникло ли оно во время беременности? Для рѣшенія этого вопроса авт. с тарається рѣшить сначала вопросъ о причинѣ происхожденія измѣненія въ точкахъ—тяжелого дегенеративнаго процесса секреторнаго почечнаго эпителия, поведеннаго къ распространенному частью умирающаго частью близкому къ некрозу. Токсическихъ какихъ либо веществъ дѣйствовавшихъ бы главнымъ образомъ на почки, въ организмъ введено не было; отравленіе ртутью тоже не могло быть, ибо спринцованія антисептическими средствами вообще не были дѣлаемы, обмытъ только разрывъ промежности слабымъ растворомъ сулемы; наконецъ ни клиническія, ни патологоанатомическія данныя не указываютъ на отравленіе сулемой, равно какъ и на какой либо септической процессъ. Остается путемъ исключенія приписать измѣненіе почекъ и сердца употребленному хлороформу. На то же указываетъ найденное измѣненіе въ мышцахъ живота, но, какъ показали опыты на животныхъ, бывшихъ долго хлороформированными, что при этомъ часто встрѣчается жировое перерожденіе мышцъ. Перерожденіе intimъ аорты слѣдуетъ также приписать токсическому дѣйствию хлороформа. Всѣ эти измѣненія находятся въ полномъ соотвѣтствіи, хотя не абсолютно одинаковы, (какъ извѣстно, не всѣ животныя одинаково относятся къ извѣстнымъ ядамъ), съ таковыми же, найденными вышеприведенными авторами у животныхъ послѣ продолжительнаго хлороформированія, то есть у животныхъ констатирована жировая инфильтрація печени, жировое перерожденіе сердца, мышцъ, скелета, почекъ и желудка. Нужно ли смотрѣть на беременность и ея вліяніе на общій организмъ, какъ на факторъ, послужившій можетъ быть у этой больной поводомъ къ повышенной чувствительности къ хлороформу, это могутъ показать наблюденія подобныхъ же случаевъ. Представленный случай. *Fr.* считаетъ первымъ, въ которомъ ясно проведена связь между продолжительнымъ хлороформнымъ наркозомъ и измѣненіями въ органахъ, повлекшихъ за собой смерть. На основаніи найденнаго, авт. приходитъ къ заключенію, что при нормальныхъ родахъ слѣдуетъ нѣсколько воздерживаться отъ употребленія хлороформа.

#### б. Фраткинъ.

По поводу реферируемаго мною мнѣнія *Fr.* насчетъ примѣненія хлороформа при родахъ на основаніи приводимаго имъ случая, считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ, оставляя обстоятельный разборъ этого вопроса до другого раза. Начать съ того, что приводимый *Fr.* случай родовъ чрезвычайно странный. Первородящая, роды протекаютъ впродолженіи 6 часовъ и такая тревога: и морфій, и хлороформъ, и щипцы! Что то да не такъ. А между тѣмъ виновать хлороформъ! Долженъ сказать, что въ Повивальномъ Институтѣ, гдѣ руководятъ, конечно, взглядами *И. Ф. Баландина*, хлороформъ при родахъ употребляется очень часто. Мнѣ за 8 лѣтъ службы въ Повивальномъ Институтѣ пришлось видѣть примѣненіе акушерскаго наркоза на большомъ числѣ роженницъ и никогда какихъ либо непріятныхъ послѣдствій.

Въ теченіе болѣе 10 лѣтъной моей практической акушерской дѣятельности и руководился въ отношеніи употребленія хлороформа при родахъ принципами выработанными мною въ Новивальномъ Инст. и могу только сказать, что хлороформъ оказывалъ неоцѣнимыя услуги при чувствительныхъ боляхъ, мало мальски неправильныхъ боляхъ и т. д. и никогда я не видѣлъ какихъ либо непріятныхъ осложнений.

Референтъ.

**123. Newmarch. Retroflexion of gravid uterus. — Hyperdistension of bladder. — Cystitis. — Cystotomy. — Recovery.** (Austral. Med. Gazette, Jan. 15. 1892). **Ретрофлексія беременной матки. — Чрезмѣрно растянутый мочевой пузырь. — Циститъ. — Цистотомія. — Выздоровленіе.**

М. С. 32 лѣтъ; поступила въ госпиталь 30-го іюля 1891 г. До сихъ поръ пользовалась хорошимъ здоровьемъ; мать пяти здоровыхъ дѣтей; теперь вновь беременна на 5—6 мѣсяцѣхъ. Двѣ недѣли тому назадъ животъ сталъ быстро расти, появились болѣе частыя позывы на дефекацію, боли въ животѣ, моча стала давать ощущеніе жженія.

При изслѣдованіи величина живота равна концу беременности; ясная флюктуация; самопроизвольно истекающая *per urethram* моча съ сильнымъ амміачнымъ запахомъ; пульсъ 118,  $t^{\circ}=100^{\circ}$ . *Per vaginam* ощущается эластическая, подвижному флюктуирующая опухоль, выполняющая собою все влагалище и задній *cul-de-sac*. Катетеромъ выведено  $5\frac{1}{2}$  унцъ кровавой, чрезвычайно зловонной амміачной мочи. Послѣ этого исправлено положеніе перегнутой къзади матки, и лѣченіе назначено выжидательное. Моча продолжала вытекать самопроизвольно.

9-го августа 6-ти мѣсячный выкидышъ съ грознымъ кровотеченіемъ; наркозъ, — извлеченіе плаценты. Гвога послѣ всякой шаги; зловонное выдѣленіе *per vaginam*; сильнѣйшая анемія и истощеніе. Мочи можеть удерживать только 5 унцъ; она продолжаетъ по кашиямъ истекать до  $38\frac{1}{2}$  унцъ въ сутки; но характеръ мочи постепенно мѣняется: кровь по немногу исчезаетъ и въ ней появляется гной.

5-го сентября въ отверстіе мочеиспускательнаго канала вставился большой доскутъ оболочки, препятствовавшій введенію катетера. По удаленіи части его введенный палецъ легко ощупалъ значительный доскутъ, только частью отдѣлившійся. На слѣдующій день подъ наркозомъ произведена цистотомія чрезъ влагалище. Изъ дня въ день удалялись куски оболочки.

16-го сентября выдѣленіе ключевъ прекратилось, гной изъ мочи исчезъ, зловоніе меньше; общее состояніе значительно лучше. Моча удерживается до извѣстнаго количества; влагалищная рана подвижному зажила.

23-го октября по собственному желанію была выписана, хотя моча продолжала по временамъ вытекать самопроизвольно по каплямъ.

При новомъ изслѣдованіи черезъ нѣсколько дней по вышкѣ автору удалось отыскать во влагалищной ранѣ крошечное съ булавочную головку отверстіе, черезъ которое и сочилась моча. По наложеніи шва на него наступило полное выздоровленіе.

Ф. Кюнъ.

124 X. O. Werder. Some moot points in ectopic gestation. (N. Y. Med. Journ. Jan. 23, 1892). Нѣсколько спорныхъ вопросовъ въ ученіи о внѣматочной беременности.

Mrs. R. 38 лѣтъ, V para; послѣдніе роды 4 года тому назадъ; 4 выкидыша, изъ коихъ послѣдній 2 года тому назадъ. Пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ, и лишь регулы были не совсѣмъ правильны. Три мѣсяца тому назадъ стали появляться внизу живота и въ правой fossa iliaca боли, похожія на родовыя. 16-го апрѣля сильный приступъ болей и рѣзкій упадокъ силъ. Такіе приступы стали за послѣднія недѣли появляться неправильными перерывами; необильныя маточныя кровотеченія.

Дугласово пространство выполнено массою, которая простирается значительно въ правую сторону, но не срослась съ правою тазовою стѣнкою. Мягка сдвинута эту опухолью влѣво отъ срединной линіи, увеличена, подвижна; движенія матки передаются и опухоли, слегка флюктуирующей на верхней поверхности своей. Диагнозъ: оваріальная киста съ плотными сращениями съ заднею стѣнкою таза или *cystoma intraligamentosum* широкихъ связокъ. На основаніи анамнеза, впрочемъ, допускалась возможность и внѣматочной беременности.

26-го мая лапаротомія. Изъ полости живота удалено нѣсколько горстей кровяныхъ сгустковъ, затѣмъ выведена правая расширенная, разорвавшаяся труба, наполненная кровяными сгустками; въ одномъ мѣстѣ ея была прикреплена placenta. Кровяная опухоль занимала *cul-de-sac* и часть праваго таза. Плодъ не найденъ.

Выздоровленіе пациентки шло идеально («made an ideal recovery») и теперь она вполне здорова.

Въ данномъ случаѣ разрывъ беременной трубы произошелъ, безъ сомнѣнія, 16-го апрѣля, т. е. почти за 6 недѣль до операциіи. Кровотеченіе было очевидно не обильное, потому что не было особенно рѣзкихъ и угрожающихъ явленій. Кровяная сыворотка быстро всасывалась, а кровяные свертки по законамъ тяжести заняли нижнюю часть брюшной полости, гдѣ сама природа отдѣлила это инородное тѣло отъ остальной брюшной полости, окруживъ его сумкою.

Все эти данныя наводятъ автора на вопросъ: не могутъ ли разрывы беременныхъ трубъ исцѣлиться самопроизвольно, безъ оперативнаго вмѣшательства, одними силами природы.

Такіе авторитеты какъ *Tait*, *Joseph Price* отрицаютъ эту возможность постъ; *Tait* допускаетъ ее развѣ только для разрывовъ съ выпаденіемъ плода между листовъ широкихъ связокъ и считаетъ случаи эти довольно частыми, въ чемъ онъ расходится съ наблюденіями другихъ авторитетовъ. Кромѣ только что описаннаго случая автору пришлось наблюдать еще два случая самопроизвольнаго исцѣленія послѣ разрыва беременной трубы (диагнозъ, по словамъ автора, въ обоихъ случаяхъ былъ несомнѣненъ).

Въ двухъ другихъ случаяхъ, въ которыхъ авторъ произвелъ лапаротомію на 5-ый день послѣ разрыва трубы и выхода плода въ брюшную полость, пациентки на 5-ый день (т. е. въ день операциіи) уже настолько

оправилась отъ послѣдствій разрыва, что есть основаніе полагать, что и здѣсь выздоровленіе, хотя и медленно, могло произойти самопроизвольно.

Итакъ изъ 6 случаевъ несомнѣннаго разрыва беременной трубы въ брюшную полость въ 5 изъ нихъ имѣется большая вѣроятность на возможность самопроизвольнаго исцѣленія.

Но даже допустивъ это, должны ли мы отказаться отъ современнаго способа лѣченія, т. е. отказаться отъ лапаротоміи въ пользу выжидательнаго способа. И авторъ отвѣчаетъ энергичнымъ «нѣтъ!» («I would say emphatically, No!»).

Если инныя такого рода больныя и выздоравливаютъ (медленно и часто не вполне) безъ операціи, то процентъ такихъ, которыхъ можетъ спасти только быстрое оперативное вмѣшательство, значительно выше. Полагаться на *vis medicatrix naturae* рисковано. Тѣмъ болѣе что мы никогда не имѣемъ достаточныхъ данныхъ для точнаго прогноза. Возможность вторичныхъ кровотеченій (*Veit, Olshausen, Price, Tait* и др.), скопленіе крови въ брюшной полости съ послѣдующимъ септическимъ перитонитомъ, нагноеніе образовавшейся уже *haematocele*, все это можетъ быть избѣгнуто своевременною лапаротоміею, которая, согласно съ *Charles A. L. Reed*, должна производиться или 1) до разрыва, если распознана внѣматочная беременность, или 2) послѣ разрыва, когда діагнозъ внутренняго кровотеченія очевиденъ.

Выздоровѣвшія безъ операціи сохраняютъ въ своемъ тѣлѣ лопнувшую трубу, т. е. органъ не только негодный, но и могущій послужить источникомъ дальнѣйшихъ опасностей. Лапаротомія устраняетъ и это неудобство. Но авторъ не согласенъ съ тѣми операторами (*Olshausen, Reed* и др.), которые въ этихъ случаяхъ удаляютъ обѣ трубы, чтобы предупредить возможность новой трубной беременности. *Graviditas tubaria* въ большинствѣ случаевъ зависитъ, по ихъ мнѣнію, отъ сальпингита, который обыкновенно бываетъ двустороннимъ. Въ двухъ случаяхъ (изъ 4) авторъ видѣлъ въ послѣдствіи нормальную беременность послѣ удаленія одной трубы; одна изъ этихъ пациентокъ родила уже два раза нормально, а другая беременна на 7 мѣсяцѣ. По этому авторъ предлагаетъ удалять и другую трубу только въ томъ случаѣ, если патологическія измѣненія ясно выражены въ ней.

Ф. Кюнь.

**125. Charles A. L. Reed. On the surgical treatment of ectopic gestation (N. Y. Med. Journ. June 6, 1891). Хирургическое лѣченіе внѣматочной беременности.**

Слишкомъ широкое заглавіе это, по сознанію самого автора, не соответствуетъ скромной цѣли этой статьи, въ которой авторъ желалъ бы рѣшить только нѣкоторые частные спорные вопросы:

1) Должны ли мы оперировать тотчасъ по постановкѣ діагноза, т. е. до разрыва и до наступленія жизнеспособности плода? Что происходитъ въ случаяхъ эктобической беременности, предоставленныхъ самимъ собою?

Намъ извѣстны случаи разрывовъ съ кровотечениями, которые, если не

останавливались самопроизвольно, вели къ летальному исходу; въ иныхъ случаяхъ яйцо, выйдя изъ трубы въ брюшную полость, донашивается до срока и долге, атрофируется и превращается въ lithopaedion; мы знаемъ, что иногда жизнеспособный плодъ, помѣщаясь между брюшиною и стѣнками живота, претерпѣваетъ такіе же измѣненія, если предоставленъ самому себѣ; въ иныхъ случаяхъ, кончающихся смертью матери, плодъ, по разрывѣ плоднаго мѣшка, можетъ быть выведенъ per vias naturales; въ другихъ же случаяхъ, гдѣ наступаетъ смерть плода, возможно нагноеніе и септицемія.

Но всѣ эти знанія наши только относительны, потому что статистика пока еще не даетъ намъ указаній на процентное отношеніе каждой такой возможности къ общему числу всѣхъ случаевъ внѣматочной беременности.

Мы знаемъ съ положительною только одно: что въ каждомъ случаѣ graviditatis extrauterinae беременная, рано или поздно, должна подвергнуться той или другой операціи для избѣжанія опасностей, несравненно большихъ, чѣмъ та, которую представляетъ для нея ножъ въ искусныхъ рукахъ опытнаго оператора. Чѣмъ ближе къ сроку придвигается беременность, тѣмъ болѣе и болѣе растутъ опасности. Отсюда логическій выводъ: чѣмъ скорѣе мы освободимъ беременную отъ условій, грозящихъ ей опасностями, тѣмъ лучше для нея. Съ этимъ выводомъ согласны такіе авторитеты какъ *Tait, Joseph Price, Wylie* и др.

2) Должны ли мы оперировать тотчасъ послѣ разрыва, не дожидаясь, пока больная оправится отъ такъ называемаго шока? вотъ другой вопросъ, настоятельно требующій разрѣшенія.

Существуетъ ученіе, будто внѣбрюшинное кровотеченіе останавливается самопроизвольно и слѣдовательно здѣсь можно питать надежду на всасываніе излившейся крови; внутрибрюшинное же кровотеченіе быстро ведетъ къ летальному исходу.

Ученіе это, обратившееся почти въ догматъ, требуетъ однако въ интересахъ истины провѣрки.

Въ «ограниченной» («limited») практикѣ автора встрѣтились 3 случая, въ которыхъ надежда на всасываніе излившейся крови была жестоко обманута: въ одномъ изъ нихъ въ концѣ концовъ авторъ извлекъ 9 пинтъ кровяныхъ сгустковъ; въ другомъ haematocoele перешла въ нагноеніе и больная умерла отъ септического зараженія

Затѣмъ: на сколько часто случаются внѣбрюшинныя кровотеченія видно изъ того, что *Joseph Price* на 54 случая разрывовъ не видѣлъ ни одного extraperitoneal'наго кровоизліянія; тоже самое утверждаетъ и *Gill Wylie* относительно 25 случаевъ изъ своей практики. (Три же случая изъ своей собственной «ограниченной» практики авторъ признаетъ совершенно исключительными—«ontirely exserptional»).

Теоретически это можно объяснить такъ: въ первыя недѣли беременности брюшина имѣетъ еще достаточную силу сопротивленія, чтобы отклонить или отвести (to deflect) кровь и содержимое разорванной трубы внизъ между листковъ широкой связки; но извѣстно, что большинство разрывовъ происходитъ между 9-й и 10-й недѣлями, когда уже сила сопротивленія растянутаго

и истонченной брюшины недостаточна для такой задачи, и кровь и содержимое трубы извергаются въ брюшную полость. Итакъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ мы не смѣемъ надѣяться на самопроизвольную остановку кровотечения и, въ виду грозящей опасности, обязаны немедленно приступить къ операціи для перевязки кровоточащихъ сосудовъ.

Бываютъ однако случаи, гдѣ вышедшій изъ трубы, черезъ разрывъ или безъ онаго, плодъ достигаетъ періода жизнеспособности прежде, чѣмъ пациентка подпадаетъ подъ наблюденіе врача. Въ такихъ случаяхъ плодъ приобрѣтаетъ права, которыя мы обязаны уважать, и матерямъ должно позволить донашивать до срока подъ условіемъ, конечно, самаго тщательнаго наблюденія со стороны врача, который въ каждый данный моментъ долженъ быть вполне подготовленъ къ операціи.

Что касается вопроса объ удаленіи и другой трубы, то авторъ склоняется въ пользу удаленія ея. Въ большинствѣ случаевъ, говоритъ онъ, трубная беременность зависитъ отъ *salpingitis desquamativa*, которая обыкновенно поражаетъ обѣ стороны, и въ интересахъ больной, чтобы предупредить возможность новой *graviditatis tubariae*, слѣдуетъ удалить и другую трубу, если она представляетъ какія либо патологическія измѣненія и если состояніе пациентки допускаетъ произведеніе операціи.

Наконецъ авторъ настаиваетъ на замѣнѣ общепринятаго въ случаяхъ разрыва названія «шока» словомъ «кровотеченіе» («*haemorrhage*»). При настоящемъ «шокѣ» (напр. при желѣзнодорожномъ крушеніи «шокъ» безъ мѣстныхъ или общихъ поврежденій) первенствующую роль играетъ сотрясеніе, а при разрывѣ трубы внезапное кровотеченіе со всеми его послѣдствіями для кровеносной системы и дыхательнаго аппарата. Словомъ, и причина и слѣдствія въ обоихъ этихъ случаяхъ такъ рѣзко различаются, что примѣненіе одного и того же названія для обоихъ случаевъ, по мнѣнію автора, неудачно и ничѣмъ не оправдывается.

Ф. Кюнь.

126. **A. Edis. Abstract of a lecture on the treatment of metrorrhagiæ.**  
(Brit. Med. Journ March 26. 1892). Къ вопросу о лѣченіи метроррагій.

Напомнимъ, что маточное кровотеченіе никогда не представляетъ самостоятельной болѣзни, а всегда служитъ лишь симптомомъ общаго или мѣстнаго заболѣванія, авторъ настаиваетъ на возможно тщательномъ въ каждомъ случаѣ метроррагій діагнозѣ, который и устанавливаетъ рачительную терапію.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзней сердца умеренное маточное кровотеченіе не только не вредитъ, но даже улучшаетъ явленія со стороны сердца, и слѣдовательно спѣшить остановкою его въ подобныхъ случаяхъ было бы не цѣлесообразно. Различныя сердечныя средства (*kalium* или *natrium brom.*, *digitalis*, *strophantus* etc.) тутъ болѣе могущественны, чѣмъ *adstringentia* или *haemostatica*. То же должно сказать и о болѣзняхъ печени и почекъ, гдѣ терапія, направленная противъ основнаго страданія, сдѣлаетъ больше, чѣмъ специальное лѣченіе метроррагій. При

общих конституциональных страданіяхъ лѣченіе должно главнымъ образомъ направиться на поднятіе общаго питанія; здѣсь тонизирующія средства дадутъ лучший результатъ, чѣмъ кровоостанавливающія.

Изъ средствъ, дѣйствующихъ непосредственно противъ кровотеченій, авторъ называетъ: эрготинъ, который онъ считаетъ могущественнымъ средствомъ при всѣхъ способахъ его примѣненія; *hydrastis* есть цѣнный препаратъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ маточныхъ фиброидовъ, но онъ, по мнѣнію автора, еще мало испытанъ; *Hamamelis* тоже иногда полезенъ; хининъ и стрихнинъ вмѣстѣ или порознь рекомендуются въ тѣхъ случаяхъ, когда организмъ истощенъ повторными или продолжительными потерями крови. Препараты брома при геморрагическомъ хлорозѣ, раздражительности яичниковъ (*ovarian irritation*) и даже при *haematocele*, по автору, оказываютъ иногда большія услуги, чѣмъ *haemostatica*. *Canabis indica* имѣетъ тоже своихъ защитниковъ.

При грозныхъ и продолжительныхъ потеряхъ крови опій, особливо комбинированный съ хининомъ, даетъ поразительный восстанавливающій эффектъ («has a wonderful restorative effect»). Желѣзо оказываетъ хорошія услуги при анеміи *resp.* гидреміи, происшедшей отъ предшествовавшихъ кровопотерь.

Изъ мѣстныхъ средствъ авторъ хвалитъ въ подходящихъ случаяхъ: горячіе влагалищныя души ( $110^{\circ}$ — $115^{\circ}$ ), покойное горизонтальное положеніе, скарификаціи шейки матки. Ляминаріи или карболизованныя губки не только способствуютъ остановкѣ кровотеченій, но и облегчаютъ послѣдующее изслѣдованіе полости матки. Тампонацію влагалища («*plugging the vagina*») авторъ называетъ «способомъ бесполезнымъ и ненаучнымъ» («*a very useless and unscientific procedure*»), на который не должно полагаться. Если кровотеченіе продолжается, несмотря на всѣ примѣненные нами средства, то не должно медлить расширеніемъ шейки и изслѣдованіемъ полости матки. Уже не разъ вскрытія слишкомъ поздно убѣждали гинекологовъ, что детальный исходъ могъ быть избѣгнутъ своевременнымъ болѣе энергическимъ вмѣшательствомъ, напр. удаленіемъ полиповъ матки, подслизистыхъ фиброидъ, фунгозныхъ разрашеній или задержанныхъ продуктовъ беременности.

**Ф. Кюнь.**

**127. Andrea F. Currier. Amputation of the vaginal portion of the cervix-uteri in cases of suspected carcinoma. (N. Y. Med. Journ. March. 12, 1892). Ампутація влагалищной части шейки матки въ случаяхъ подозрѣваемаго рака.**

Успѣхъ хирургическаго лѣченія злокачественныхъ болѣзней матки сплошь и рядомъ зависитъ отъ ранняго распознаванія ихъ. Между тѣмъ какъ выскабливаніе, такъ и вырѣзаніе небольшого кусочка ткани для микроскопическаго изслѣдованія часто не даетъ достаточно точныхъ указаній ни на характеръ болѣзни, ни на степень ея распространенія. Поэтому во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, благодаря неточности діагноза, мы поставлены въ необходимость выбирать или полное удаленіе матки («съ послѣдующимъ раскаяньемъ въ своей

ошибкѣ») или симптоматическимъ, выжидательнымъ лѣченіемъ запуститъ болѣзнь, во всѣхъ этихъ случаяхъ авторъ рекомендуетъ предварительную ампутацію («provisional amputation») или «эксплораторную эксцизію» (по Müller'у) влагалничной части шейки матки. Вырѣзанный кусокъ можетъ дать намъ точное указаніе на характеръ заболѣванія и на степень его распространенія и такимъ образомъ предохранитъ насъ отъ грустныхъ ошибокъ.

Затруднить распознаваніе присутствія или отсутствія злокачественной опухоли въ шейкѣ матки могутъ:

- 1) Эндометритъ съ кровотеченіями или безъ оныхъ.
- 2) Эндометритъ и hyperplasia съ разрывомъ шейки или безъ него.
- 3) Эррозіи, язвы и заболѣванія железъ.

I. Столь распространенный обыкновенный катаральный эндометритъ не вызываетъ такихъ серьезныхъ разстройствъ, которые требовали бы энергическаго оперативнаго вмѣшательства. Но если кровянистое или гнойное выдѣленіе, быть можетъ, даже безъ боли и истощенія, продолжается недѣлями и не улучшается подъ влияніемъ соответствующаго лѣченія (выскабливаніе, прижиганіе и т. п.), то мы обязаны произвести ампутацію шейки, чтобы выяснитъ воплѣтъ законныя сомнѣнія, не существуетъ ли въ данномъ случаѣ злокачественное новообразованіе во влагалничной части. Если при этомъ окажется, что существовала злокачественная ограниченная этою частью опухоль, то мы сдѣлали благое дѣло; но, еслибы даже болѣзнь оказалась чистого воспалительнаго происхожденія, то операція эта не нарушила функций матки, а намъ выяснила діагнозъ и указала на дальнѣйшій способъ лѣченія.

Геморрагическій эндометритъ вслѣдствіе аборта, ретрофлексіи матки и подслизистыя міомы нерѣдко подавали поводъ подозрѣвать злокачественную опухоль влагалничной части.

II. Гиперплазія влагалничной части можетъ симулировать инфильтрацію, сопровождающую злокачественныя опухоли. При этомъ слизистая оболочка можетъ быть гладкою и почти нормальною, не считая легкаго катаральнаго состоянія, но уже необыкновенная величина влагалничной части можетъ внушить намъ мысль о существованіи здѣсь новообразованія. Если же portio vaginalis увеличено и уплотнено, имѣется разрывъ oris uteri, эндометритъ и кровотеченія, то подозрѣніе относительно злокачественной опухоли настолько основательно, что обязываетъ насъ къ ампутаціи portionis vaginalis, которую авторъ предпочитаетъ предложенной Emmet'омъ операціи.

III. Эррозіи, язвы и заболѣванія железъ тоже даютъ нерѣдко поводъ къ смѣшенію ихъ съ злокачественными болѣзнями portionis vaginalis. Сопровождающія ихъ кровотеченія и утолщеніе шейки матки могутъ возбуждать подозрѣніе въ существованіи злокачественнаго новообразованія, и если эррозіи или язвенныя поверхности упорно противостоятъ всѣмъ способамъ лѣченія, то ампутація показана не только съ діагностическою, но и съ терапевтическою цѣлью. Язвы травматическія, сифилитическія и шанкерныя вобще рѣдки въ этомъ мѣстѣ и сопутствующія имъ общія явленія облегчаютъ. Ulcus rodens и ulcus papillomatosum или papilloma verrucosum (по Heitzmann'у), хотя и представляютъ довольно рѣдкое явленіе, но по своей продол-

жительности, неподатливости лечению и по своей наклонности к переходу в злокачественные опухоли требуют ампутации шейки.

Новообразования железистой ткани, куда относятся и ретенционные кисты и фолликулы *portionis vaginalis*, *Ruge* и *Veit* считают не только весьма подозрительными, но признают, что часто их совершенно невозможно отличить от карциномы. Поэтому и в этих случаях сомнительного диагноза автор считает необходимым производить ампутацию влагалищной части шейки матки, тем более, что невозможно предвидеть в каждом отдельном случае степень раздражения тканей от применения сильных *adstringentia* или *caustica*. Автор видел случай, где прижигание сильным раствором хлористого цинка повидимому ускорило появление на этом месте злокачественной опухоли. Подобный же случай опубликован *Sparton*'ом относительно прижигания азотной кислотой.

Ф. Кюнь.

128. **Braithwaite. Sixteen cases of complete and of supravaginal hysterectomy for cancer** (Brit. Med. Journ. Febr. 13, 1892) Шестнадцать случаев полного и надвлагалищного удаления матки по поводу рака.

В опровержение мнения *Kcith'a* (Brit. Med. Journ. Jan. 10, 1891)<sup>1)</sup>, будто вышесказанная операция потерпела неудачу в Англии, где она производится очень редко, автор приводит между цифрами других английских гинекологов и 16 своих операций, произведенных за последние годы (1885—1891) в Leeds General Infirmary.

В 4 случаях было произведено надвлагалищное вырезание матки и в 12 случаях полное удаление ее.

Из этой последней серии в одном случае смерть последовала от септического перитонита. В двух случаях, где вся матка была поражена раком, оперированные умерли через несколько месяцев после операции. В 4 случаях наступил рецидив, при том так быстро, что нельзя сомневаться, что уже во время операции была поражена окружающая ткань, не удаленная вместе с маткою. Наконец в остальных 5 случаях не было возврата в течение наблюдения от 2—5½ лет.

Из 4 случаев надвлагалищной гистерэктомии одна оперированная умерла через 12 ч. от шока и кровотечения; в 2 случаях последовал рецидив через 2 и через 7 месяцев после операции и только последняя (6 ноября 1886 г.) оперированная до сих пор (24 сентября 1891 г.), т. е. в течение пяти почти лет свободна от возврата.

Хотя автор и признает за надвлагалищной ампутацией матки некоторый *raison d'être*, но он полагает, что пределы применения этой операции очень узки, и отдает предпочтение полному удалению матки, как операции более радикальной, более безопасной (относительно вторичных кровотечений) и столь же легко выполнимой, как и надвлагалищное вырезание.

Ф. Кюнь.

<sup>1)</sup> Реферат этой статьи см. Ж. А. и Ж. Б. 1891 г. апрель, стр. 316.

129. **Norström. Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. 1892. Массажъ при заболѣваніяхъ тканей около матки и ея придатковъ.**

*Norström* примѣняетъ массажъ въ теченіе многихъ лѣтъ при различныхъ заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ и написалъ, по этому предмету, нѣсколько сочиненій (*Le massage de l'utérus, Traité théorique et pratique du massage*). Въ своей работѣ, въ настоящее время, сообщаетъ о лѣченіи массажемъ околomatочныхъ заболѣваній: параметрита и периметрита и придатковъ матки (трубы и яичники). При изложеніи лѣченія параметрита, авторъ, предварительно, выясняетъ вопросы: когда слѣдуетъ приступить къ лѣченію массажемъ и въ какой формѣ наиболее соотвѣтствуетъ. Массажъ въ остромъ періодѣ параметрита не примѣняется; имѣя въ виду, при лѣченіи, рассасываніе эксудата, нужно начинать массировать, когда нѣтъ явленій, указывающихъ на острый періодъ. Авторъ, при массированіи примѣняетъ разминаніе эксудата, если послѣдній плотный, объемистый и разминаніе съ растягиваніемъ, когда существуютъ перемычки различной длины и плотности. Слово разминаніе не должно понимать à la lettre; оно производится съ различною силою и энергіею, смотря по плотности эксудата, давности происхожденія и вообще, примѣнительно, къ различнымъ случаямъ. У нѣкоторыхъ больныхъ массажъ производили черезъ прямую кишку. *Norström* приводитъ 31 наблюденіе, изъ которыхъ 24 случая параметрита и 7 случ. периметрита. Приводимъ кратко первые шесть наблюденій параметрита.

Наблюденіе 1-е. Г-жа С., 37 л., nullipara. Больна съ 1878 г. Лѣчилась въ 84 г. электричествомъ. Въ 85 г. были назначены горячія влагалищныя спринцеванія. Въ 1886 г. авторомъ, при изслѣдованіи, найдено: матка увеличена, мало подвижна. Въ лѣвой широкой связкѣ плотный эксудатъ.

Диагнозъ параметритъ. Массажъ—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяца.

Эксудатъ: всосался, матка подвижна, уменьшена въ объемѣ. Симптомы:—бѣли, dysmenorrhoea, dyspareunia—исчезли. Въ 1888 г. авторъ получилъ извѣстіе, что общее состояніе здоровья пациентки удовлетворительно.

Наблюденіе 2-е. Г-жа L..., 23 л., I — para. Постродовое заболѣваніе (6 лѣтъ тому назадъ), послѣ котораго больна. Были примѣнены: badigeonnages iodés и щелочныя ванны. Въ 1889. найдено при изслѣдованіи: матка немного увеличена, шейка оттянута къзади и влѣво ложными перемычками, идущими въ широкой лѣвой связкѣ отъ матки къ стѣнкѣ таза; съ правой стороны разлитой инфильтратъ широкой связки; яичникъ увеличенъ и болѣзненный. Диагнозъ: параметритъ. Массажъ—7 недѣль. Матка подвижна. Эксудатъ всосался. Яичникъ значительно уменьшенъ и безболѣзненный. Симптомы: бѣли, диспепсія, запоръ—прошли.

Въ 1890 г. авторъ видѣлъ пациентку: общее состояніе здоровья было удовлетворительно.

Наблюденіе 3-е. Г-жа R..., 39 л., III—para. Въ 1883 г., послѣ

родовъ, пельвиперитонитъ. Исследование: матка немного уплотнена. Съ лѣвой стороны эксудатъ болѣзненный на ощупь. Трубы болѣзненны. На задней губѣ влагалищной части эрозія. Диагнозъ: параметритъ. Массажъ—6 недѣль. Эксудатъ всосался. Чувствительность трубъ незначительная. Симптомы: боли, dyspareunia, диспепсія—исчезли. Можетъ работать.

Наблюденіе 4-е. Г-жа А..., 35 л., I—para. Послѣ родовъ—пельвиперитонитъ. Въ 1891 г. сильная простуда и прекращеніе регулъ. Исследование: матка увеличена, мягка. Въ лѣвой широкой связкѣ—болѣзненный эксудатъ. Массажъ—6 недѣль (одновременно массажъ матки). Эксудатъ всосался. Матка подвижна и болѣе плотна. Симптомы: бѣли, боли—прошли. Въ 1891 г. авторъ получилъ извѣстіе, что общее состояніе здоровья пациентки удовлетворительно.

Наблюденіе 5-е. Г-жа А..., 22 л., nullipara, Послѣ выхода замужъ заразилась сифилисомъ и лѣчилась въ больницѣ. Больна съ 1881 г. Исследование: матка немного увеличена, антефлектрована, слѣва менѣе подвижна и болѣе плотна. Въ лѣвой широкой связкѣ эксудатъ мягкой консистенціи и мало болѣзненный. Справа эксудатъ меньшей величины и болѣе плотный. Диагнозъ: двусторонній параметритъ. Эксудатъ съ лѣвой стороны всосался; справа осталось незначительное уплотненіе. Симптомы: боли, dyspareunia, запоръ—прошли. Можетъ работать. Въ 1891 г. авторъ видѣлъ пациентку. Общее состояніе здоровья хорошо.

Наблюденіе 6-е. Г-жа L..., 30 л., I—para. Одинъ выкидышъ. Исследование: матка увеличена, мягкой консистенціи, неподвижна вслѣдствіе двусторонняго эксудата въ широкихъ связкахъ. Правый яичникъ увеличенъ, плотный и болѣзненный. Диагнозъ: двусторонній параметритъ. Массажъ—5 недѣль. Всасываніе эксудата. Матка подвижна, немного увеличена. Уменьшеніе въ объемѣ яичника. Симптомы: бѣлп, боли во время менструаціи, запоръ—исчезли.

Резюмируемъ результаты слѣдующихъ 18-ти наблюденій параметрита съ осложненіями со стороны: 1) трубъ (salpingitis); 2) яичника (ovarite, periovarite); 3) матки: измѣненное положеніе (flexio, versio); 4) комбинированные случаи фибромы и параметрита. Послѣ примѣненія массажа отъ 5 недѣль до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ результаты получены благопріятные: всасываніе эксудата, исчезаніе различныхъ болѣзненныхъ симптомовъ. Что касается до осложненій, то было замѣчено улучшеніе при страданіяхъ яичника, уменьшеніе въ объемѣ фибромы и въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось исправить измѣненное положеніе матки. Примѣненіе массажа, при лѣченіи периметрита не даетъ, въ общемъ, такихъ успѣшныхъ результатовъ, какъ при лѣченіи параметрита, требуетъ большей осторожности вслѣдствіе инкапсулированныхъ эксудатовъ, содержащее которыхъ можетъ излиться въ брюшную полость, а также вслѣдствіе перѣдкихъ сращеній съ кишками и мочевымъ пузыремъ. Авторъ приводитъ 7 случаевъ периметрита; результаты получены благопріятные: всасываніе эксудата, исчезаніе болѣзненныхъ симптомовъ, особенно тяжелыхъ со сто-

роны нервной системы. Во многих случаях, исследование проведено под наркозомъ. Относительно леченія массажемъ заболѣваній трубъ и яичниковъ, авторъ высказываетъ слѣдующее: при хроническихъ сальпингитахъ могутъ быть получены хорошіе результаты. Незначительное расширение трубы не служитъ противопоказаніемъ. При интерстиціальнхъ сальпингитахъ (*salpingites interstitielles*) массированіе можетъ принести пользу. При катарральныхъ сальпингитахъ авторъ массажъ не применяетъ. Лѣченіе нѣкоторыхъ заболѣваній яичниковъ дало въ результатъ: уменьшеніе въ объемѣ яичника (въ рѣдкихъ случаяхъ до нормальной величины), измѣненіе консистенціи и уменьшеніе чувствительности.

А. Лапина.

130. **Stewart Paton. Superficial papilloma of the ovary.** (N. Y. Med. Journ. March 19, 1892.). Папиллома яичника.

По строенію своему папиллома составляетъ пограничную линію между злокачественными и доброкачественными опухолями; но въ клиническомъ отношеніи причислять ее къ типу злокачественныхъ опухолей ошибочно. Правда, эта опухоль можетъ переходить съ яичника на матку, трубы, широкія связки, мочевой пузырь и брюшину, но эти переходы не представляютъ явленій метастаза; каждая папиллома развивается путемъ самостоятельнаго первичнаго виѣдренія («by direct implantation»).

Во всей литературѣ этого вопроса автору не удалось найти ни одного яснаго указанія на метастатическое происхожденіе папилломъ. Существующія же подобнаго рода указанія, безъ микроскопическаго изслѣдованія, не доказательны, потому что за папилломы иногда принимались карциноматозныя разрашенія въ видѣ цвѣтной калусты. И, хотя папиллома, если ростъ ея ничѣмъ не прерывается въ теченіи цѣлыхъ лѣтъ, имѣетъ явную склонность къ переходу въ злокачественную опухоль, однако въ случаяхъ, находившихся подъ наблюденіемъ въ теченіи долгаго періода, какъ напр. случай *Doran'a* (7 лѣтъ) и случаи *Marchand'a* и *Coblentz'a* папиллома по удаленіи ея не рецидивировала.

Гистологическое развитіе папилломы рѣзко отличается подъ микроскопомъ отъ роста злокачественныхъ опухолей, какъ напр. карциномы или саркомы. Въ первомъ случаѣ мы видимъ полную зависимость образованія новой ткани отъ количества имѣющихся въ опухоли кровеносныхъ сосудовъ, которые представляютъ, такъ сказать, пищу для новой ткани. Между тѣмъ какъ въ раковыхъ и саркоматозныхъ опухоляхъ на первый планъ выступаетъ клѣточная инфильтрація и каждая клѣточка можетъ быть рассматриваема, какъ нѣчто цѣльное и самостоятельное; въ ростѣ же папилломы именно и характерно отсутствіе этой автономіи клѣтокъ.

Папиллома должна быть рассматриваема какъ новообразование высшаго типа въ сравненіи съ карциномою и саркомою, и авторъ не можетъ указать ни одного случая, гдѣ бы папиллома перешла съ теченіемъ времени въ злокачественную опухоль нисшаго типа.

Позднѣйшія наблюденія обнаружили въ этомъ отношеніи замѣчательные

факты: нередко при операции не удается удалить всѣхъ папилломатозныхъ гнѣздъ («implantations»). Если при этомъ брюшная полость была хорошо промыта и дренирована, то дальнейшій ростъ оставшихся въ ней папилломатозныхъ узловъ прекращается. И замѣчательно, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ авторами нотированы рецидивы папилломы, они ни словомъ не упоминаютъ, былъ ли произведенъ дренажъ брюшной полости послѣ удаленія опухоли. Авторъ не нашелъ ни одного достовѣрнаго указанія на рецидивы папилломы *in situ*.

Итакъ, повидимому, промывка и дренажъ брюшной полости предупреждаютъ дальнейшее развитіе папилломатозныхъ отпрысковъ и слѣдовательно обязательны при каждомъ чревосъченіи ради папилломы.

Клиническая картина болѣзни также указываетъ на доброкачественный характеръ папилломы: несмотря на быстрый ростъ опухоли, на продолжительность болѣзненныхъ явленій, достигающую періода нѣсколькихъ лѣтъ, обыкновенно отсутствуетъ кахексія. Асцитъ, явленія давленія опухоли, разстройство регуля, нѣкоторая боль, вотъ обыкновенно сопутствующіе папилломамъ по преимуществу мѣстные симптомы, общее же состояніе пациентки иногда въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ очень мало разстраивается.

Но, конечно, этихъ мы не должны увлекаться, потому что отсутствіе кахексіи отмѣчено во многихъ случаяхъ и настоящихъ злокачественныхъ опухолей.

**Ф. Кюнъ.**

**131. M. Robson. Cases of suppurative and tuberculous peritonitis illustrative of the curative effect of abdominal section and drainage (Brit. Med. Jour. March 19, 1892). Случаи гнойнаго и бугорковаго перитонита, излѣченные чревосъченіемъ и дренажемъ.**

Случаи туберкулезнаго перитонита, излѣченные чревосъченіемъ, въ настоящее время уже не составляютъ особой рѣдкости въ медицинской литературѣ. Но цѣнность сообщаемыхъ авторомъ 3 случаевъ увеличивается тѣмъ, что состояніе всѣхъ трехъ больныхъ было прослѣжено въ теченіи 2 лѣтъ послѣ операции. Впрочемъ, точный діагнозъ бугорковаго перитонита могъ быть поставленъ въ одномъ только случаѣ, гдѣ при вскрытіи брюшной полости какъ брюшная, такъ и висцеральная поверхности брюшины были усыяны милярными бугорками, въ которыхъ открыты и палочки бугорчатки.

Въ первыхъ же двухъ случаяхъ имѣлся гнойный перитонитъ съ сильнымъ подозрѣніемъ на туберкулезный характеръ его.

Вкратцѣ эти 3 случая слѣдующіе:

1) Дѣвочка 9 лѣтъ, изъ чахоточной семьи, заболѣла вдругъ сильными болями въ правой сторонѣ живота, въ области соесип, гдѣ образуется опухоль, сначала не дающая флюктуаци. По прошествіи нѣсколькихъ недѣль является ясное зыбленіе во всей нижней части живота, и, когда ребенокъ находился уже *in extremis*, родители наконецъ согласились на операцию. Чревосъченіемъ изъ полости живота было удалено нѣсколько пинтъ гноя

Быстрое выздоровление и, по прошествии теперь двух лет, девочка здорова во всех отношениях.

2) W. M., 22 лет, из чахоточной семьи; заболела в февраль 1890 г. послѣ преждевременных на 8 мѣсяцѣ родовъ; въ мартѣ ясное зыбленіе въ животѣ; изъ небольшого отверстія около пупка вытекаетъ прозрачная жидкость. Не соглашается на предложенную авторомъ операцию; и лишь 1-го мая была произведена ламаротомія, когда больная была уже крайне истощена («in a very exhausted condition»). По разрѣзѣ живота изъ полости, стѣнки и дно которой составлялись кишками, удалено 2 пиявы зеленовато-желтаго чрезвычайно зловоннаго гноя. Послѣ операциі быстрое улучшение и теперь вполне здорова.

3) Дѣвушка 15 летъ. Въ декабрѣ 1889 г. въ regio hypogastrica растущая зыблющая опухоль, чрезвычайно болѣзненная при давленіи; коликообразныя боли въ животѣ. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго притупленіе и субкрепитирующие хрипы. Въ мартѣ состояніе пациентки безнадежное. По разрѣзѣ живота обѣ поверхности брюшины покрыты милиарными узелками, въ которыхъ найдены бугорковыя палочки; mesenterium утолщено, сращенія между петлями кишекъ.

Въ мартѣ 1891 г. авторъ былъ удивленъ цвѣтущимъ видомъ своей пациентки, которая казалась здоровѣе всѣхъ остальныхъ членовъ семьи.

Относительно техники операциі остается только прибавить, что послѣ туалета брюшины для дренажа вводилась трубка изъ краснаго каучука, которая оставлялась до прекращенія выдѣленія, среднимъ числомъ около 10 дней. Повязка смѣнялась сначала ежедневно одинъ разъ, а потомъ черезъ день. Для промывки авторъ пользовался физиологическимъ растворомъ поваренной соли и борной кислотой.

Авторъ предсказываетъ блестящую будущность чревостѣченію при гнойныхъ бугорковыхъ перитонитахъ. Онъ рекомендуетъ эту операцию и для эксplorаторныхъ цѣлей, такъ какъ уже одна промывка брюшной полости и уничтоженіе могущихъ быть сращеній можетъ оказаться весьма благотѣльнымъ и даже спасительнымъ въ цѣломъ рядѣ подобныхъ случаевъ.

Ф. Кюнь.

132. Dewees. Relation of gynaecology to neurology. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 13. 1891). Отношеніе гинекологіи къ нейрологіи.

Соотношеніе и даже тѣсная связь, существующая между заболѣваніями женской половой сферы и страданіями всей нервной системы, говоритъ авторъ, до сихъ поръ обращали на себя недостаточно вниманіе гинекологовъ, которые придавали слишкомъ мало значенія этому соотношенію.

И далѣе: «вслѣдствіе недостаточныхъ нашихъ знаній по анатоміи, физиологіи и патологіи нервной системы, завѣдывающей воспроизводительными органами, вопросъ объ отношеніи гинекологіи къ нейрологіи далеко еще не выясненъ».

Послѣ всего этого слѣдуетъ ожидать, что авторъ постарается внести

нѣкоторый свѣтъ въ эту темную область. Но читатель жестоко ошибется: вся философская статья (докладъ) эта вращается вокругъ и около давнымъ-давно извѣстныхъ истинъ и положеній въ родѣ слѣдующаго: «если ко мнѣ обратится пациентка съ жалобами на болѣзнь глотки, сердца, мозга и т. п.; если при изслѣдованіи этой пациентки я, кромѣ физическихъ признаковъ вышеупомянутыхъ болѣзней, найду у нея и страданіе матки или яичниковъ, и, если по излѣченіи болѣзни матки или яичниковъ, исчезнутъ «страданія глотки, сердца, мозга и т. п., безъ спеціальнаго лѣченія этихъ органовъ, то я логически приду къ заключенію, что эти послѣднія страданія всецѣло зависѣли отъ болѣзни матки или яичниковъ».

Для иллюстраціи тѣсной связи, существующей между общою нервною системою и женскою половною сферою, авторъ приводитъ изъ своей практики два наблюденія, которые составляютъ приложение («appendix») къ статьѣ и напечатаны мелкимъ шрифтомъ. Между тѣмъ эти двѣ исторіи болѣзни и составляютъ самую интересную часть всего его доклада; а такъ какъ онѣ изложены очень кратко, то мы позволимъ себѣ привести ихъ почти дословно:

1) Въ маѣ 1886 г. къ автору обратилась вдова 54 лѣтъ, мать двухъ сыновей; климактерій съ 46 года; постоянно пользовалась отличнымъ здоровьемъ. Полтора года тому назадъ, послѣ паденія изъ экипажа, она стала страдать болью въ обоихъ колѣнныхъ суставахъ, которые опухли и представляли всѣ признаки остраго сочленовнаго ревматизма. Въ теченіе этого времени, т. е. 18 мѣсяцевъ, ее послѣдовательно лѣчили 9 врачей, но безъ видимаго успѣха, кромѣ развѣ временнаго ослабленія боли. При тщательномъ («careful») изслѣдованіи авторъ, кромѣ опухшихъ втрое болѣе нормальной величины, чрезвычайно болѣзненныхъ и покраснѣвшихъ колѣвъ, нашелъ у пациентки выпаденіе гиперемированной матки, выставившейся изъ влагалища (а 9 врачей до него не замѣтили этого, вѣроятно, вслѣдствіе не довольно тщательнаго — «careful» — изслѣдованія! реф.). Диагнозъ: выпаденіе матки, осложненное нейрастеническимъ вздутіемъ («neurosthenic insufflation») обоихъ колѣвъ — истерическія колѣва («hysterical knees»). Авторъ вправилъ матку и механическимъ приспособленіемъ («mechanical support» — пессарій, тампонъ? реф.) удерживалъ ее въ этомъ положеніи. Лѣченіе колѣвныхъ суставовъ состояло въ двукратномъ ежедневномъ смазываніи ихъ ol. menthae rîp., въ діетѣ и въ опрятности (? реф.). Пациентка быстро оправилась и чрезъ 6 недѣль была уже въ состояніи сама явиться къ автору за 10 миль (американскихъ). Здорова но сейчасъ.

2) М., 24 лѣтъ; лѣчилась у автора уже 6 лѣтъ тому назадъ отъ чахотки и истеро-эпилепсіи, не только безъ успѣха, но даже наоборотъ съ постепеннымъ ухудшеніемъ. Видъ пациентки былъ «до крайности жалокъ». Крупныя капли холоднаго лота орошали ея синеваато-багровое («livid») лицо, которое носило выраженіе неопишуемаго страха. Конечности ея были опухши и животь растянуть до боли. За послѣднее время частыя

кровохарканья съ одышкой, боль въ груди и возрастающая слабость; боль въ бокахъ, неправильныя и болѣзненные регулы, leucorrhoea, удушливый кашель, охриплость; истеро-эпилептическія судороги при изслѣдованіи ея. Аускультация дала: области притупленія съ свистящими хрипами въ обѣихъ верхушкахъ, удлинненный выдохъ и ослабленную дѣятельность сердца. Per vaginam: выпаденіе ретрофлексированной и воспаленной матки («a prolapsed retroflexed and inflamed uterus»). Лѣченіе было специально направлено на половые органы; лежаніе въ постели въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, горячія влагалитичныя души, питательная діета и наконецъ пессарій Hodge. Полное выздоровленіе черезъ 6 мѣсяцевъ; теперь она здорова и даже крѣпка («robust»).

Ф. Кюнь.

---

Редакторы: { А. Крассовскій.  
К. Славянскій.  
Л. Личкусь.