

413.

Проф. В. В. СТРОГАНОВЪ.

ОЦѢНКА МЕТОДОВЪ
ФОРСИРОВАНАГО РОДОРАЗРѢШЕНІЯ.

Отдѣльный оттискъ изъ „Трудовъ перваго съѣзда общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ“.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

С.-Петербургская Губернская Типографія. Улица Ганная, 8.

1904.

Смольскому ватомскому Николаю

Проф. В. В. СТРОГАНОВЪ.

Николаевичу Фроменкову от
автора. 1904г.

ОЦѢНКА МЕТОДОВЪ

ФОРСИРОВАННАГО РОДРАЗРѢШЕНІЯ.

Отдѣльный оттискъ изъ „Трудовъ перваго съѣзда общества Россійскихъ акушеровъ и гинекологовъ“.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

С.-Петербургская Губернская Типографія. Улица Глинки, 8.

1904.

Оцѣнка методовъ форсированнаго родоразрѣшенія.

Проф. В. В. Строганова.

Accouchement forcé, *) почти забытое 4—6 лѣтъ тому назадъ въ послѣдніе 2—3 года составляетъ предметъ живѣйшаго обсужденія и самаго горячаго вниманія акушеровъ всей Европы. Несомнѣнно, способъ *Bossi* служилъ толчкомъ къ этому. Десятки статей ежегодно посвящаются ему, около десятка видоизмѣненій этого инструмента предложены за послѣдніе 2 года и въ то время какъ одни акушеры готовы видѣть въ немъ громадный успѣхъ оперативнаго акушерства (*Leopold, Keller*) и даже признавать въ немъ могучій факторъ, который можетъ преобразить и веденіе нормальныхъ родовъ (*De Seigneux*), другіе предостерегаютъ отъ его примѣненія (*Zangenmeister, Schauta*) и даже считаютъ его шагомъ назадъ (*Dührssen*).

*) „Насильственнымъ родоразрѣшеніемъ называется акушерская операція, помощью которой весь актъ начавшихся уже родовъ совершается искусственно и насильственно, съ цѣлью ускорить окончаніе родовъ и тѣмъ прекратить опасный и иногда смертельный исходъ для матери и плода“ (*Красовскій* „Оперативное Акушерство“ стр. 683).

Такъ опредѣляетъ *Красовскій* интересующую насъ операцію. Далѣе онъ считаетъ возможнымъ производить ее лишь при раскрытіи зѣва не менѣе какъ на $2\frac{1}{2}$ пальца (стр. 684), слѣдовательно, при условіяхъ, которыя значительно болѣе благоприятны, чѣмъ нынѣ допустимы.

Другія опредѣленія насильственнаго родоразрѣшенія представляются еще менѣе удачными. Полагаю возможнымъ въ настоящее время дать этой операціи слѣдующее опредѣленіе: *подъ форсированнымъ родоразрѣшеніемъ разумется такое оперативное веденіе родовъ, при которомъ какъ первый такъ и второй періодъ*

Къ счастью, примѣненіе этого способа представляется очень рѣдкимъ даже въ большихъ клиникахъ, почему обмѣнъ мыслей по поводу этого вопроса въ высшей степени желателенъ.

Прежде всего позвольте демонстрируя напомнить устройство инструмента *Bossi*. Я не буду говорить о многочисленныхъ модификаціяхъ этого инструмента, такъ какъ всѣ онѣ, имѣя нѣкоторыя хорошія стороны, обладаютъ и недостатками и въ общемъ ни одинъ изъ нихъ не завоевалъ хотя-бы приближительнаго распространенія инструмента *Bossi*. Мы будемъ имѣть въ виду лишь этотъ инструментъ и потому, что наибольшая часть самыхъ солидныхъ наблюденій произведена именно съ нимъ. Укажу лишь на рис. инструмента *De Seigneux*, которымъ онъ полагаетъ возможнымъ ускорять нормальные роды и тѣмъ облегчать страданія женщинъ. (Arch. f. Gynack. Bd 70. N. 3. S. 623).

Техника примѣненія инструмента не сложна: подъ руководствомъ 1—2 пальцевъ лѣвой руки вводятъ инструментъ правой рукой во влагалище, конечно, послѣ предварительной тщательной дезинфекціи полового канала.

родовъ производятся искусственно операторомъ въ болѣе или менѣе короткій срокъ.

Существеннымъ признакомъ такого родоразрѣшенія будетъ малое раскрытіе зѣва, или даже закрытое его состояніе.

При такомъ состояніи, очевидно, женщина можетъ быть разрѣшена 3 способами: 1) классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, 2) кесарскимъ сѣченіемъ *per vaginam* съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода при помощи той или другой операціи и 3) извлеченіемъ плода *per vias naturales* послѣ предварительнаго расширения зѣва тупымъ инструментальнымъ или ручнымъ путемъ, частью при помощи надрѣзовъ.

Въ двухъ первыхъ способахъ раскрытіе матки, достаточное для извлеченія плода, производится при помощи ножа.

Краткость времени для доклада заставляетъ меня ограничиться преимущественно рассмотрѣніемъ послѣдняго способа, и именно той варіаціей его, въ которой расширеніе зѣва производится инструментомъ *Bossi* и его вариантами, сопоставляя его съ другими сходственными способами.

Матерьяломъ для этой оцѣнки служили не столько личные наблюденія, которыя, какъ почти у всѣхъ акушеровъ Европы, представляются малочисленными, сколько анализъ 176 случаевъ, собранныхъ мною въ литературѣ и приведенныхъ здѣсь въ формѣ таблицъ.

При раскрытіи зѣва до 4—5 сант. его вводятъ безъ шаночекъ, надѣвая послѣднія лишь при ббльшемъ открытіи. Крайне важно провести инструментъ за внутренній зѣвъ, такъ какъ иначе вѣтви его не расширяютъ верхняго отдѣла шейки и врѣзываются въ ея стѣнки своими концами.

Того-же слѣдуетъ бояться, когда вводятъ инструментъ съ шапочками. Верхній край послѣднихъ можетъ легко поранить верхній отдѣлъ несглаженной шейки матки. Во избѣжаніе затрудненій при введеніи инструмента можно фиксировать влагалищную часть пулевыми щипцами.

Еще лучше совершается введеніе подъ руководствомъ глаза, раскрывая влагалище зеркалами, но этотъ способъ требуетъ болѣе многочисленной ассистенціи. Введя инструментъ, раскрываютъ его при помощи винта, который долженъ вертѣть одинъ изъ помощниковъ, такъ какъ руки оператора уже заняты.

Важно, чтобы ось расширяющей части по возможности приближалась къ оси цервикальнаго канала, тогда давленіе будетъ наиболѣе равномернымъ и меньше шансовъ на глубокіе разрывы. Раскрытіе совершается внѣ схватокъ, причемъ быстрота расширения находится въ зависимости съ одной стороны отъ показаній къ окончанію родовъ, а съ другой отъ растяжимости зѣва и шейки, и отъ общаго состоянія роженицы, которое можетъ мѣняться не только въ связи съ основными заболѣваніями, но и отъ самаго расширения. Каждый поворотъ винта растягиваютъ шейку на $\frac{1}{3}$ —1 сант. Въ началѣ обыкновенно шейка подается легко, затѣмъ напряженіе увеличивается, а равно и шансы на разрывъ, почему и расширение съ каждымъ поворотомъ винта совершается на меньшую величину. Степень расширения, какъ уже сказано, видна на указателѣ.

Въ 30—20. а въ исключительныхъ случаяхъ въ 10 минутъ доводятъ раскрытіе инструмента съ 1—3 до 9—10 сант. въ діаметрѣ, когда возможно родоразрѣшеніе больной. Это послѣднее рекомендуется производить *быстро* послѣ извлеченія расширителя, такъ какъ шейка и зѣвъ имѣютъ значительную склонность спадаться и мѣшать поступательному движенію впередъ плода. Наиболѣе выгодной операціей для плода представляется наложеніе щипцовъ, ибо при поворотѣ и послѣдую-

щемъ извлеченіи шейки плода нерѣдко обхватывается маточнымъ зѣвомъ и ребенокъ погибаетъ, или при примѣненіи большой силы зѣвъ не выдерживаетъ и разрывается.

Такъ какъ наибольшая опасность при этой операціи состоитъ въ разрывѣ зѣва и шейки матки, то представляется важнымъ упомянуть о приемахъ, при посредствѣ которыхъ контролируютъ предвѣстники или самое появленіе указанного осложненія.

При оперированіи безъ зеркалъ палецъ лѣвой руки оператора постоянно находится на зѣвѣ матки между вѣтвями инструмента и слѣдитъ за напряженіемъ краевъ зѣва; а по неровностямъ и по выступамъ прежде гладкой поверхности или наоборотъ, онъ можетъ заключить о совершившемся разрывѣ. Лучшій контроль даетъ глазъ, которымъ и пользуются при введеніи расширителя съ зеркалами. Сильное натяженіе краевъ зѣва опредѣляется при этомъ по рѣзкому побѣленію его; а разрывы даютъ себя знать измѣненной окраской поверхности и, наконецъ, появленіемъ хотя-бы и ничтожнаго кровотожденія. Этотъ послѣдній признакъ можетъ констатироваться нѣсколько позже и при контролѣ пальцемъ.

Къ сожалѣнію, при всемъ вышеописанномъ мы не всегда можемъ предупредить разрывъ. Если послѣдній и наблюдается иногда постепенно, то встрѣчаются случаи очень быстрого происхожденія глубокихъ разрывовъ. Въ этомъ случаѣ теряется одинъ опознавательный моментъ—сопротивленіе тканей шейки расширителю—и по этому всегда должно относиться съ большой осторожностью, если вслѣдъ за труднымъ раскрытіемъ вѣтвей инструмента,—это опредѣляется нашей рукою по силѣ потребной для поворачиванія винта,—наступаетъ моментъ легкаго ихъ движенія. Ни палецъ, ни глазъ не представляютъ солидной гарантіи для предупрежденія разрывовъ и даже проясшедшій разрывъ можетъ быть не констатированъ пальцемъ, можетъ быть не замѣченъ глазомъ, такъ какъ онъ находится за браншами инструмента въ каналѣ шейки.

Равнымъ образомъ и кровотеченіе не представляетъ достаточнаго указателя даже происшедшаго разрыва, такъ какъ въ незначительной степени оно можетъ быть даже въ началѣ расширенія отъ раненія рыхлой слизистой шейки, а дальше и

при значительномъ разрывѣ оно можетъ быть ничтожнымъ, ибо имѣютъ дѣло съ рваной раной, дающей небольшое кровотоделение. Это несомнѣнно самая слабая сторона метода. Насколько трудно опредѣляются разрывы, видно изъ того, что и послѣ операціи ихъ не всегда точно диагносцируютъ. Это подтверждается результатами вскрытія умершихъ женщинъ послѣ примѣненія этого инструмента.

Едва ли можно рассчитывать на уменьшеніе разрывовъ отъ примѣненія 8 и даже 16 вѣтвистыхъ дилататоровъ, или даже покрытыхъ коробкой (*Knapp*), такъ какъ при этихъ инструментахъ имѣется и существенный недостатокъ—контроль пальцемъ и глазомъ дѣлается менѣе удобнымъ и возможнымъ, а неправильное положеніе инструмента въ шейкѣ можетъ случиться легче. Единственный путь для уменьшенія шансовъ въ отношеніи разрывовъ это—уменьшеніе быстроты расширения.

Перехожу къ анализу дѣйствія этого расширителя.

Главное преимущество разсматриваемаго способа.—быстрота и вѣрность расширенія маточнаго зѣва и шейки. Ни метрейризмъ, ни ручное растяженіе не могутъ сравниться съ нимъ въ этомъ отношеніи.

Только кесарское сѣченіе *per coeliotomiam* или *per vaginam* (послѣднее не всегда) могутъ дать возможность еще быстрѣе извлечь плодъ. При благоприятныхъ условіяхъ роды могутъ быть окончены въ 15—30 м. 1 часъ является уже довольно значительнымъ срокомъ.

Другая выгодная сторона, что принципы асептики при данномъ оперативномъ приѣмѣ могутъ быть проведены съ такой-же точностью, какъ и при всѣхъ большихъ хирургическихъ операціяхъ.

Третья существенная выгода, что этотъ приѣмъ представляется не сложнымъ.

Врачъ съ помощью двухъ помощниковъ (одинъ для наркоза) и въ крайнемъ случаѣ даже съ однимъ (безъ наркоза) можетъ примѣнить его на больной.

4-ая выгода примѣненія этого инструмента—его динамическое дѣйствіе. Несомнѣнно этотъ приѣмъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ вызываетъ родовую дѣятельность матки, иногда послѣдняя является даже бурной и способствуетъ бы-

струму раскрытію шейки матки. Нерѣдко головка этими сокращеніями вталкивается въ полость таза, а иногда происходитъ даже вдвиганіе ея въ вѣтви инструмента на столько значительное, что послѣдній ущемляется и съ нѣкоторымъ трудомъ и только съ отталкиваніемъ головки немного кверху удаётся освободить его вѣтви одну за другой!

Только въ совершенно исключительныхъ случаяхъ сокращенія матки отсутствуютъ почти совершенно. Во всякомъ случаѣ *надо признать за этимъ факторомъ второстепенное значеніе*. Шейка раскрывается не физиологически, а механически дилаторомъ; это доказывается уже тѣмъ, что она чрезвычайно быстро снова спадается по удаленіи инструмента, края шейки представляются толстыми, вялыми, совершенно иначе чѣмъ то наблюдается при физиологическомъ ея сглаживаніи. Кромѣ сокращеній матки нерѣдко наблюдается появленіе натужныхъ болей. Первое явленіе т. е. появленіе сокращеній матки легко объясняется механическимъ вліяніемъ инороднаго тѣла на внутреннюю поверхность шейки, которое распространено и на нижній сегментъ матки; а второе—натужныя боли—давленіемъ инструмента и пальцевъ на области задняго свода и задней стѣнки влагалища.

Несомнѣнной выгодой способа можетъ быть признано, что родоразрѣшеніе идетъ *per vias naturales* и что въ громадномъ большинствѣ случаевъ матка не представляетъ грубыхъ нарушеній цѣлости, что имѣетъ значеніе для послѣдующихъ родовъ.

Если-бы этотъ способъ былъ безопасенъ, какъ увѣряетъ проф. *Bossi*, то, конечно, онъ имѣлъ-бы право на самое широкое примѣненіе и его можно было бы считать однимъ изъ благодѣлительнѣйшихъ открытій въ акушерствѣ.

Невыгоды способа, къ сожалѣнію, также существенны.

Самый главный недостатокъ его—причиненіе многочисленныхъ раненій въ шейкѣ и въ зѣвѣ. Значеніе этихъ раненій однако оцѣнивается не одинаково различными авторами. Въ то время какъ *de Paoli* на 19 случаевъ *Placentae praeviae* съ примѣненіемъ инструмента *Bossi* (одно изъ самыхъ опасныхъ—которое многими отрицается совершенно), ни въ одномъ случаѣ не нашелъ необходимости примѣненія шва на разрывы шейки,

другіе видѣли значительные разрывы (*Zangenmeister, Risman, Bardeleben, Строганова*). На основаніи наблюденій при всѣхъ способахъ искусственнаго расширенія зѣва я не сомнѣваюсь, что въ каждомъ случаѣ насильственнаго родоразрѣшенія должны быть большіе или меньшіе разрывы, но это совершенно не выясняетъ дѣла: при почти каждыхъ родахъ у перворожающихъ наблюдаются разрывы шейки матки, при щипцахъ раненія полового канала многими авторами отмѣчаются свыше 70%. Вопросъ долженъ быть поставленъ такъ: 1) какъ часто наблюдаются разрывы шейки матки, угрожающіе здоровью и жизни матери и 2) какъ много матерей гибнутъ отъ этихъ раненій.

Просматривая литературу, приходится прежде всего отмѣтить, что смертныхъ случаевъ отъ этого способа не описано въ литературѣ, такъ какъ авторы относили смертный исходъ на счетъ основнаго заболѣванія (*eclampsia, plac. pr., vitium cordis* и пр.), несмотря на наличность крайне тяжелыхъ раненій матки.

Иначе дѣло обстоитъ съ значительными разрывами: они встрѣчаются въ 11% случаевъ. Есть даже основаніе думать, что ихъ до сихъ поръ встрѣчалось больше, такъ какъ нѣкоторые авторы получили замѣчательно благоприятную статистику (напримѣръ *Paoli* на 19 *plac. pr.* не имѣлъ большихъ разрывовъ, между тѣмъ какъ чуть не въ каждомъ случаѣ онъ имѣлъ кровотеченіе послѣ родовъ, а одна больная даже погибла отъ кровотеченія).

Полагаю, что это есть результатъ неточности наблюденія, результатъ разрыва, не діагностированнаго клинически, что и у другихъ авторовъ наблюдалось нерѣдко. Должно прибавить, что нѣкоторые изъ этихъ разрывовъ проникали до брюшины или въ клетчатку (не менѣе 20 случаевъ изъ 176 т. е. болѣе 11,3%), а также, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно разрывъ произошелъ уже въ моментъ извлеченія плода, несмотря даже на то, что извлеченіе въ одномъ случаѣ было крайне бережное послѣ перфорации. Это даетъ поводъ думать, что шейка матки послѣ дилатации обладаетъ особенною хрупкостью.

Существенно важно выяснитъ, является-ли неизбѣжнымъ для способа такой значительный % большихъ разрывовъ шейки

и не можетъ-ли онъ быть уменьшенъ? Полагаю, что разрывы въ извѣстномъ небольшомъ $\%$ неизбежны, такъ какъ они наблюдаются даже и при произвольныхъ быстрыхъ родахъ. Но я не сомнѣваюсь также, что $\%$ разрывовъ можетъ быть значительно уменьшенъ, во первыхъ, нѣсколько болѣе медленнымъ расширеніемъ шейки, и болѣе бережнымъ извлеченіемъ плода и, во вторыхъ, измѣненіемъ инструмента, лучшимъ его приспособленіемъ къ половому каналу.

Измѣненіе *de Seigneux* въ принципѣ заслуживаетъ полного вниманія: расширитель долженъ совпадать съ осью канала шейки, а не упираться въ задній ея отдѣлъ, какъ нерѣдко упирается инструментъ *Bossi*. Я не могу не отмѣтить также, что выступы на концахъ шапочекъ представляются слишкомъ значительными и могутъ производить надрывы. Кромѣ того, и выборъ случаевъ долженъ быть болѣе строгій и при небольшомъ уже разрывѣ дальнѣйшее растяженіе должно прекращаться.

2-я существенная невыгода, что способъ не даетъ физиологическаго сглаживанія шейки, онъ только механически расширяетъ ее. Доказательства были приведены выше.

Третій недостатокъ вытекаетъ изъ предыдущаго. Требуется немедленное и даже быстрое извлеченіе плода изъ матки вслѣдъ за расширеніемъ, иначе шейка значительно сократится. Поворотъ и извлеченіе при такихъ условіяхъ являются очень опасными для ребенка. И, дѣйствительно, громадный $\%$ дѣтей погибаетъ при этой операци.

Не буду останавливаться на другихъ болѣе слабыхъ недостаткахъ этого способа, какъ-то: нерѣдко наблюдающейся *atoniae uteri* въ III періодѣ и непосредственно послѣ родовъ, требующихъ даже частаго ручного отдѣленія послѣда, ущемленія вѣтвей инструмента головкой, выскальзыванія вѣтвей его внутрь и снаружи, соскальзыванія шапочекъ и пр. За исключеніемъ атоніи матки, наблюдающейся въ порядочномъ числѣ случаевъ, остальные осложненія не важны и встрѣчаются рѣдко.

Указанные недостатки не даютъ права считать этотъ приемъ непригоднымъ, не даютъ права выбросить этотъ инструментъ изъ числа употребляющихся въ акушерствѣ. На мой взглядъ, примѣненіе его должно быть ограничено нѣкоторыми случаями, въ которыхъ другіе способы оказываются болѣе опасными для

матери или плода своею медленностью, возможностью инфекціи, вліяніемъ на сердце и т. д.

Кромѣ того, я уже говорилъ, что техника примѣненія инструмента не можетъ считаться законченной, равно какъ и самый инструментъ долженъ подвергнуться нѣкоторымъ измѣненіямъ.

Важно также и состояніе шейки и зѣва: шансы на глубокіе разрывы значительно понижаются при примѣненіи инструмента лишь при сглаженной шейкѣ.

И такъ, чѣмъ мы можемъ замѣнить этотъ инструментъ?

На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ метрейризмъ. По отношенію къ этому оперативному приему я придерживаюсь взгляда, изложеннаго мною на прошломъ Пироговскомъ сѣздѣ въ Москвѣ.

Какъ методъ форсированнаго родоразрѣшенія онъ является въ общемъ довольно рѣдко. Тамъ, гдѣ акушеръ располагаетъ нѣсколькими часами времени, этотъ приемъ дастъ хорошій результатъ. Онъ представляется значительно менѣе опаснымъ, чѣмъ расширитель *Bossi* или ему подобные. Въ особенности у многорождающихъ съ податливой шейкой, а тѣмъ болѣе съ значительно сглаженной шейкой могутъ быть получены хорошіе результаты отъ метрейризма.

Другой способъ форсированнаго расширенія шейки—ручное расширеніе ея. Лѣтъ 15 тому назадъ онъ имѣлъ довольно широкое примѣненіе при *placenta praevia*. Но затѣмъ были вытѣснены приемами болѣе бережными, такъ какъ при немъ наблюдались нерѣдко разрывы шейки матки, убивавшіе больную.

Техника его не сложна: буравящими движеніями палець проходитъ черезъ шейку матки за внутренній зѣвъ, затѣмъ, сгибая и надавливая на стѣнки канала, растягивали послѣдній до возможности введенія 2 пальцевъ. Продолжая растяженіе получали возможность ввести 3—4 пальца и наконецъ полную руку. При *placenta praevia* препятствія представляются особенно незначительными тѣмъ болѣе, что не всегда нужно введеніе полной руки для совершенія поворота. Но даже и при плотной шейкѣ перворождающихъ съ нормально сидящей плацентой, мнѣ удавалось проходить такимъ образомъ въ $1\frac{1}{2}$ —2 часа времени.

Въ послѣднее время приемъ этотъ подвергся значительному развитію: я имѣю въ виду ручное растяженіе шейки матки,

предложенное *Bonnaire*'омъ. При немъ по достиженіи возможности введенія 2 пальцевъ (что можетъ быть получено даже при посредствѣ дилататоровъ *Hegar*'а) вводятся указательные пальцы обѣихъ рукъ, обращенные тыльными поверхностями другъ къ другу, которые и растягиваютъ шейку въ противоположныхъ направленіяхъ. Способъ этотъ несравненно болѣе бережный, чѣмъ расширение металлическимъ дилататоромъ. Прочитывая описаніе вѣданныхъ по этому методу случаевъ, бросается въ глаза разница въ послѣдующемъ состояніи больныхъ: при ручномъ приѣмѣ почти нѣтъ кровотеченій; нѣтъ наложеній швовъ на шейку матки и общее состояніе больныхъ не представляется особенно плохимъ послѣ производства расширения. Анализируя этотъ способъ, я пришелъ къ заключенію, что особенно выгодной варіаціей его является перекрестное расположеніе рукъ съ пальцами, прилегающими тыльной поверхностью другъ къ другу.

При такомъ расположеніи рукъ получается возможность работать флексорами какъ въ поперечномъ такъ и въ прямомъ размѣрѣ шеечнаго отверстія, при чемъ положеніе рукъ совершенно непринужденое и, слѣдовательно, имѣется наибольшая ясность ощущенія, что важно для опредѣленія начинающихся разрывовъ — и, съ другой стороны, получается возможность развить наибольшую силу. *Demelin, Calmann, Sfamèni, Meurer, Treub* сообщили о нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ примѣненія способа *Bonnaire*'а съ превосходными результатами. Но и здѣсь уже имѣются печальные исходы. *Lingbeck* наблюдалъ одинъ случай съ двойнымъ разрывомъ матки — смерть черезъ 4 часа. На 42 случая собранныхъ *Sfamèni* средняя продолжительность расширения = 20 минутамъ; при чемъ при совершенно закрытой шейкѣ растяженіе въ среднемъ продолжается 57 м., а при болѣе или менѣе проходимомъ каналѣ шейки 11—19 мин. $\frac{0}{100}$ смертности отъ этого приѣма по *Sfamèni* = 0.

Если ручное расширение представляется болѣе слабымъ, болѣе медленнымъ, крайне утомительнымъ и даже болѣзненнымъ для врача, не идеально асептичнымъ, то съ другой стороны оно имѣетъ и существенныя выгоды: простота производства, малое число помощниковъ и главное — болѣе безопасность въ отношеніи разрывовъ. Само собой понятно, что вслѣдъ за доста-

точнымъ расширеніемъ примѣняется извлеченіе плода щипцами или поворотомъ.

Третій методъ, дающій большую быстроту—влагалищное кесарское сѣченіе, или варіація его—*hysterotomia vaginalis anterior Witt'a*.

Послѣдній авторъ производилъ операцію съ извлеченіемъ плода въ $\frac{1}{2}$ часа: 4—10 минутъ—операція разрѣзовъ, послѣдующее зашиваніе ихъ требовало 10 мин., на выжиданіе отдѣленія плаценты—15 мин.

Этотъ способъ будучи типическимъ и планомѣрнымъ наиболѣе отвѣчаетъ идеалу хирурга-акушера, но онъ, очевидно, требуетъ акушера, опытнаго въ дѣлѣ большихъ гинекологическихъ операцій; кромѣ того для выполненія этого пособія требуется надлежащая обстановка и наличность по крайней мѣрѣ 5 ассистентовъ.

Въ большихъ учрежденіяхъ, конечно, это возможно, но въ маленькихъ больницахъ и въ частной практикѣ, это если и создается, то не безъ препятствій и съ значительной потерей времени. Почему этотъ способъ и можетъ имѣть значеніе лишь для больницъ съ большимъ хирургическимъ отдѣленіемъ и для врачей, имѣющихъ возможность пользоваться многочисленной организованной ассистентурой.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для ускореннаго родоразрѣшенія возможно еще примѣненіе кесарскаго сѣченія *per coeliotomiam*, которое, какъ и предшествующій способъ, можетъ быть примѣнено только въ большихъ больницахъ и при многочисленной ассистенціи.

Вотъ способы форсированнаго родоразрѣшенія, теперь показанія къ нимъ.

Prof. *Frochier*, а затѣмъ *Demelin* дѣлятъ скорое искусственное расширеніе по степени быстроты на 3 категоріи: 1) *la dilatation brusquée*, которое выполняется менѣе чѣмъ въ $\frac{1}{2}$ часа.

La dilatation rapide, которое требуетъ менѣе 2-хъ часовъ времени.

La dilatation progressive, которое продолжается болѣе 2-хъ часовъ.

Говоря вообще и предполагая нормальныя среднія отношенія ребенка, таза и маточной шейки, для выполненія прогрессивнаго расширенія метрейризы даетъ хорошіе результаты.

Для быстрого расширенія, слѣдовательно, продолжающагося отъ $\frac{1}{2}$ до 2 ч. при тѣхъ-же условіяхъ, наилучшимъ способомъ окажется ручное растяженіе, и, наконецъ, для dilatation brusquée можетъ служить въ рѣдкихъ случаяхъ—ручное расширеніе (при placenta praevia—всегда), затѣмъ dilatator Bossi и кесарское сѣченіе per vaginam или per coeliotomiam. Первое (расширитель Bossi) при сглаженной шейкѣ, второе (кесарское сѣченіе) при цѣлой шейкѣ. При инфицированной маткѣ coeliotomia представляетъ особенную опасность а посему ова должна быть примѣнена какъ правило лишь безъ инфекціи матери, особенно когда жизнь ребенка поставлена на 1-й планъ.

Не имѣя возможности произвести кесарское сѣченіе, врачъ имѣетъ право осторожно примѣнить при *жизненныхъ показаніяхъ* со стороны матери, значительно рѣже со стороны плода металлическій дилататоръ, предполагая, что ручной способъ окажется недостаточнымъ.

Нѣсколько словъ по поводу частныхъ показаній.

1) Эклампсія только въ исключительныхъ случаяхъ, не поддающихся обычной терапіи, можетъ служить показаніемъ къ форсированному родоразрѣшенію. Для плода оно является очень не благоприятнымъ; что-же касается матери, то на основаніи личныхъ немногихъ наблюденій, а главнымъ образомъ на основаніи изученія литературы, полезность ея для меня представляется также сомнительной. Изъ трехъ случаевъ примѣненія мною Bossi при эклампсіи въ 2 наблюдался смертельный исходъ (одинъ отъ эклампсіи, другой отъ пневмоніи). Во всѣхъ случаяхъ имѣлись глубокіе разрывы шейки матки, а въ одномъ онъ заходилъ выше внутренняго зѣва.

Вполнѣ присоединяюсь къ Альфельду, который отрицаетъ примѣненіе форсированнаго родоразрѣшенія при каждой эклампсіи. На 80 случаевъ аутохтонныхъ эклампсій я имѣлъ лишь 1 случай смерти отъ этой болѣзни и, какъ извѣстно многимъ това-

рищамъ, ставлю теперь при эклампсіи почти абсолютно благоприятное предсказаніе, если больная попадаетъ въ наши руки не въ чрезвычайно тяжеломъ состояніи.

2) *Placenta graevia*, какъ правило, не должна быть гѣчими форсированнымъ родоразрѣшеніемъ. Если въ исключительныхъ случаяхъ требуется таковое, особенно въ интересахъ плода, всегда достаточно ручное расширеніе зѣва съ послѣдующимъ поворотомъ и извлеченіемъ. Большая часть авторовъ отрицаетъ примѣненіе *Bossi* при этомъ осложненіи.

3) При порокахъ сердца съ нарушеніемъ компенсаціи и прогрессивно ухудшающемся состояніи больной примѣненіе дилататора *Bossi* можетъ быть особенно показано, если ручнымъ расширеніемъ нельзя быстро открыть матку.

4) Тоже при легочной чахоткѣ и пневмоніа сrouposa съ прогрессирующимъ ослабленіемъ дѣятельности сердца.

5) При тяжелыхъ нефритахъ и піелитахъ, метрейризмъ и ручное растяженіе окажутся достаточными для громаднаго большинства случаевъ.

6) При абортахъ нѣтъ основаній примѣнять инструментъ *Bossi*.

П О Л О Ж Е Н І Я.

1) Расширеніе зѣва при форсированномъ родоразрѣшеніи безопаснѣе всего производится ручнымъ способомъ.

2) Особенную выгоду представляетъ двуручное растяженіе шейки матки съ перекрестнымъ расположеніемъ рукъ.

3) Примѣненіе инструмента *Bossi* и его модификацій до послѣдняго времени представляетъ большую опасность для рожениць, поэтому имъ можно пользоваться лишь при самыхъ строгихъ жизненныхъ показаніяхъ.

4) Дальнѣйшее изслѣдованіе дѣйствія металлическихъ расширителей представляется желательнымъ, такъ какъ есть основаніе думать, что съ измѣненіемъ инструмента, съ усовершенствованіемъ техники и выборомъ надлежащихъ случаевъ, какъ указано въ докладѣ, опасность существенно понизится.

5) При цѣлой шейкѣ для форсированнаго родоразрѣшенія предпочтительно кесарское сѣченіе *per vaginam* или *per coeliotomiam*.

В. В. Строгановъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

При эклампсии.

- 1) *Leopold*. Arch. f. G. B. 66. H. 1.
- 2) *Lederer*. Arch. f. G. B. 67. H. 3.
- 3) *Keller*. Arch. f. G. 67. 3.
- 4) *Osterloh*. Cent. f. G. 3. 1903.
- 5) *Hammerschlag*. Monat. f. G. u. G. XVII. p. 740. Ergänzungsh.
- 6) *Bardeleben*. Arch. f. G. B. 70. H. 1.
- 7) *Грековъ*. Журналъ Акуш. и женскихъ болѣзней. Апрель 1903 г.
- 8) *Wirtz*. Monat. f. G. u. G. B. XVII. p. 395.
- 9) *Stempel*. Monat. f. G. u. G. B. XVII. 690 и Zent. f. G. № 29. 1903.
- 10) *Ostrcil*. Cent. f. Gyn. 1903. 11.
- 11) *Beck*. Cent. f. G. 11. 1903.
- 12) *Kissmann*. Cent. f. G. 1902. 28.
- 13) *Bischoff*. Cent. f. G. 1902. 47.
- 14) *Langhoff*. Cent. f. G. 47. 1902.
- 15) *Ientzer*. Cent. f. G. 19. 1903.
- 16) *Zangenmeister*. Cent. f. Gyn. 1903. 4.
- 17) *Leop. Meyer*. Cent. f. Gyn. 1903. 11.
- 18) *Schauta*. Zent. f. G. № 25. 1903.
- 19) *Henze*. Zent. f. Gyn. № 29. 1903.
- 20) *Blan*. Zent. f. G. № 31. 1903. Wiener, Klin. Wochenschr. 1903. № 8.
- 21) *Staude*. Zent. f. Gyn. № 33. 1903.
- 22) *Митрофановъ*. Журналъ Акуш. и женск. болѣзн. Сентябрь 1903 г.

При Placenta praevia.

- 23) *De Paoli*. Arch. f. G. B. 69. H. 1.
- 24) *Lederer*. См. 2.
- 25) *Leopold Meyer*. См. 17.
- 26) *Henze*. См. 19.

При различныхъ показанiяхъ.

- 27) *Leopold*. См. 1.
 - 28) *Lederer*, См. 2.
 - 29) *Keller*. См. 3.
 - 30) *Hammerschlag*. См. 5.
 - 31) *Ostrcil*. См. 10.
 - 32) *Wagner*. Cent. f. G. 47. 1902.
 - 33) *Bardeleben*. См. 6.
 - 34) *Bischoff* См. 13.
 - 35) *Leopold Meyer*. См. 17.
 - 36) *Schauta*. См. 18.
 - 37) *Labhardt*. Zent. f. Gyn. № 28. 1903.
 - 38) *Henze*. См. 19.
 - 39) *Knapp*. Zent. f. G. № 35. 1902.
-

ТАБЛИЦА

случаевъ примѣненія инструмента **Bossi** и его вариантовъ при различныхъ показаніяхъ.

Э К Л А М

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	Шейка и вели- чина расши- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
1) Leopold . Arch f. Gyn. Bd. 66. N. 1. (II).	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 6 припадк. хорошее строеніе тѣла.		Шейка про- ходима для 1 пальца, растянута до 9,0 с.	Головка во входѣ въ тазъ подвижна, во время опера- ции опускает- ся въ тазъ.	Подъ руков. пальца 30 мин.
2) Id. . . . (III).	I-p.	6 мѣс.	Эклампсія 6 припадк.	Цѣла.	Ходитъ кон- чикъ пальца, раскрыта до 7,5 с.	Головка под- вижна во входѣ.	Сначала Schults. расп., затѣмъ Bossi 25 мин.
3) Id. . . . (IV).	V-p.	9 мѣс.	Эклампсія 13 припадк.	Сглажена	2 марк. велич. до совершен- наго.	Головка плот- но во входѣ.	Руков. пальца 20 мин.
4) Id. . . . (VII).	I-p.		Эклампсія, кифоско- ліозъ.	Почти сглажена.	2 марк. до 7.0.	Головка плот- но во входѣ	? 20 мин.
5) Id. . . . (IX).	I-p.	Вонецъ 10 мѣс.	Эклампсія 5 припадк. узкій тазъ.	Влага- лищная часть ва- ликооб- разна.	1 марк. почти до со- вершеннаго.	Головка ма- лоподвижна во входѣ таза.	? 25 мин.
6) Id. . . . (XI).	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 9 припадк.		Проход. для пальца до 8,5.	Головка под- вижна во входѣ въ тазъ.	25 мин.
7) Id. . . . (XII).	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія.		1 марк. до 7,5 с.	Головка под- вижна во входѣ.	25 мин.
8) Id. . . . Zentr f. G. 1902. № 19.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія 3 припадк.	Сглажена.	5 марк. до 8 ¹ / ₄ с.	Головка въ полости таза.	Подъ руков. пальцевъ 16 мин.
9) Id. . . .	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія 1 припадокъ.		1 марк. до 8,5 с.	Головка.	Сначала съ зеркалами неправильно введенъ, за- тѣмъ руковод. пальца безъ зеркала.
10) Id. . . .	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 5 припадк. Плас. праев.	Не сгла- жена.	Проход. для пальца до 4 ¹ / ₂ с.	Головка надъ входомъ под- вижна.	Руковод. пальца. ?

П С І Я.

Боли родовыи во время расширенія	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе полового канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Результаты вскрытія.	Состояніе непосредственно	ребенка далѣе.
Появились отдѣльн. боли	Щипцы на большую головку легк. извлеч. Велич. ?	Разрывъ шейки матки, закрыт. швомъ.	Кровотеченіе. Атон. uteri. О прип. послѣ родовъ удовл. на 15 день выписана.		Живой.	Умеръ въ 1-й день.
?	Перфорация и извлеч. пальцемъ Величина ?	Безъ разрывовъ.	На второй и третій день припадки экл. всего 9. Психозъ, выдвореніе.		Выкид. Мертвый	
Рѣзко усилились.	Щипцы, 43 с. 1670,0.	Ни разрывовъ, ни кровотеченія.	4 ч. послѣ родовъ припадокъ, на 13 день выписалась.		Живая.	† 5 час. послѣ родовъ.
?	Перфорация и краниоклазія.	Ни разрывовъ, ни кровотеченія	Удовлетв. на 12 день выписалась		†	
?	Щипцы неудались, perforatio умирающ. реб	Правостор. небольшой разрывъ шейки, 2 шва	1 припадокъ послѣродор. Норм. послѣр. пер.		†	
?	Вдавленіе головки въ тазъ, щипцы. 42,0; 1750,0.	О разрывъ.	3 припадка послѣ родовъ, затѣмъ удовлетворительно.		Жив.	†
?	Perforatio.	О кровотеч.	2 припадка послѣ родовъ. Поправленіе.		†	
?	Щипцы. 50,0; 3150,0.		О прип. Однократн. повыш. до 38,5 выпис. 16 день.		Жив.	Жив.
	Щипцы. 53,0; 3670,0.		2 припадка черезъ 6 час. Выпис. на 13 д.		Жив.	Жив.
	<i>Поворотъ</i> (безъ извлеченія) 43,0; 1450,0.	Кровотеченіе при примѣненіи инструмента.	(О прип.). Выпис. на 14 д.		Мертв. до операціи.	

А В Т О Р Ъ, ИСТОЧНИКЪ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е		Наложеніе	Способъ
				шейки	тѣла и вели- чина расши- ренія.	предлежащей части.	расширенія и продолжи- тельность его.
11) Leopold . Zentr. f. G. 1902. № 19.	I-р.	?	Эклампсія 1+2 припад.	Почти сглажена.	1 марк. до 8 ¹ / ₂ с.	Головка мало- подвижна во входѣ.	20 мин.
12) Id. . . .	II-р.	10 мѣс.	Эклампсія 7 припадк.	Не сгла- жена.	10 рfen. до 8 ³ / ₄ с.	Головка под- вижна въ та- зов. входѣ.	20 мин.
13) Lederer . Arch f. Gyn. Bd. 67. H. 3.	I-р.	10 мѣс.	Эклампсія 3 припадк.	Сглажена	2 пальца до 10,0 с.		Наркозъ 20 мин.
14) Id. . . .	I-р.		Эклампсія узкій тазъ с. ч.=9,0.	1 с. длины	Проход. для пальца до 12,0.	Головка надъ входомъ.	30 мин.
15) Id. . . .	I-р.		Эклампсія 4 припадк общ. съуж тазъ.		4 пальца прох. до 9,0.	Головка во входѣ больш. сегментомъ.	15 мин.
16) Id. . . .	I-р.		Эклампсія.	2 сант	1 палець до 6,0.	Головка надъ входомъ.	20 мин.
17) Keller . . Arch. f. G. Bd. 67. H. 3.	I-р.	9 мѣс.	Эклампсія 5 припадк.	Сохран 4 с. длины.	Проход. для 1 пальца.	Ножное предл.	40 мин.
18) Id. . . .	I-р.	10 мѣс.	Эклампсія 1 припадокъ.	Сглажена	10 рfen.	Головка плот- но во входѣ, а затѣмъ въ полости.	15 мин.
19) Id. . . .	I-р.	Нача- ло 10 мѣс.	Эклампсія 5 припадк.	3 ¹ / ₂ с. длины.	Проход. для пальца.	Головка под- вижна во входѣ.	30 мин.
20) Id. . . .	X-р.	10 мѣс.	Эклампсія 4 припадк.	Проход. 3 пальца.	7 м.	Иголки надъ входомъ.	7 мин. безъ кровоот.
21) Id. . . .	I-р.	8 мѣс.	Эклампсія 1 припадокъ Amaurosis.	Почти сглажена.	Проход. для 2 пальцевъ	Головка.	30 мин.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе полового канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Результаты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно	далѣе.
	Щипцы.	О разрыв.	Норм. (о прип.). Выпис. 12 д.		Жив.	Жив.
	Щипцы. 48,5; 3080,0.	О разрыв.	23 припадка послѣ родор. Выздоровленіе.		Жив.	
	Поворотъ и экстракц. 4000,0.		Быстрое улучшеніе. Выпис. 10 д.		†	
	Поворотъ и экстракц. (описанъ Кларр'омъ 1900. № 51 Prag. Med. Wochenschr.).		О пр. Норм. Выпис. 10 д.		Жив.	Жив.
	Щипцы, потомъ перфорация жив. реб. Haemat. vagavaginalis, кровотеченіе.		Выписалась на 11 день.		†	
	Поворотъ и извлеченіе. 2790; 50,0.	Разрывъ шейки при освобожденіи головки.	Выписалась на 10 день.		Жив.	† черезъ 24 часа.
Хорошіе боли во время операціи расширенія.	Экстракция. 44; 1995,0.	Легкіе разрывы на шейкѣ 1—2 с. длины.	О пр. Выписалась на 11 день.		Жив.	
4 сильныя боли, отсутствіе кровотеченія.	Щипцы. 53,0; 3460,0.	Роды окончены въ 30 мин.	Выписалась на 9 день.		Жив.	
10 сильныхъ болей, безъ кровотеченія.	Щипцы на головку почти въ полости. 47,5; 2290,0.		1 припадокъ послѣ родовъ. Выписалась на 10 день.		Жив.	Жив.
Бурная родовая дѣятельность.	Извлеченіе легкое. 49,1; 2890,0.		† 43 часа послѣ родовъ припадковъ небыло.	† при вскрыт. О разрыв.	Жив.	† конвульсіи на 2 д exitus.
4 сильн. боли маленькая головка вдвигается между браншами расширителя	Щипцы въ полости. 1450; 41,0.	Кровотеченіе въ III періодѣ.	Выписалась на 15 день.		Жив.	† на 15 д

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды	Сроки бере- менно- сти.	Показанія, осложненія	С о с т о я н і е		Нахожденіе предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
				шейки	зѣва и вели- чина расши- ренія.		
22) Keller . . Arch. f. G Bd. 67. H. 3.	II-p.	Нача- ло 9 мѣс.	Эклампсія 6 припадк. Мертв. пл.	?	На 2 марк.	Головка под- вижна во входѣ.	10 мин.
23) Id. . . .	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 2 припадка Plac. праев	Не сгла- жена.	Проход. для 1 пальца до 9,0.	Головка под- вижна надъ входомъ.	25 мин.
24) Id. . . .	I-p.	10 мѣс	Эклампсія 1 припадокъ.		3 марк. до совершен.		10 мин.
25) Id. . . .	I-p.	Нача- ло 10 мѣс	Эклампсія 1 припадокъ		Проход. для 1 пальца до 9,0.		44 мин.
26) Osterloh . Z. f. Gyn. 3 1903.	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 1 припадокъ.	Совер- шенно со- хранена, отсутствіе болѣе искуств. роды.		Головка надъ входомъ.	Въ 1 часъ ковчезны роды
27) Hamme- rschlag . . Monatsch. f. Geburts. u. G. XVII Er- gänsh. p. 740	VI-p	9 мѣс.	Эклампсія 7 припадк.	2 сант. длины.	Проход. для 2 пальцевъ до 9 ¹ / ₂ с.	Головка подвижна во входѣ	25 мин.
28) Id. . . .	IX-p.	9 мѣс.	Эклампсія 10 припадк	2 ¹ / ₂ сант.	Проход. 1 палець до 9,0.	Головка надъ входомъ.	30 мин.
29) Id. . . .	I-p.	9 мѣс.	Эклампсія 5 припадк.	2 сант длины.	Проход. для 2 пальцевъ до 9 с.	Головка надъ входомъ.	Frommer'o- скій dilata- неудачно; Dil. Bossi въ 25 мин
30) Id. . . .	XI-p.	10 мѣс	Эклампсія 3 припадка.	1 сант. длины.	2 марк. до 9 ¹ / ₂ с.	Головка надъ входомъ.	25 мин.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	ребенка далѣе.
Сильныя боли вталкив. голову между браншами.	Прозв. роды вслѣдъ за извл. инструм. 44,0; 2020,0,	При вскрытіи нѣ-сколько неболь-шихъ 1—2 сант. разрывовъ.	† черезъ 3½ часа послѣ родовъ.	† Oed. pulm. Hepatitis.		
Нѣсколько слаб. болей.	Поворотъ экстр. 42,0; 1400,0.	По извлеч. дилат. внутр. м. зѣвъ на 3 марки кро-вот. Ручн. отдѣл. послѣда.	Выписалась на 25 день.		Жив.	Жив.
Многіе силь-ныя боли. О кровотеч.	Щипцы. 51,0; 3200,0.		Руаемиа. Нарывъ въ легкихъ. Выздоровленіе. Выписалась на 46 день.		Жив.	
О болей.	Высот. щипцы. 49,0; 2810,0.		Норм. послѣрод періодъ.		Жив.	
Перфорация мертв. плодъ Поворотъ в извлеченіе.	Уже при расш. на 2—3 пальца оказался разрывъ и кровотеченіе. При извлеченіи разрывъ распро-странился въ параметрій, мулусирующ. со-суды разорваны. Обкалываніе.		Выздоровленіе. Выписалась на 15 день.		Мертв.	
Втолкнули голову въ полость.	Щипцы полост-ные. 45,0.	О разрыв.	Норм. Выпис. съ реб. на 10 день.		Жив.	Жив.
Вдавл. по Hoffmeier. Щипцы. 43,0.	Послѣ расшир. улучшение со-стоян. во время операц. 2 при-надка.	О кровот. О разрыв.	Смерть черезъ 3½ часа р. рат. на вскрытіи раз-рывъ до Perito-neum.	†	Жив.	
	Вдавл. по Hoffm Щипцы полости. 46,0.	Маленькій раз-рывъ влаг. части.	Удовл. Выпис. на 16 день.		Мертв.	
Хорошіе боли.	Поворотъ экстр. 48,0.	О разр. малень-кое кровотеч.	Удовл.		Жив.	

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды	Срокъ бере- менно- сти.	Появленіи, осложненія	С о с т о я н і е		Нахожденіе предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его
				шейки	зѣва и вели- чина расши- ренія.		
31) Hammer- schlag. . . Monatsch. f. Geburts. u. G. XVII Er- gänsh. p. 740.	I-p.	6 мѣс.	Эклампсія 6 припадк.	Не сгла- жена.	Закрѣтъ до 3 ¹ / ₂ .	Головка надъ входомъ.	Bossi, затѣмъ Negar., за- тѣмъ снова Bossi до 3 ¹ / ₂ затѣмъ ме- трейризь 14 ч. Комбин. по- воротъ.
32) Id.	VI-p	9 мѣс	Эклампсія 5 припадк	2 сант.	2 марк до 9 ¹ / ₂ .	Головка надъ входомъ.	30 мин.
33) Id.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія 3 припадка попер. служ. тазь.	Сглажена.	5 мар до 10.	Головка.	12 мин.
34) Id.	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 2 припадка. Мертв. пл. кровоотеч.	Сглажена.	15 рfen. до 9.		27 мин.
35) Bardeic- ben. Arch. f. G. B. 70. H. 1.	I-p	10 мѣс	Эклампсія sub. gravid. узкій тазъ с. v. 7,5—8,0.	Совер- шенно сохра- нена.	Едва проп. палець до 9 с.	Головка надъ входомъ жив.	50 мин. подъ руков. пальца.
36) Lederer. l. c.	I-p		Эклампсія.	2 сантим длины.	Меньше пальца до 6,0.	Головка надъ входомъ.	20 мин.
37) Грековъ. Ж. Ак. и Ж. бол. 1903 г.	I-p.		Эклампсія.	Сохра- нена.	Проходимъ для 1 пальца до 4 сант.	Головка надъ входомъ подвижна.	Руков. пальца подъ хлороф. Сильныя схватки 45 мин.
38) Id.	I-p.		Эклампсія двойни 7 припадк.	Отчасти сохра- нена.	Открытъ на 1 палець до 2 ¹ / ₂ пал.	Головка надъ входомъ.	30 мин.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе полового канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Результаты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	ребенка далѣе.
		Небольш. разр.		?	?	
	Вдавленіе по Hoffmeier'у. Щипцы полостные.	О кровотеч. О разрыв.	Atonia uteri кровотечение 1100,0.		Жив.	
	Щипцы мертв реб. Perfor. Kran.	О разрыв.	О пр. Выпис. на 17 день.		Мертв.	
	Kristeller.	О разрыв.	О прип.		Мертв.	
Болей не было замѣчено въ теч. всего расширенія.	Поворотъ и трудная экстр. вслѣдствіе непод. зѣва. 50,5; 34,0.	1 большой разр. и нѣскольکو малыхъ. На вскрыт. разрыв. глубоко проник. въ параметриумъ.	† черезъ 4 часа Разр. Наematoma, на вскрытіи разрывъ, проникающій глубоко въ параметриумъ. 550,0 крови въ маткѣ.	†	Жив.	
	Поворотъ, экстракція перфор. посл. голов. 2510 б. мозга.	Передняя губа матки отдѣл. отъ влагалища.	О пр. Ruemia при вскрытіи недостаетъ слизист. оболочки во влаг. справа и слѣва.	† на 9 день.	†	
Появилось кровотеченіе небольш. и изъ боязни разрыв. инстр. удал. и введенъ кольпейринт.	Поворотъ и извлеченіе. Metreuryisis		О пр. тапіа риеггер.		Жив. 3100,0.	
Инстр. снятъ въ виду боязни разрыва, метрейриза, перф. 1-го плода и повор. и извл. второго.					† первый. Жив. второй 2000,0.	Умеръ вскорѣ.

А В Т О Р Ъ, ИСТОЧНИКЪ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е		Нахожденіе предлежащей части	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
				шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.		
39) Грековъ . Ж. Ак. и Ж. бол. 1903 г.	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія 9 припадк.	Сглажена.	Открытъ на 1 палець до 5,0.	Головка надъ входомъ.	30 мин.
40) Id. . . .	V-p	8 мѣс. (?)	Эклампсія.	Не сгла- жена.	1 палець до 7,0.	Головка надъ входомъ.	Подъ руков. руки и зерк. 24—25 мин.
41) Id. . . .	I-p	8 мѣс.	Эклампсія. Мертв. плодь	Сглажена.	1 палець до 6,5.	Головка надъ входомъ.	17 мин.
42) Wirtz . . Monatsch.f. G. и G. B. XVIIp.395.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія 7 припадк.	Сохра- нена.	1 палець проход. 9 1/2.	Головка во входѣ.	Безъ наркоза по пальцу. 45 мин. 2 припадка.
43) Id. . . .	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія.	Влагал. часть сохран.	1 палець до ?	Головка.	30 мин.
44) Id. . . .	I-p.		Эклампсія 9 припадк.	Сохра- нена.	1 палець до 9,0.	Головка.	1 1/4 ч.
45) Stempel. Monatsch.f. G. и G. B. XVIIp.690.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія.		50 pфп. до соверш.		40 мин.
46) Id. . . .	I-p.	9 мѣс.	Эклампсія.	Сохра- нена.	1 палець до 8 1/2.	Головка.	Расшир. пальцемъ до 2 пальц. ватѣмъ Bossi 1' 30".
47) Id. . . .	VI-p.	8—9 м.	Эклампсія. Мертв. плодь.		2 марк. до 8 1/2.		25 мин.
48) Id. . . .	II-p.	9 мѣс.	Эклампсія.	Сохра- нена.	1 палець до 10,0.		34 мин.
49) Ostreil. . Zent. f.Gyn. 11. 1903.	I-p.		Эклампсія. Двойни.	3 1/2 с.	1 палець 9 сант.	Головка надъ входомъ.	Съ зеркалами 45 мин.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Результаты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно. далѣе.
Порядочныя боли.	Щипцы на голову въ полости 1700,0.	Норма.	Норма въ полов. сф.	† отъ рнештон. и гангрен.	Жив. † на 3 с.
Порядочныя боли.	Поворотъ и извлеченіе. 600,0.	Кровотеченіе О разрыв. плоскостная ссадина въ маткѣ.	Удовлетв.	Выпис. на 9 день.	600,0. Жив. †
Усилились рѣзко.	Поворотъ и извлеченіе мертв. плода.	Небольшой разрывъ.	Сильныя упадки силъ больнои послѣ родоразр. Выпис. 10 день.		†
51,0; 3300 мертв.	Щипцы высокіе неудались, выжиданіе. Смерть послѣ 3 прип. Sectio Caesarg. на мертвой.	О разрыв.	†	†	†
	Рѣзкое ухудшеніе состоянія матери, Кесарское съѣченіе на умирающей.	О разрыв.	† черезъ 5 мин.	†	†
	Щипцы высокіе и низкіе. 2200,0; 40 с.	О кровотеч. О разрыв.	14 прип. далѣе † на 3 день.	†	Жив.
	Высокіе щипцы жив. реб.	Разрывъ шейки до свода.	14 ч. р опер. †	†	
	Щипцы высокіе.		† черезъ 18 час. р: опер.	†	†
	Perforat. et Cranioklas.		† 13 qu. p. p.	†	
	Поворотъ экстр. и перфор. посл. голов.	Небольшой разрывъ при распр. до 4,0. При 10,0 разрывъ до свода.	Поправленіе матери.		†
	Поворотъ и экстр. черезъ 1/2 ч. тоже 2 пл. 48,0; 2600,0 и 46,0; 2290.	Послѣ распр. О разр. Sub. obduct. умѣренный разрывъ шейки.	Послѣ 5 час. † отекъ легкиихъ.	†	Живые оба.

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е		Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
				шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.		
50) Ostrcil. . Zent. f. Gyn. 11. 1903.	I-p.	9 мѣс.	Эклампсія 5 припадк.	Сглажена.	1 палець почти до соверш.	Головка.	40 мин.
51) Id. . . .	I-p.		Эклампсія.	2 сант.	Закрѣтъ, почти до соверш.		45 мин. сначала паль- цемъ затѣмъ dilat. Bossi, и потомъ Frommer'ов- ск.
52) G. Beck . Zent. f. Gyn. 11. 1903.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія.	Сглажена.	2 пальца до 10,0.	Головка въ тазу.	Подъ нарко- зомъ.
53) Id. . . .	I-p.	6 мѣс.	Эклампсія.	2 1/2 сант.	Закрѣтъ до 6,0 и до 7,0 въ 2 приема.	1-е поперечн. положеніе.	30 мин.
54) Rissmann Zent. f. Gyn. 28. 1902.	I-p.		Эклампсія. Узкій тазъ.		1 палець до 8,5.	Головка надъ входомъ.	45 мин.
55) Id. . . .	I-p.		Эклампсія.		2 пальца до 9,0.	Головка въ полости.	Съ зеркаломъ 45 мин.
56) Id. . . .	I-p.		Эклампсія.	Сглажена.	1 палець до 8 1/2.	Головка въ тазу.	Расшир. пальцемъ до 5 марк. 45 мин.
57) Bischoff. Zent. f. Gyn. 47. 1902.	I-p.	8 мѣс.	Эклампсія. Мертв. пл.		Совсѣмъ закрѣтъ до 9,0.	Головка.	54 мин.
58) Id. . . .	I-p.	37 нед.	Эклампсія 5 припадк.		Совсѣмъ закрѣтъ до соверш.	Головка.	Шейка захв. пуд. щипцами. 20 мин.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе непосредственно.	ребенка далѣе.
	Щипцы.	Разрывъ до свода влагалища. О кровот.	6 припадковъ на 8-й день. Выздоровленіе.		Жив.	
	Вдавливаніе головки щипцы полостные. 46,0; 2270.	О повр. послѣ расширенія, послѣ родовъ 2 разрыва 1-й до свода, 2-й 2 с. длины.	О кровот. 9 припадковъ еще затѣмъ выписалась на 11 день.		Жив.	Жив.
	Щипцы.	О повр.	Новые припадки и черезъ 10 ч. †	†	Живой.	Жив.
	Поворотъ извлеченіе за ножку.	Разрывъ при извлеченіи (?)	Кровотеченіе остановл. тампонажъ. Смерть черезъ 5 час. отъ комы.	†		
	Пробные щипцы перфорация 3000 безъ мозга 50,0.	О пр. Выписалась на 14 день.	Сильн. кровотеч. въ III періодѣ и послѣ него. Разрывъ шейки до свода и плоскій друг. разр.		†	
Появленіе сильныхъ болей.	Щипцы. 2900,0; 49.		О кровотеч. 2 припадка, на 15 день выписалась.		Жив.	Жив.
	Perforat. Extr. kraniokl. 2400 безъ мозга, 47,0.		О кровотеч. 1 прип.	† при вскр. маленьк. 3,0 разрывъ, вдавленія отъ дождечек.	†	
	Перфорация и extract. кранио-клазія.	Новые припадки, смерть черезъ 3 часа при вскрытіи NB разрывъ въ параметріяхъ.	Разрывъ съ легк. кровотеч. Смерть черезъ 3 часа.	†	Мертв.	
	Поворотъ и экстракт.	Начтожное кровотеченіе разрывъ шейки въ параметріяхъ.			?	?

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его
59) Bischoff . Zent. f. Gyn. 47. 1902.	I-p.	9 мѣс.	Эклампсія 5 припадк.		2 сант. до полн.	Головка подвижна.	27 мин.
60) Langhoff. Zent. f. Gyn. 47. 1902.	I-p.		Эклампсія.		1 палець до 9.	Головка.	45 мин.
61) Ientzer . Zent. f. Gyn. 19. 1903.	I-p.	10 мѣс.	Эклампсія 9 припадк.	Не сгла- жена вполнѣ, 3 сант.	1 палець до 7,5.		38 мин.
62) Z a n g e- meister. Zentralbl. f. G. № 4. 1903 г.	?	?	Эклампсія. (У этого множественн	Сглажена. автора не	несмотря на разрывы	? медленное,	? осторожнос
63—68) Leopold Meyer . . Zent. f. Gyn. 11. 1903.	?	?	Эклампсія.	7 случ. шейка цѣла.		?	?
69) Schauta . Zentr. f. G. 25. 1903 и Christopho- letti. См. 81.	I-p.	?	Эклампсія.	Влагалищ. часть еще есть, нар. зѣвъ от- крытъ на палець.			Чрезвч. медл. раст. до 5 сант.
70) Id. . . . См 81.	I-p.		Эклампсія.		2½ сант. длины шейка проходима для 1 пальца		1½ часа растяж. до 7 сант.
71—72) Henze. Monats. f. G. и G. XVII стр. 789.			Эклампсія.		Неоткрытый зѣвъ до 8 сант.		3—5 мин. на сант. расшир.

Боли родовыя по время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	ребенка далѣе.
	Поворотъ и легкое извлеченіе.	Небольшое кровоте-чение уже съ 3,0 с. Небольшой разрѣвъ шейки. При выпяскѣ констат. много поряд. разр.	Выписалась на 22 день.		?	?
	Щипцы.		Выздоровл.		Мертв.	
	Щипцы входн. 51; 3700.	Разрывъ при растяж. 0 кровот. 3 шва.	При вскрытіи маленькіе разрѣвы.	†	Жив.	
расширеніе	въ каждомъ слу-чаѣ	получались	При вскрытіи 2 разрѣва до брюшины и мно-гіе маленькіе.	†	?	
?	?	Ничтожные раз-рывы на шейкѣ, только въ 1 слу-чаѣ—порядочно большой разрѣвъ. Одинъ изъ перв. случаевъ.			?	?
15 мин. рас-ширеніе до-кончено коль-нейринте-ромъ.	Кольнейринт.	Разрывъ до влагал. свода.		Только 1 умерда отъ эклам-псии не-большіе разрѣвы на шейкѣ.	?	?
	Поворотъ экстр.	0 повр.	12 припадковъ послѣ родовъ.	?	?	?
	?	Оба раза боль-шіе разрѣвы въ заднемъ сводѣ въ одномъ рас-простр. на вла-галище.		?	?	?

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Появленія, осложненія.	С о с т о я н і е шейвы.	зъва и вели- чина расши- ренія.	Нахожденіе предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
73—75) Blau . Zent. f. Gyn 31. 1903 и Wien. klin- Wochensch. 8. 1903.			Эклампися.				
76—78) Val- lantine . Zent. f. G. 31.1903 Brit. med. journ. 1903 21/т.			Эклампися.				20—30 и 35 мин.
79) Staude . Zent. f. Gyn. 33. 1903.			Эклампися.				
80) Koenig . Zent. f. Gyn. 40. 1903.	III-р.	10 мѣс.	Эклампися.	Шейка сохра- нена.	Проход. для 2 пальцевъ.	Головка надъ входомъ.	P. Bossi отъ 4 с. до 9 с.
81) Schauta . См. 69 и 70 Christopho- letti. Zent. f. Gyn. 58. 1903.			Nephrit.		Проход. для 1 пальца.		18 м. до 8 с.
82) Авторъ . . .	I род., ранѣе имѣла 2 вы- киды- ша.	?	Эклампися 9 припадк.	Шейка 2 сант. длины свободно пропуск. палець до 6½ с.		Ягодицы надъ входомъ.	Bossi 27 м.
83) Авторъ . . .	I-р.	10 мѣс.	Эклампися 8 припадк. начинающ. отець лег- кихъ.	Шейка не вполне сглажена пропуск. палець свободно.		Головка надъ входомъ.	Bossi 45 мин. до 8,5 сант.
84) Авторъ . . .	I-р.	7 мѣс.	Эклампися. начинающ. отець лег- кихъ.	Шейка около 3-хъ сант. едва про- пускаеть палець.		Головка надъ входомъ.	Bossi.

Боли родовыя во время расширенія:	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно далѣе.
		1 маловажн. разрывъ отъ инструмента.		Выздорov.	? ?
		0 разрывовъ.			? ?
			На вскрытіи глубокой разрывъ шейки St. думаетъ отъ инструмента	†	? ?
8 ми.	Щипцы, перфорация поворотъ. 3360 безъ мозга.	0 разр.	0 разрыв.	†	†
	Щипцы.	Мелкіе разрывы	Разрывы мелкіе.		
Имѣлись въ умѣренной степени.	Низведеніе ножки и извлеченіе. Реб. 1150,0.	Разрывъ шейки матки въ сводѣ. Ухудшеніе состоянія больной во время операц. Выздоровленіе.	Кровотеченіе незначительное.		†
Схватки были въ умѣренной степени.	Perforatio мervato плода. 3000,0 безъ мозга.	Незначительные разрывы шейки послѣ растпренія.	Послѣ соверш. перфорации и извлеченія значительный разрывъ шейки до peritoneum'a.	†	†
Схватки были въ умѣренной степени.	Двойни, поворотъ и извлеченіе.	Разрывъ шейки, проникающій въ клетчатку.	Pneumonia. Смерть на 7-й день.	†	†

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	звѣя и вели- чина распи- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его
85) Митрофа- новъ . . . Журн. Ак. и Жен. бол. Сент.1903 г.	I-p.	?	Эклампсія ослабл. дѣя- тельн. сердца.	Шейка не сжа- жена до 7,5 с.	?	Головка надъ входомъ.	Boszi 45 мин.
86) Id. . . .	I-p		Эклампсія узкій тазъ.	Шейка не сжа- жена до 9,5 с.	Звѣя около 1 пальца.	Головка надъ входомъ.	Boszi 80 мин. до 9 ¹ / ₂ с.

На 86 случаевъ примѣненія инструмента Boszi и его вариаций при эклампсіи получено было въ 24(=27,9%) случаяхъ—смерть матери. Въ 3-хъ случаяхъ исходъ для матери неизвѣстенъ(=3,4%). Мертвыхъ дѣтей получено 36(=41,8%). Судьба дѣтей неизвѣстна 10(=11,6%). Констатированы разрывы шейки матки до сводовъ въ 8 случаяхъ(=9,3%); разрывы въ клѣтчатку или до брюшины 13 разъ(=15,1%).

Боли родовыя во время расширения.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и даѣе.	Резуль-таты вскрытія	Состояніе ребенка непосредственно даѣе.
Усиленіе болей.	Поворотъ и извлеченіе.	О поврежденій.	Небольшой над-рывъ шейки. Выздоровленіе.		†
Усиленіе родовыхъ болей.	Попытки нало-жить щипцы. Перфорация.	Разрывъ шейки матки, переходившій черезъ сводъ на влага-лице.	Кровотеченіе атоническ. 6 швовъ на 23-й день переведена въ нервное отдѣленіе, вслѣдствіи психической болѣзни.		†

P L A C E N T A

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- ств.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.	Нахожденіе предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его
1) De Paoli . Pluri- Arch. f. Gyn. para. Bd. 69. N. 1.		6 мѣс.	Placent. pr.	Нормаль- длины.	? до 7 сант.	Надъ вхо- домъ.	Подъ руков. пальца 15 мин.
2) Id.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. lat.	Нормаль- длины.	Пропускаетъ палець ?	Головка надъ входомъ под- вижна.	20 мин.
3) Id.	Id.	7 мѣс.	Placent. pr. centr.	Сглажена шейка.	1 сант. неподатл. ?	Головка надъ входомъ, под- вижна.	15 мин.
4) Id.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. c. Попер. пол.	Не сгла- жена. Неподатл. края.	Была тампон. ?	Головка надъ входомъ.	15 мин.
5) Id.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. c. узкій тазъ, попер. пол.	Сглажена.	1 сант.		?
6) Id.	Id.	7 мѣс.	Plac. pr. c.	Длинная недоступ. пальцу шейка.			18 мин.
7) Id.	Id.	9 м. (?) Конецъ бер. (?)	Plac. pr. c.	Сглажена, не расши- рена, не- податл.			15 мин.
8) Id.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. c. Попер. пол.	1 сант. длины не расширен. неподатл.			12 мин.
9) Id.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. lat.	Цѣлая шейка.		Позное предлежаніе.	10 мин.
10) Id.	1-р.	6 мѣс.	Plac. pr. cent.	Сглаж. (?)	3 1/2 сант.		10 мин.
11) Id.	Pluri para	7 мѣс.	Plac. pr. cent		3 сант. до 7 сант.		10 мин.
12) Id.	Pluri para.	6 мѣс.	Plac. pr. c. Tuberculosis.	Сглажена неподатл.	1 сант.		10 мин. Роды оконч. въ 20 мин.

P R A E V I A.

Поли родовня во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосред-ственно.	ребенка далѣе.
?	Экстракція плода.		Кровотеченіе въ III періодѣ, остановилось послѣ рожд. плаценты.		Жив. (NB 6 м.)	?
?	Поворотъ и экстракція.		Кровотеченіе останавлилось при примѣненіи Ergotin'a и горяч. спринцев.		Жив.	?
?	Поворотъ и извлеченіе.	Ни одного	Кровотеченіе остановилось лишь послѣ мат-влаг. тампоновъ.		Жив.	?
?	Поворотъ и извлеченіе.	случая	Нормальн. пуерпер.		Жив.	?
?	Поворотъ и извлеченіе.	разрыва	Нормальн. пуерперіумъ.		Мертвый.	?
	Поворотъ и извлеченіе.	шейки	Кровотеченіе остановилось отъ ergotin'a, горяч. душей и тампоновъ.		Жив.	?
?	Id.	потреб.	Горяч. душь.		Жив.	?
?	Id.	наложенія				
?		шва.	Кровотеченіе ничѣмъ неоста-новлено.	†	Жив.	?
?	Извлеченіе.		Нормальн.		Мертвый.	
?	"		Нормальн. посл. п.		?	
?	Поворотъ и извлеченіе.		Исправленіе.	Жив.	?	
?	Поворотъ и извлеченіе.		Встала на 30 день.		Живъ 8 дней.	

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельностиего.
13) De Paoli . Arch. f. G. B. 69. H. 1.	Id.	8 мѣс.	Plac. pr. c.		4 сант.	Головка.	4 мин.
14) Id. . . .	Id.	Id.	Id. реб. мертв.	Воронко- образна.	2 сант. до 8 сант.	Головка.	10 мин.
15) Id. . . .	I-p.	7 мѣс.	Id.	Шейка расшир. до 3,0, а потомъ до 8,0.			5 мин.
16) Id. . . .	Pluri- para.	7 мѣс.	Plac. pr. lat. т° 38,0 п. 120.	2 бокор. разрыва шейки, раскрыт. 4 сант. Ранѣе— тампонац. до 8,0.			15 мин.
17) Id. . . .	Id.	9 мѣс.	Id.	2,0		Головка под- вижна въ та- зов. входѣ.	20 мин.
18) Id. . . . (случ. San- gregorio).	Id.	7½ м.	Plac. pr. cent.		1 сант. до 7½.		24 мин.
19) *) Id. . . . (сл. Ferri).	IV-p.	7½ м.	Plac. pr.	Почти сглажена.	2 сант. до 7 сант.	Головка под- вижна во входѣ.	25 мин.
20) Lederer . Arch. f. Gyn. B. 37. S. 711.	XIII-p.	?	Plac. praevia margin.	1 сант. длины до 6,0.	Проход. для 1 пальца.	Головка под- вижна надъ входомъ.	Съ зеркалами и наркозомъ 20 мин.
21) Leopold . 22) Meyer . Centr. f. G. 11. 1903.			} Plac. praev.				
23) Henze . . Monatsch. f. Geb. u. G. XVII. p. 689.	?	?	Plac. praevia на ручное	послѣ ма- лаго растяже- нія	растяже- ніе и низведе- ніе	зѣва инст- рументомъ на ножки.	

*) *Примѣчаніе.* На 19 родовъ, разсмагриваемыхъ De Paoli, 1 мать умерла и 3 дѣтей. Она заявляетъ, что со введеніемъ инструм. появляются энергическія сокращенія матки. Во время сокращеній прерываютъ расширеніе инструмента. При Plac. praev. *дѣйствуютъ быстро*, расшир. до 8—9 сант. При сильномъ кровотеченіи разрываютъ пузырь и продолжаютъ расширять. Послѣ извлеченія ребенка дѣлаютъ маточновлаг. тампонацію.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно далѣе.
	Щипцы.		Послѣ обычи. леченія норм посл. пер.		Живой. ?
?	Щипцы.	Ни одного	Кровотеченіе очень сильное, останов. ergot. спринцев. тамп.		Мертв. ?
?	Щипцы.	случая	Тщат. лечима высккиваніями (?) Норма, на 18 день встала съ постели.		Жив. ?
	Поворотъ и извлеченіе 5 мин.	разрыва	Кровотеченіе останов. послѣ спринц. п ergot. на 19 день остав. клинику.		Жив. ?
		шейки,			
		потребовавшаго			
	Щипцы 10 мин.	наложенія	Послѣ примѣненія обычнаго леченія—спринц. ergotin. et cet. женщ. поправ.		Жив.
	Поворотъ и извлеченіе.	шва.	Жива.		Жив.
	Поворотъ и извлеченіе.		Внушало опа-сенія.		Жив. ?
	Поворотъ экстракція. 2650,0.		Норм. выпис. на 10 день.		Жив. Жив.
		Ничтожныя надрывы.	Жива.		? ?

ступило очень сильное кровото ченіе, почему перешли тотчасъ

Примѣненіе инструмента Bossi и его

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды.	Сроки бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки.	Зѣва и вели- чина распи- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
1) Leopold Arch. f. G. Bd 66 H. 1. (I).	V-р.	Между 8 и 9 мѣс.	Phtisis pulm. истощ. женщ. №37,9. П.112. Узкій тазъ.	Раскр. 3 марк. около сант. длины, великооб- разно.	до 8 ¹ / ₄ .	Прижата во входѣ.	Введено подъ рук. глаза, слѣдить пальцемъ 35 м.
2) Id. . . . (V).	I-р.	9 мѣс.	Опасность для ребенка. Коксалгич. лѣвостор. с्यूжен. тазъ.	Шейка сглажена.	5 марк. мон. до 8 ¹ / ₂ .	Въ среднѣй таза.	? Слѣдили пальцемъ 20 м.
3) Id. . . . (VI).	II-р.	Конецъ 10 мѣс.	Лихорадка высокая опасность для мат. и плода	?	На 3 марк. до 8 ¹ / ₂ .	Подвижна во входѣ въ тазъ.	Пальцев. контр. 15 мин.
4) Id. . . . (VIII).	IX-р.	6 мѣс.	Тяжелыя судороги береж. матки.	2 пальца длины.	Зѣва пропуск. кон. пальца до 5 ³ / ₄ с.	Головка под- вижна надъ входомъ.	Медл. рас- шир. внѣ схватокъ (при 3 ¹ / ₂ сант. шапочки не прошли). 50 мин
5) Id. . . . (X).	I-р.		Высокая лихорадка. Узкій тазъ соп. в.=7,0. Общ. с्यूж. плоск. рах- тазъ. Уми- рающ. реб.	Сглажена	5 марк. мон. до 8 ¹ / ₂ .	Прижата ко входу головка.	Подъ рук. руки (?) прод. ?
6) Lederer Arch. f. G. Bd. 67. H. 3.	I-р.	10 мѣс.	Adipos. uni- versalis, пер- вичная сла- бость потугъ.	1 сант.	Проход. для пальца до 8,5.	Тазов. пр.	Безъ нарк. 30 мин.
7) Id. . . . (IV-р).			Phthisis pulm. Опасность для матери.		3 пальца до 9,0.	Головка въ полости таза.	7 мин.
8) Id. . . . (I-р).			Плоскій тазъ с. в.=8,0 медлен. роды. Ригидность зѣва.	Кайма толста и неподат- лива.	Проход. 3 пальца.	Головка надъ входомъ	30 мин.

вариантовъ при различныхъ показаніяхъ.

Боли родовыя во время расширенія	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	ребенка далѣе.
Рѣзко усили-лись.	Щипцы на го-ловку въ средн. отдѣлѣ таза. 41,0 длин. и 1630,0 вѣс.	Осмотръ и ощу-щиваніе—безъ поврежденій.	Удовлетв. Выпис. на 11 д.		Удовлетв.	
?	Щипцы, 47 с. 2350,0.	Разрывъ ненай-дены.	Удовлетв.		Удовлетв.	
Не сдѣлались сильноѣе.	Поворотъ на ножку, немедл. извлеченіе 49,5 с. 3350,0.	Не видно повр. ни шейки, ни влагалища.	Гонококковый эндометритъ.		Живой.	?
?	Поворотъ по Влахтон Ніскс. низвед. ножки. Норм. роды.	Разрыв. небольш. шейки при 4 1/2	Небольш. кровот. изъ разрыва шовъ. Однокр. пов. t ^o въ послѣр. пер.		(Выкид.)	
?	Перфор. и влеч. кефалотринто-ромъ.	Кровотеченіе, небольшой раз-рывъ шейки, 3 шва.	Удовлетв.		Мертв.	
	Экстракція, пер-форац. послѣд. гол. (зѣвъ обхват. шейку плода) 3740,0; 54,0.		Норма. Выпис. 10 д.		†	
	Щипцы.		Норм.—вскорѣ умерла.	†	†	
Натури.	Щипцы, потомъ перфорациа жив. ребенокъ 50,5. 3020 бол. мозга. Поворотъ и экстракція.		Нормально.			

АВТОРЪ, ИСТОЧНИКЪ.	Какіе роды.	Сроки бере- менно- сти.	Показанія, осложившія.	С о с т а в л е шейки.	Зна и вели- чина расши- ренія.	Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
9) Lederer Arch. f. G. B. 67. N. 3.	IV-р.		Узкій тазъ с. в. = 7,0. Искусств. прежд. роды.		3 пальца до соверш.	Головка надъ вход. таз.	10 мин.
10) Keller. Arch. f. G. 67. 3.	IV-р.	10 мѣс.	Тяж. Pyelitis.	Благ. ч. сохран.	Проход. для 2 пальц. до 11 с.	Головка под- вижна надъ входомъ.	30 мин.
11) Id. . . .	II-р.	7 мѣс.	Порокъ сер. Искусств. роды.	Соверш. закрыта шейка.	До проход. 4 пальцевъ.	Головка.	Сначала пальцемъ пот. расшир. 45 мин.
12) Id. . . .	I-р.	10 мѣс.	Пер. тем. пол Первич. самб. Болей. Лихо- радка матерн и плох. серд. реб.		5 мар. до соверш.	Головка во входъ.	15 мин.
13) Id. . . .	III-р.	10 мѣс.	Порокъ сер. Чахотка легк Плос. праев.		Искусств. роды соверш закрыт.	Головка.	Сначала пальцемъ за- гнѣть расшир. до 4 мар. въ 20 м.
14) Id. . . .	VII-р.	Начало 10 мѣс.	2 сторон. пнеймонія.	3 сант.	Проход. 1 пал. до соверш.	Головка во входъ.	11 мин.
15) Id. . . .	I-р.	10 мѣс.	Задн. темян. вставл. Растяж. нижн. сегм. матки. Лихорадка.		1 марк. до 9,1.	Головка перек. тем. вставл. при лег. ко входу.	22 мин.
16) Hammet- schlag . Mon. f. G. и G. XVII. Ergänzh.	XIII- para.	10 мѣс.	Infektion. Tumr. 38,5. П. 136.	2 сант.	2 мар. до 10.	Головка надъ входомъ.	12 мин.
17) Id. . . .	VI-р.		Infek. 38,8. П. 112.	2 сант. длины.	2 марк. до 9.	Перер. тая.	25 мин.

Боли родовыи во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка	Состояніе полового канала послѣ разрѣшенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и дальѣ.	Результаты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	дальѣ.
5 сильн. бол. въ теч. посл. 15 мин.	Повор. и экстр. 50,0; 3310,0.	По давлеч. инстр. слѣд. зѣва до вел. небольш. ладони.	Морн. теченіе. Сильное кровоте-ченіе въ III пер. и р. part. Endom. Thrombophlebitis. Выписалась на 35 день.		Жив.	† черезъ 4 1/4 часа перел. черепа.
Боли умѣр. но ясно замѣтн	Повор. и экстр. 30,0; 710,0.	Слѣд. шейки до 3—5 мар.	Коллапсъ женщ. Встав. матер. ригиатора новый колл. р. part. Кровотеченіе. Выпис. 15 д.		†	
3 поряд. хорош. боли. 0 кровот.	Щипцы кольпейр 53,0; 3600,0.	Сильн. кровот. въ III пер. и р. part.	Безлехор. п. пер Выпис. на 10 д.		Жив.	
Сильнѣйшіе боли, умѣр. сильное кро-вотеченіе— р. рг.	Повор., произв. роды 2 часа доздыѣ. 2700,0; 50,0.		Безлехорд. Выпис. на 10 д.		†	
3 сильн. боли. 0 кровотеч.	Щипцы въ по-досѣм. 49,0; 2850,0. Perforatio.		† См. при явл. отека легдыхъ 45 ч. послѣ р.	†	Жив.	
Отсутств. родов. дѣятельн.			Thrombophlebitis. на прав. ножд. Выписалась на 15 день.		†	
Боли опусти-ли головку во входѣ.	Входн. щипцы 49,0.	Лѣвост. разрыв. влаг. ч. до свода. Кровот. 1000,0.	Ручное отд. р. Выпис. на 18 д. съ реб.		Жив.	Жив.
	Повор. и экстр. жив. плодъ 52,0.	Лѣвостор. разр. влаг. ч. до свода.	Очень обильное кровоте-ченіе изъ влагалища. 1500,0. Ручное отд. р.		Жив.	

А В Т О Р Ъ, ИСТОЧНИКЪ.	Какіе роды.	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е		Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
				шейки.	зѣва и вели- чина расши- ренія.		
18) Hammer- schlag . Mon. f. G. и G. XVII. Ergänzh.	I-p.	10 мѣс.	Infek. 38,5. II. 120.	Сглажена.	5 мар. до 9 ¹ / ₂ .	Головка въ тазу.	15 мин.
19) Id. . . .	I-p.	6 мѣс.	Infek. 39,5.	Сглажена.	1 палець до 6 ¹ / ₂ .	Головка.	20 мин.
20) Id. . . .	VI-p.	8 мѣс.	Infek. 39,7.	Сглажена.	5 марокъ до 9,0.	Головка надъ тазомъ.	10 мин.
21) Id. . . .	IX-p.	9 мѣс.	Преждевр. отд. норм. сид. р.	2 сант.	3 марк. внутр. 2 пальц. до 10,0.	Головка во входѣ.	34 мин.
22) Id. . . .	II-p.	10 мѣс.	Выпад. пупов.		На 2 пальца до 10.	Головка надъ вход.	20 мин.
23) Id. . . .	VI-p.	10 мѣс.	Вып. руч. и пупов. попер. пол.		5 мар. до 8 ¹ / ₂ .	Попер. пол.	
24) Id. . . .	III-p.		Выпад. пупов. Узкій тазъ.	3 сант.	2 пал. прох. до 10,0.	Головка надъ вход.	24 мин.
25) Ostreil. Zent. f. G. 11. 1903.	I-p.		Infek. Tetan. uteri мертв. плодь. обще стужен. тазъ.	3 сант.	2 пальц. прох. до 8 сант.	Головка надъ вход.	15 мин.
26) Wagner. Zent. f. G. 47. 1902.	V-p.	10 мѣс.	Затяжн. роды. Истощеніе ж.		3 марки до соверш.	Головка надъ вход.	30 мин.
27) Bardele- ben . . . Arch. f. G. 70 B. N. 1.	II-p.	10 мѣс.	Некомпенс. порокъ серд. начинающ. отець лег- кихъ.	Шейка на 4—5 сант. длины проходим. для пальц.	Пропуск. палець.	Головка надъ входомъ, сталкивается во время опер. во входѣ.	25 мин. на 7 ¹ / ₂ сант. Подъ руков. пальц. очень легк. наркозъ.
28) Id. . . .	X-и.	9 мѣс.	Чихотка легкихъ. Лихор. 39,0. Ціанозъ.	2—3 сант. проходим. для пальц.		Головка надъ входомъ под- вижна.	22 мин. до 8,0. Безъ зерк. подъ паль- цами.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло-вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль-таты вскрытія.	Состояніе ребенка непосред-ственно.	далѣе.
	Щипцы жив. пл. 52,0.	Вдавл. на зѣвъ ущерб. 1/2 сант.	Удовлетв.		Жив.	
	Извл. Мюзеевск. щипцами.	Совсѣмъ мал. кровот. 1/2 сант. разрыв.	Норм.		Выкид.	
	Кристаллер. сп. 40,0 с.	О разр.	Удовлетв.		Жив.	
Появляются боли. Опускаются головы во входъ.	Попытки щипцевъ, перфор. п краниопа.	Мал. разр. влаг. части безъ кровотеч.	Норм.		Мертв.	
Повор. экстр. жив. пл. 54,0.	Ущемленіе пуповины вѣтъ. выним. инстр.	Разрыв. на 5 сант. Сильное кровот. вслѣд. разр. и атонія, прижатіе разр.			Жив.	
Ущемл. ручки и пупов. между вѣтъ.	Повор. и экстр.	О разр.	Здоров.		Мертв.	
	Повор. и экстр.	О разр.	Здоров.		Жив.	
	Перфораци.		О повр. На 10 день выписалась.		†	
	Щипцы высок. 3000,9.	Ничтожное кровотеченіе.	Норм.		Жив.	
Сильныя на-тужныя боли. 3 раза были и маточныя сокращенія при совершив разрывъ пу-зыря.	Высокіе щипцы 15 мин. Доношены. 51,0.	Нѣсколько разрывовъ секціи констатир. переходящ. при-крѣпл. влагалитъ разрыв. и рѣзкія вдавленія.		† 12 час. р. орег. Слаб. сердца.	Жив.	
Нѣсколько слабыхъ болей.	Повор. извле-ченіе подл. легк. наркозомъ. 44,0, 13 мин.			† 6 дн. спустя повид. отъ чахотки Sect. не было.	Жив.	

А В Т О Р Ъ, И С Т О Ч Н И К Ъ.	Какіе роды	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки. зѣва и вели- чина расши- ренія.		Нахождение предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его.
29) Wagner. Zentr. f. Gyn. 47. 1902.	IV-p.	11 мѣс. 6 дн.	Привычн. смерть плода перенос. узкій тазъ.	Соверш. сохран. до совер- шеннаго раскр.		Поперечное положеніе.	Безъ хлор. подъ руков. руки. 60 м.
30) Id.	V-p	5 мѣс.	Кровотече- ніе.	Сохран. до 6,0.	Закрѣтъ.		10 мин.
31) Bischoff . Zentr. f. Gyn. 47. 1902.	I-p.	10 мѣс.	Останов. родовъ, узкій тазъ мертв. ребенковъ.		5 сант. до 9,0.	Головка надъ входомъ.	10 мин.
32) Id.	I-p.	37 нед.	Искусств. прежд. роды, попер. полож.		1 мар.		20 мин.
33—39 Leopold Meyer . . . Zentr. f. Gyn. 11. 1903.			Sepsis 2 раза. Morbus. cor- dis 2 раза. Pyelitis 2 p. Преждевр. отдѣл. плод. 1 разъ.			?	?
40) Schauta . Zentr. f. G. № 25. 1903.	I-p.		Преждевр. отдѣл. плац. Очень сильн. анемія.	Каналь шейки 2 с. длины хрупск. палець.			Frommer'ов. 15 мин. до 3 пальц.
41) Id.	I-p.		Плоско рахит. тазъ.	Каналь шейки 3 сант. прох. для пальца.		Головка надъ вход.	45 мин.
42) Labhardt. Zentr. f. Gyn. 28. 1903.	VII-p.	38 нед.	Менингитъ.	Сглажена	Проход. для 2 пальцевъ.	Головка надъ входомъ.	Bossi до 10 сант. 15 мин.
При дру- гихъ	4 слу-	чаяхъ болѣе	медленнаго	расшире-	нія шейки	онъ имѣлъ	
43—51) Henze. Monats. f. G. и G. XVII 689			Искусственн. преждевр. или недозр. роды.		Расширяли до 5 сант.		3—5 м. 1 сант.

Боли родовыя во время расширенія.	Способъ родо-разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе полового канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Результаты вскрытія.	Состояніе ребенка непосредственно.	ребенка далѣе.
	Поворотъ и экстракц. 4100 неживл.	Небольшое кровотеченіе при расширен. порядочное послѣ.	Послѣ родовъ, — большой разрывъ шейки, съ больш. труд. остановл. кровотеченіе.		†	
	Поворотъ и экстракція.		Нормал.		Выкид †	
	Perforatio Kraniokl.	Поверхности. разрывъ.	Нормал.		Мертв.	
	Поворотъ и экстракція.	Косой разрывъ шейки, умѣренно кровогоч. прекрат. отъ горяч. спр. Выписалась на 11 день.			?	
	?	Ничтожные разрывы, въ одномъ случаѣ до 1,5 сант.	1 женщина погибла отъ per-sis'a другіе поправ.	1,5 сант разр. †	?	?
	Kraniotomia.	Въ обѣ стороны угрожающ. разрывы.			?	?
	Поворотъ и экстракція.	При экстракц. 4 сант. разр.	Укороченія шейки не было.		?	?
Усиленіе родов. болей.	Высокія щипцы.	Разрывъ во время опер. Кровотеченіе.	Разрывъ 9 сант. до брюшины. См. черезъ 6 час.	†	Жив.	Жив.
лишь незначи-	тельные поврежденія.					
Схватки прекращались по извлеч. расширит.		1 большой почти проникающей разрывъ.		?	?	?

А В Т О Р Ъ, ИСТОЧНИКЪ.	Какіе роды	Срокъ бере- менно- сти.	Показанія, осложненія.	С о с т о я н і е шейки. зъва и вели- чина расши- ренія.		Нахожденіе предлежащей части.	Способъ расширенія и продолжи- тельность его
52—56) Henze. Monats.f.G. и G. XVII 689.			Вызв. родовъ въ концѣ беременн.		Расшир. до 5 сант.	3—5 м. 1 сант.	Схватки про- должались по извлеченіи инструмента
57—58) Blau . Zent.f.Gyn. 31. 1903 и Wien. klin. Wochensch. 8. 1903.			Кровотеч. вслѣд. отд. дѣтск. мѣста.				
59—62) Id.			Угрожающ. разр. матки.				
63—65) Id.			Лихорадка и потряс. знобъ.				
66) Walter . Zent.f.Gyn. 50. 1903.	I-p.	34 нед. берем.	Порокъ сердца. некомп.	Искусств. роды съ accouch. forcé.		Головка надъ входомъ.	Frommer.
67) Knapp . Zent.f.Gyn. 35. 1902.	V-p.	8 мѣс.	Phthisis pulmon.	Зъвъ про- ходимъ едва для 3 пальц. до 9 сант		Въ широк. части пол. т. головка.	Bossi 7 мин. до 9 сант.

Суммируя получаемъ слѣдующія отношенія: быстрое расширеніе зъва съ немедлен-
нымъ родоразрѣшеніемъ при помощи инструмента Bossi и ему подобныхъ было произведено
въ 67 случаяхъ. Умерло матерей въ ближайшее время послѣ операціи 7, т. е. 10,4%. со-
стояніе 2 неизвѣстно. Изъ дѣтей умерли 12, т. е. 18%; судьба 14—неизвѣстна, т. е. у 21%.
Разрывовъ шейки до свода отмѣчено 5, т. е. 7½%, разрывовъ въ сводъ или даже до брю-
шины—6=9%

Боли родовня во время расширения	Способъ родо- разрѣшенія. Величина ребенка.	Состояніе поло- вого канала послѣ расширенія и родоразрѣшенія.	Состояніе матери непосредственно послѣ родовъ и далѣе.	Резуль- таты вскрытія	Состояніе ребенка непосред- ственно. далѣе.
		1 маловажный разрывъ.		1 умерла.	
		0 разрыв.	Выздоровл.	?	?
		0 разрыв.	Выздоровл.	?	?
	Высокіе щипцы. 2700,0; 47,0.	?		Жив.	Жив. Жив.
Значит. уси- л. болей.	Совершенное сглаживаніе шейки.	0 разрыв.	Операция на умирающей.		Мертв.