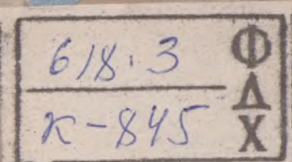




Прив.-доц. ОЛЕКСАНДЕР КРУПСЬКИЙ

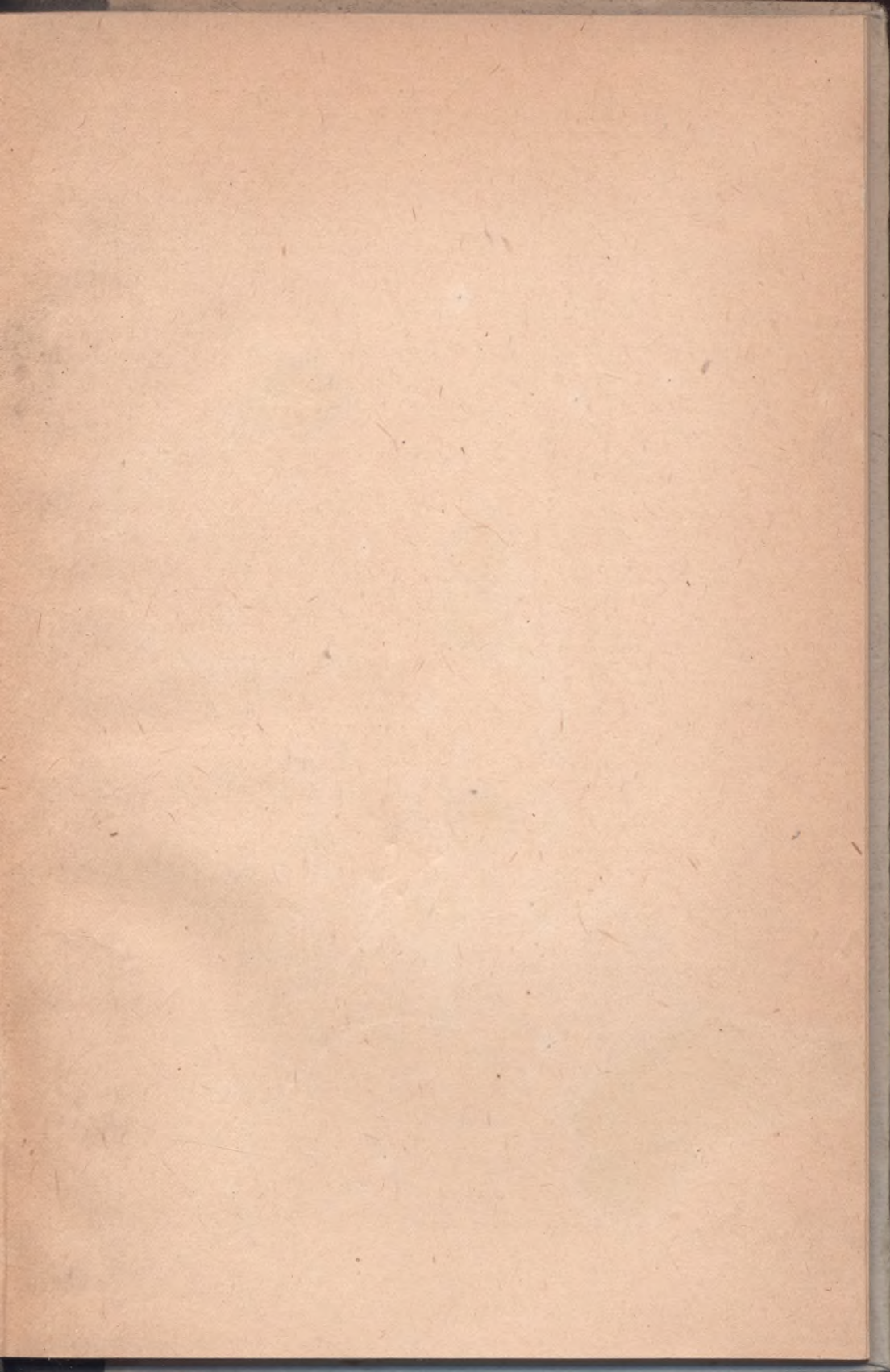


ПРО АКУШЕРСЬКІ KIELLAND'ОВІ ЩИПЦІ



ВИД. Я КИЇВСЬКОГО МЕДИЧНОГО ІНСТИТУТУ
1926





80364

6183
K-845
617.91

Про акушерські Kielland'ові щипці ¹⁾.

З акушерсько-гінекологічної клініки Київського Мед. Інституту.

(Директор — проф. Г. Писемський).

Прив.-доп. **О. Крупський.**

Минуло 200 років з того часу, коли Palfyn—хірург з Генту (1723 р.) демонстрував у Паризькій Академії Наук свої перші акушерські щипці. Правда, ще раніш за Palfyn'a в Англії винайшов цей інструмент Г. Шамберлен, але не опублікував і він залишився в медичній сім'ї Шамберленів, яко таємниця не тільки для допомоги роділлі, а також, очевидно, для допомоги й власникові таємниці за для матеріального зиску. З 1723 року акушерські щипці багато разів підпадали різним змінам їхньої конструкції, так що за два століття великі музеї акушерські нараховують по-над 300 моделей і форм цього інструменту. Така велика кількість моделей відразу показує, що й досі не придумано однієї, яка-б задовольняла всіх акушерів і була-б придатна до всіх випадків витягання головки щипцями. Як-би гарно не були сконструйовані т. з. класичні щипці, проте кожний акушер знає випадки, де їх дуже важко, а часом просто й неможливо покласти на головку, а тим більше—витягнути її без великих ушкоджень для матери й дитини.

Акушерська думка в справі винайдення інструменту, що задовольнив-би нас при всіх випадках, де треба щипцями витягти головку, — дає й тепер. Межі для удосконалення наука на знає. Коли головка, зробивши всі повороти, дійшла до виходу миски й стоїть *zangenrecht*, тоді нас цілком задовольняють т. з. класичні щипці (Simpson'ові, Naegele та

¹⁾ Попереднє повідомлення надруковано в № 3-4 журн. „Укр. Медичний Вістник“ (Прага).

Доповідь на Всесоюзному з'їзді акушерів та гінекологів у Москві 1924 р. і Медсекції ВУАН (Київ).

инші). В таких випадках операція витягування головки щипцями легка, ефективна й розроблена до тонкостей у деталях. Значно, гірше, коли потрібно закінчити пологи щипцями, а головка ще не зробила в мисці належних їй поворотів (ротацій); і зовсім зле для виконання операцій, коли головка ще навіть не низилась глибоко в малу миску, а стоїть високо в широкій частині миски, або навіть у вході більшим чи меншим сегментом. Нарешті, зовсім не підходять для операції випадки, коли потрібно накладати щипці на головку, що вільно стоїть у великій мисці, болотує — „на вільнорухливу головку над входом“. У подібних випадках класичні щипці нас не задовольняють. В такому положенні головки ложки доводиться накладати на лице і на потилицю, щоб-то проти основного принципу операції, де ложки повинні лягати на головці з боків—на обидва вуха дитини. Операція високих щипців, бо вимагає великої сили при тракціях, що часом пагубно відбивається на дитині, і для цілості родових шляхів матери уявляє велику небезпеку. Передусім модель класичних щипців для цих операцій коротка. Через те французька школа, що частіш припускає операції в таких випадках, інструмент свій зробила довшим (Lewret'ові щипці й инш.). Далі, при операціях подібної категорії виявилось, що класичним інструментом (навіть довгим) провести головку крізь миску, згідно з натуральним механізмом, щоб-то по провідній вісі миски—неможливо.

Щоб утримати ложки на провідній вісі миски, треба було-б так понизити ручки їх, як вже того не дозволяє проміжжя, бо при тракції в долину ручки щипців мусять стати майже перпендикулярно до горизонту (Красовський). Тому-то на зміну класичним щипцям в 1870-х роках Tarnier запропонував свої щипці, що мають пристосування для витягування головки по провідній вісі миски („щипці з осевими тракціями“). Ручки лише вказують напрямок прикладання сили. Згідно з Tarnier'овою ідеєю, Breus переробив Simpson'ові щипці. Принцип при цьому залишився той самий, аби кінці ручок вказували напрямок, в якому слід тягти головку. Також року 1880-го Lusk змінив щипці Tarnier'ові. Запропоновані інструменти з осевими тракціями справу витягування високої головки трохи покращили. З'явилася н.б. можливість провести головку крізь миску майже відповідно натуральному механізму. Завдяки цьому Tar-

п'єг'ові щипці увійшли в число інструментів майже кожного родільного притулку. Але справедливість вимагає сказати, що ними далеко не всі акушери користуються, маючи на увазі труднощі операції щипців на головку, що високо стоїть, а також ті ушкодження для головки й для родових шляхів, що при цьому інструменті трапляються.

Charpentier, обміркувавши гарячі дискусії з приводу Tarnier'ових щипців, каже, що хоч при цих щипцях треба менше сили, але коли головка над входом, а надто, коли вона рухлива, користи від них немає.

За А. Красовським, ті, хто спробував Tarnier'ові щипці, стверджують, що витягувати ними високу головку легше, ніж якими іншими. Не дивлячись навіть на це, за противказівки до щипців Красовський вважає не тільки „рухливу головку“, але й „головку, що високо стоїть“, бо в таких випадках операція може дати дуже тяжкі наслідки і для дитини й для роділлі.

Проф. Е. Вумм, даючи оцінку операції щипців, пише: „Що вище стоїть головка і що менш вона конфігурувалася, то важчі будуть тракції; коли-ж до цього приєднається ще несприятливий вступ головки, то невинні головні щипці можуть стати досить небезпечним знаряддям“. У всіх тяжких випадках операція щипців мусить бути лише у формі спроби. Для форсованих операцій не може бути виправдання, бо діти з'являються на світ з роздушеними черепами (мертвими), а для матери є ціла низка тяжких ушкоджень, навіть розриви кісток миски і злучок їхніх.

Досить негативно ставиться проф. Феноменов і до операції Tarnier'овими щипцями. Необхідність міцного стискування головки, а також складність і незручність інструменту не виправдуються його вигодами—витягуванням по провідній лінії миски.

Розбираючи операції щипців при поперечному положенні головки, проф. Феноменов висловлюється категорично проти накладання щипців на головку, що над входом, або тільки малим сегментом увійшла в порожню миску, і вважає, що такої операції робити не можна. Самий поворот високої головки (у вході), щоб виправити положення щипцями, вважає за остільки неприпустиме, що про це не варто навіть говорити.

Проф. І. Лазаревич головні труднощі при накладанні щипців на високу головку вбачає в тому, що головку доводиться брати в неправильному розмірі, а саме—через лоб і потилицю, що спричиняється до значних ушкоджень головки.

Проф. А. Дедерлейн навіть на щипці при низькому поперечному положенні головки дивиться, як на серйозну операцію, вимагає для неї серйозніших вказівок, а особливо—для високої головки, і рекомендує для цих випадків складний Scanloni'в спосіб з двох або трьохразовим перекладанням ложок.

В. Груздев пише, що Tarnier'овим щипцям властиві хиби—труднощі при накладанні, незручність інструменту й те, що його тяжко замикати; це зразу-ж викликало спроби придумати нові моделі щипців з осевими тракціями.

Ahlfeld'ів досвід каже, що для акушера Tarnier'ові щипці зайві.

За K. Schroeder'ом накладання щипців з осевими тракціями важке й морочливе; інструмент взагалі складний; чистити й дезинфікувати його трудно. Все це робить щипці не дуже придатними для практики.

Вищенаведене спричинилося до того, що часто-густо лежать Tarnier'ові щипці без діла, збільшуючи історичний армamentарій, часом на страх боязким роділлям та молодим студентам на іспиті.

Року 1916 в „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie“ Bd. 43, Heft I, лікар жіночих недуг Chr. Kielland (з Християнії) запропонував свою модель щипців і особливий, до певної міри оригінальний спосіб накладати їх на головку, в якому-б положенні ця остання не лежала в мисці. Щипці Kielland'ової конструкції, власне, мало чим відрізняються своєю формою від відомих досі моделей. Щоб порівняти, наводимо таблицю з розмірами найпопулярніших моделей (див. таб. на стор. 5).

Kielland'ова модель довшя за Simpson'ові щипці на 4 сан. і настільки-ж коротша за Tarnier'ову. Кривина по мисці у Kielland'а менша за Simpson'ову на 3 сан. і за Tarnier'ову всього на $1\frac{1}{2}$ —2 сан. Ширина ложки і особливо товщина її у Kielland'а майже найменша за всі класичні моделі (ніжна конструкція інструменту). Вагою, не дивлячись

Розміри найпопулярніших моделей щипців акушерських.

	Kielland	Simpson	Лазаревич	Борятівський	Naegle	Tarnier	Mursin	Lewret
Довжина щипців . . .	39,5	35,0	36,5	34,0	34,5	43,0	47,0	38,0
Від верхівок до клямки	27,5	20,0	27,0	22,0	20,0	28,5	26,0	21,0
Довжина ручок . . .	12	15	9,5	12,0	14,5	14,5	21,0	17,0
Головна кривина . .	8,5	8,5	7,0	8,0	7,0	6,25	5,5	6,25
Простір між верхівками	1,5	2,0	1,5-2,0	1,5	1,0	1,5	1,0	0,5
Кривина для миски .	4,5	7-7,5	—	—	8,25	6,0-6,5	8,75	9,5
Кривина для проміжжя	3	—	—	—	—	5,5	—	—
Вага	530	500	550	490	520	750	800	780
Ширина ложки . . .	4,0	5,0	4,3	4,2	5,0	5,5	4,5	4,0

на трохи збільшену довжину, інструмент майже підходить під самі легкі класичні моделі (Simpson, Лазаревич). Кривина для проміжжя, що занеї автор, між иншим, навіть не згадує, на половину менша, ніж у Tarnier'a. Клямка зовсім особлива, мало схожа на инші і припускає при замкненні рухливість ложок мало по горизонталі, а за те, навіть при значному розходженні ложок—по вертикалі, цеб-то одну ложку можна накладати значно вище за другу, і щипці проте замикаються.

З таблиці видно, що в Kielland'ових щипцях а) змінено мискову кривину; б) введено невелику кривину для проміжжя, хоч сам автор на неї й не вказує; в) зовсім нова (хоч не ідеєю, але формою) клямка (замок) і не в звичайному вона місці; г) довжина інструменту, рівняючи його з найновішими моделями, трохи збільшена, це здовження припадає, переважно, на стержні ложок до клямки; е) щось подібне до шарніру, або санного апарату в ручках там, де ми звикли бачити клямку і ф) в засобі накладати щипці на головку полягає найбільша відмінність проти тих правил, що ними досі користуються акушери.

В своїй статті Kielland зазначає, що значна кількість невдалих операцій щипців на головку, яка стоїть в поперечному розмірі глибоко у вході, або в порожні, навіть за нормальних взаємовідносин розмірів головки й миски, залежить від самого способу накладати ложки через лице й потилицю. Таке накладання спричиняється до тяжких ушкоджень головки (ушкодження очей до видушування їх, крововипливи в мозок, переломи кісток, паралізи *facialis* то-що). Ложки дуже невдало захоплюють головку не всією поверхнею, а лише верхівками, як кліщами. Коли ложки не охоплюють головку щільно, а лише кінцями (верхівками), то решта ложки, що не прилягає до головки, утворює перед головою дугу—ширшу, ніж сама головка. Дуга ця збільшує родовий об'єкт. Це викликає протитиснення з боку родових шляхів, бо попередні частини ложок (дуга) так сильно в'їдаються в м'які тканини родового каналу, що при спробі повернути головку з щипцями оператор мусить викручувати разом і *vagin'u*. В цьому саме, за Kielland'ом, полягає й причина тяжких ушкоджень родових шляхів матері.

Розуміється, щипці накладені в навкісному розмірі, в якому головка охоплюється щипцями ближче до нормального,—пише Kielland—дають кращі наслідки. На жаль, навкісне накладання при високому положенні головки не дуже легко дається і не завжди можливе на практиці. Труднощі накладання щипців на нерухливу, але високу головку бувають такі великі, що доводиться довго потрудитися, щоб провести ложки по боках миски і розташувати їх на головці так, щоб вони замкнулися. Інший буває радий добитися такого положення, коли-б щипці хоч як-небудь держалися на головці і не сповзали. Причину труднощів Kielland вбачає в тому, що щипці, накладені не з боків головки, а навкісно, або по прямому її розміру, не мають на чому триматися (добре лягти), а тому, при накладанні другої ложки, перша вже сповзає з потрібного операторові місця. Звідсіля і невдачі: а) сповзання щипців, б) неправильне („найгірше“) охоплювання головки і в) неправильний вплив на поворот головки, коли саме головка, замість переднього виду, вибирає нахил до заднього.

Всі ці невдачі залежать, на Kielland'ову думку, від неправильности, або, певніше сказати, від неможливости накласти на головку ложки в ідеальному (біпаріетальному) розмірі.

Це дало Kielland'ові привід запропонувати новий спосіб накладати передню ложку. Прийом полягає в тому, що передню ложку проводять по-за симфізою прямо наперед на своє місце. За винятком поодиноких випадків, ложку проводять у такому положенні, що внутрішня поверхня її дивиться не до головки, а до симфізи. Коли ложку заведено досить високо, її вже в уразі повертають на 180° по повздовжній вісі і тоді вона вільно лягає на головку. Другу (задню) ложку заводять позаду головки просто promontorium'a або трохи з боку від нього. Отже, щипці накладають зразу в прямому розмірі миски і як замкнути їх—вони симетрично обхоплюють головку з боків, на вушках. Щоб полегшити поворот передньої ложки, частина стержня, що прилягає до ложки, стоншена й закруглена. „Штиковидна“ форма інструменту, який ніби-то зберігає вигоди й прямих щипців і щипців з кривиною, на авторову думку дає змогу найкраще обхопити головку не тільки біпаріетально, а й бімаларно. Верхівки ложок, з яких значна частина сили, що витягає, переноситься на всю ложку, лежать на тих частинах лица, які, під захистом м'яких тканин, легше виносять тиснення. Не придушється ні лоб, ні ніс, ані очі. Мозок не відчуває такого міцного тиснення, як при поперечному захопленні головки—через лице й потилицю. При такому накладанні (в прямому розмірі) щипців навіть на високу й рухливу головку немає вже потреби в апараті для осевих тракцій, бо він має призначенням запобігти неправильного напрямку тракцій, коли щипці з мисковою кривиною накладають лише в поперечному розмірі миски. Спосіб такого накладання й повороту ложки технічно, за автором, легкий і ніякої небезпеки не уявляє. Можливість поранення верхівкою ложки підчас повороту передньої уразової стінки є лише теоретична, що стверджено сотнями вдалих випадків. На автопсії в двох випадках, що померли від інфекцій, ушкоджень уразу ніяких не було.

Сам Kielland вважає, що його щипці найбільш підходящі саме в тих випадках, коли головка стоїть у вході, або-ж високо в порожні миски, де точно й правильно накладати класичні щипці важко і часто це не дає позитивних наслідків.

„Саме тут мої щипці в своїй стихії“,—пише автор.—„Базуючись на перевагах моїх щипців і способі їх накладати, моїми щипцями в цілій низці випадків можна досягти кращого й кра-

щого витягування, ніж звичайними інструментами й методами. Не треба тільки вимагати від щипців більше, а-ніж вони можуть дати. Межі придатності повинні бути для кожного інструменту, і не треба чекати, щоб мої щипці були придатні до всіх абсолютно випадків. Звуження миски, а також ригідність тканин у 1-рага иноді уявляють непоборимі перепони“. Лише в тих, дуже обмежених випадках, коли головка дуже щільно заклинилась у вході, особливо при вузькій мисці, і різко розтягла нижній сегмент уразу, ложка часом не може бути заведена досить високо для повороту. Для таких випадків автор пропонує накладати передню ложку в прямий розмір шляхом переміщення ложок і техніку його також трохи змінє по-своєму. Коли головка зробила поворот з нахилом до заднього виду, накладання щипців за Kielland'ом дає можливість, при бажанні, легко повернути її в передній вид, не перекладаючи ложок.

За 7 років Kielland вживав свій інструмент 352 рази: у 302 випадках—при поперечному положенні головки, 23 рази—в навкісному з поворотом у задній вид (після легко зробленої ротації—народження відбулося в передньому) і 27 разів—у навкісному високо в порожні миски; 5 разів—при лобних і 6—при лицевих. Був один летальний exitus від інфекції при вузькій мисці. Ні одного розриву проміжжя III ступіня. Ні разу не було поранень сечового міхура, уретри, або м'яких частин мискової стінки. У 1-ої 1-рага зі звуженим виходом миски на 2-ий день виявилось розходження лівого *symphysis sacroiliaca*. Дітей померло 5: двоє скоро після пологів (лицеве і лобне попередення; двоє—на 3—4 день (народилось при вузькій мисці) і одна дитина народилася мертвою (передчасні пологи). Екскоріацій і великих ушкоджень на головках не було. Один раз була тимчасова параліза n. facialis. Ушкодження очей не було; в двох дітей був перелом дужки (*claviculae*), що стався, як пояснює автор, „при прорізуванні плечиків“.

Техніку накладання Kielland'ових щипців автор описав так:

- 1) Положення роділлі звичайне на поперечному ліжку, щоб трохи звисала за край.
- 2) Точна діагностика положення сагітального шва та великої й маленької криничок.

3) Перед накладанням щипцям перед геніталіями надають такого положення, яке вони мусять мати в місці.

Та ложка, що буде тут верхньою (ближчою до оператора), повинна бути передньою (під симфізою). Два пальці однієї руки заводять у піхви поміж головою та передньою губою шийки. Друга рука бере ложку, як шпагу. Ложку держать горизонтально верхівкою догори і заводять так між головою та передньою уразовою губою прямо наперед, позаду симфізи в ураз. Ложку треба заводити так заввишки, щоб закруглена частина стержню опинилась під симфізою. Далі—поворот ложки. Повернути ложку треба в той бік, куди дивиться її мискова кривина. Щоб не помилитись, на ручці є горбик; у бік цього горбика завжди й треба провадити поворот. Після повороту ручка міцно держиться сама на проміжжі, не потребуючи підтримки з боку асистента. Заведення другої (задньої) ложки так само провадиться за допомогою лише 2-х пальців; їх (пальці) проводять між головою та задньою уразовою губою. Другу ложку заводять поверх ручки першої і з того її боку, де лежить клямка, щоб не сталось неправильного перехрещування. Задню ложку заводять в ураз просто promontorium'a або трохи збоку від нього (особливо при вузьких мисках). Піднімаючи або опускаючи додолу ручку, знаходять таке положення, при якому ложка легко проходить досить високо. Коли-б навіть не пощастило завести задню ложку на однакову височінь з передньою, то й тоді щипці зйдуться завдяки особливій конструкції клямки. Різниця в висоті,—пише Kielland,—при першій-же тракції вирівнюється. Тракції повинні відбуватися точно в напрямку ручок, краще трохи назад, а-ніж наперед. Коли головка вільно-рухлива над входом, треба підчас накладання ложок, щоб асистент фіксував головку, натискаючи однією рукою на лоб, а другою на потилицю. Просто над симфізою руку класти не можна. Коли головка знизилась в порожню, вона звичайно сама робить ротацію. Можна це зробити й щипцями ще поки головка в широкій частині миски, щоб крізь вузьку частину головка проходила вже поверненою. При ригідних м'яких тканинах ротацію краще пророблювати без одночасової тракції. Де-які форми миски не дозволяють повернути головку в широкій частині, тоді ротацію переводять біля виходу. Після повороту головки, ложки, натурально, лежать в поперечному роз-

мірі миски. При прорізуванні головки ручки не годиться підіймати догори вище, ніж то робиться вільним розгинанням головки. Лобні попередення за такого способу накладання легко переходять в потиличні. При задніх видах, коли сагітальне шво стоїть уже в прямому розмірі виходу, щоб повернути головку в передній вид, щипці накладають в поперечному розмірі миски (як класичні), тільки верхівками до крижової кістки, а далі—в потрібний бік повертають головку. При навкісному положенні головки в передньому виді щипці краще накладати за класичним способом.

При лицевих попереденнях Kielland'ові щипці придатні й для переднього й для заднього виду, при чому цей останній легко перевести в передній, треба тільки правильно покласти—клямкою в бік лица.

Розбираючи вигоди й невигоди своїх щипців, за єдину їхню хибу автор вважає те, що оператор мусить точно ставити діагнозу положення головки. Накладати-ж ложки навмання, не з'ясувавши точно, де мала й де велика криничка, як инколи накладають класичні в поперечному розмірі, не можна. За позитивний бік інструменту Kielland вважає: 1) легкість накладання щипців; 2) щипці не міняють положення головки у вході; 3) небезпеку інфекції зведено до мінімуму, бо заводиться не рука, а тільки два пальці, і то лише до губи, а не глибше; 4) сповзання щипців неможливе; 5) щипці надують на головку не тільки верхівками, а всією ложкою (не так, як кліщі) і лежать на тих місцях головки, що легше інших переносять це рівномірне тиснення; 6) щипці вживають, яко вірний нешкідливий ротаційний інструмент; 7) не виступаючи наперед дугами, щипці більше зберігають від розривів родові шляхи, не повертають їх разом з головою і 8) витягування головки потребує значно менше сили.

Як треба завести ложки на головку шляхом не прямого, за Kielland'ом накладання, а шляхом переміщення—автор і на цей випадок подає свою методику. Переміщенню підлягає лише передня ложка, а задню заводять просто promontorium'a. Для переміщення не потрібно заводити передню ложку за головку (як то класично потрібно), а досить лише верхівку під контролем двох пальців довести до великої кринички чи до лоба, а далі, відхиливши ручку до протилежного стегна,

переводити її по стегну в долину, неначе стрілку годинника. Контрольні пальці допомагають переміщенню верхівки і разом проводять ложку догори під симфізу, аж поки ручка міцно не стане прямо над апус'ом.

Так у коротких словах можна переказати ідею Kielland'ових щипців.

Надрукував свою працю Kielland р. 1916-го, а до цього часу акушери до певної міри встигли вже дати щипцям ту чи иншу оцінку. Можна сказати, що особливо з 1918 р., в Німеччині не вийшло майже ні одного будь-якого акушерського журналу, в якому-б не розбиралися Kielland'ові щипці, чи то в окремій статті, чи в справозданнях акушерських товариств, або конференцій, конгресів та з'їздів. Німецькі акушери поставились до цього питання жваво й гаряче,—мабуть більше за инших відчуваючи потребу в інструменті до накладання на високу у вході головку.

Французькі акушери, найбільш з тереотичних міркувань, засудили Kielland'ові щипці, визнали їх непотрібними і не користуються ними. Німецькі-ж акушери поставились до нових щипців різно.

Утворилась ціла література з відозвами відомих німецьких професорів та їхніх клінік. Надруковано вже спостережень понад 2000 пологів, закінчених Kielland'овими щипцями. Де-які клініки, правда, ще й досі не висловлювалися в пресі, але, оскільки нам відомо, дослід з Kielland'овими щипцями давно провадять.

Нам стало-б не під силу перераховувати усю підряд літературу, а тому ми спробуємо розбити її на три яскраво визначених групи.

В першу групу ми з'єднуємо думки тих акушерів, що на підставі своїх спостережень, а подекуди лише чисто теоретичних міркувань, навіть не випробувавши Kielland'ових щипців, відкинули їх, підписавши їм смертельний вирок.

Проф. Schauta, хоч сам і не спробував Kielland'ових щипців, проте, на запитання, чи є потреба в цих щипцях, відповідає негативно. Ми мусимо в клініці навчати тільки тих прийомів, що їх може виконати практичний лікар, бо більшість пологів відбувається вдома, а не в родільних притулках. Проте на головці, що лежить низько (хоч і навпоперек) в порожні ми

не потребуємо кращої моделі, ніж наша класична. При високій головці так само добре справляємось класичними, треба тільки правильно захопити головку через лице й потилицю. Треба накладати не двома пальцями, а $1\frac{1}{2}$ рукою. Schauta уявляє собі один тільки випадок, де були-б потрібні Kielland'ові щипці, коли в лицевому попереденні головка стоїть високо в поперечному розмірі. В такому разі, звичайно, щипці не підходять, а Kielland'овими щипцями досвідчений спеціаліст, можливо, доб'ється гарних наслідків. Але ці випадки так рідко трапляються, що вже за де-кілька років йому не попадались зовсім. Проте введення передньої ложки й поворот її за Kielland'ом дуже трудна й серйозна справа, а тому його може проробити лише спеціаліст-акушер, і аж ніяк не лікар-практик. В цьому Schauta вбачає таку велику хибу, що відкидає потребу в такому інструменті й підписує щипцям смертельний вирок.

Такої-ж приблизно думки проф. Peters (Відень), проф. К. Скробанський (Ленінград), пр.-доц. Ануфрієв,—останні два цілком теоретично.

Також Heynemann, Matthaei, Deseniss, Genner, Labhardt (Базель) і Beuttner (з Генту) зовсім не вбачають потреби в нових щипцях, задовольняючись у всіх випадках моделями класичними або з осевими тракціями.

Thies не міг-би радити Kielland'ових щипців, бо вони є занадто рухливий інструмент, а через те часто й легко сповзають. Конструкція цих щипців дуже ніжна й німецька, а через те ледве чи придатна навіть для лицевих і лобних попередень, де потрібна значна сила тракцій.

Skutsch (Лейпциг) і Frey (Цюрих) висловлюються проти повороту передньої ложки, вважаючи за доцільніше переміщення її.

Проф. Gugisberg ставиться до Kielland'ових щипців досить негативно з двох причин: „За останні роки ми майже відмовились від високих щипців, а нині знову впливає ця небезпечна операція і навіть радять її на рухливу над входом головку. Це крок назад в акушерстві. Високі щипці є операція necessitatis, а тому від неї треба відмовитись, особливо практичному лікарєві. В цьому питанні Kielland'ові щипці нічого не повинні змінити“. Цю думку підтримує й Wyder. Другу небезпеку Gugisberg вбачає в тому, що операцію новими

щипцями вважають за операцію дуже легку. Може для спеціаліста воно й так, але для практичного лікаря поворот передньої ложки є річ небезпечна і загалом для всіх лікарів радити, на його думку, не можна.

До цієї-ж групи треба віднести думку Zangemeister'a, Selheim'a, Stratz'a і Zimmermann'a, Andrussier'a, Brandt'a, Bumm'a, de Seigneux та инш.

Не висловлюючись категорично проти, бо сам не мав потреби в Kielland'ових щипцях і ні разу їх не вживав, Opitz принципово погоджується з думкою Schaut'a і визнає, що нові щипці можуть бути придатні лише при лицевих та лобних попереденнях. Разом з тим Opitz, як і Fehling, застерігає, щоб разом з Kielland'овими щипцями знову не відновлялася думка про високі щипці серед лікарів-практиків. Тому, коли й припускає користування новими щипцями, то лише в стінах клінік і в руках гарних спеціалістів.

Fink (з Кенігсберзької клініки Winter'a), хоч і вважає нові щипці за цінний внесок в акушерський інструментарій, а проте, після дуже ретельного розбору власних 54 випадків, а також 1000 випадків з літератури, приходить до висновку, що Kielland'ові щипці—інструмент ненадійний, що його не можна давати в руки лікаря-практика. Навіть в руках гарних фахівців Kielland'ові щипці можуть бути небезпечним інструментом як для матери, так і для дитини. До цієї-ж категорії мусимо прилучити висловлені в літературі думки Heunemann'ові (Гамбург) і почасти Wyder'ові (з Цюриху); з думкою останнього погоджується й Zweifel.

До иншої категорії належить думка тих акушерів, що хоч обережно, а проте сприятливо ставляться до нових щипців.

Проф. Winter вважає, що Kielland'ові щипці мають перевагу перед класичними, бо ними легше, з меншою силою вдається стягнути високу головку, що охоплюється щипцями біпаріетально. Також ротація головки при лобових і лицевих попереденнях легка. Важка техніка накладання не дозволяє передати щипці в руки всіх лікарів, залишивши їх лише в руках фахівців.

Проф. Stoeckel 1922-го р. в своїму підручникові акушерства вважає взагалі „високі щипці“ за операцію не для приватної практики. Kielland'ові щипці дозволяють захопити головку, що високо стоїть в поперечному розмірі, але інструмент

ще мало випробуваний і для практичного лікаря через трудну техніку аж ніяк не підходить. Проте, кількість голосів, що радять нові щипці для клінік і спеціалістів, все збільшується,— пише Stoeckel.

До цієї-ж категорії можна віднести погляд багатьох авторів, що вже цілком стоять за нові щипці, віддаючи їм всі переваги перед класичними і, особливо, з „осевими тракціями“, але бояться дати їх в руки всіх лікарів-практиків. За причину цього сумніву вважають потребу точної діагностики (нам здається— це не є хиба щипців, а швидче оператора) і досить трудну, незвичайну техніку. Так міркують Krull, Hammerschlag, Halban, Frey-Bolly, Geppert, Heim, Benthin, Beuttner, Henkel, Hermstein, Hiess, Lee, Peham, Pruska і багато інших. До цієї-ж категорії можемо прилучити теоретичні міркування проф. проф. А. Марковського, Л. Окінчіца, Л. Кривського, Л. Бубліченка (Ленінград).

Д-р Hirschberg (з клініки Stoeckel'я) на підставі клінічного матеріалу дуже хвалить нові щипці і вважає, що з Kielland'овими щипцями ми можемо поширити навіть розуміння „zangenrecht“. Проти класичних вони мають перевагу, бо потребують менше сили (екстракція стає легша), а тому більш бережуть матір і дитину. При високій головці з ними більше шансів на живу дитину. А проте Hirschberg разом зі своїм шефом не відважується віддати інструменту для загального користування.

Проф. А. Mayer (Tübingen), розібравши всі contra, віддає повну перевагу Kielland'овим щипцям і в резюме своєї статті каже: „Страх перед накладанням цих щипців безпідставний; спосіб накладання тільки здається складним. Хто з'ясував собі суть справи, той так само правильно й просто накладе їх, як і класичні“. Він навіть при звуженнях миски чекає від них більшого, ніж від класичних, а проте в руки лікаря-практика віддати їх боїться. Так само й д-р Е. Meumann (з клініки Lichtenstein'ової) віддає їм всі переваги при лицевих і лобних попереденнях, вбачаючи в них рятунок для дитини. В резюме однієї з своїх праць, розглянувши 40 своїх випадків з Kielland'овими щипцями, він пише, що нові щипці цілком можуть замінити класичні, навіть при вузькій мисці: сповзання ложок неможливе при правильній установці і менш треба сили для

екстракції, і легко їх накладати, а проте руками лікаря-практика повернути передню ложку Meumann не наважується. В руках-же досвідченого акушера інструмент дасть велику користь. Тієї самої думки й Holderberg, Heinllin, Stroeder та інші.

Обережно, а проте сприятливо висловлюється Sachs, зауваживши, що при повороті передньої ложки можна нею притиснути пуповину, як у нього було один раз на 94 випадки Kielland'ових щипців,

Третя група авторів, вітаючи нове придбання в акушерстві, вважає за можливе сміливо віддати щипці до користування всіх лікарів. На підставі більшого чи меншого власного досвіду й матеріалу, де-які з авторів вважають за можливе повну заміну Kielland'овими щипцями всіх інших моделей (класичних і з осевими тракціями). Де-хто з них рішуче настоюють, щоб Kielland'ові щипці було введено в курс навчання акушерства. За підставу до цього вони виставляють з одного боку їхні переваги перед всіма іншими моделями, а також і те, що нові щипці охоче розбирають та вживають і лікарі-практики. Тому в можливих помилках і ускладненнях будуть винні не тільки лікарі, а й ті, чий обов'язок навчити лікарів.

Яскраво визначив ці думки Kl. Hoffmann (з Dortmund'a, директ. Fr. Engelman), що на підставі 94 спостережень радить Kielland'ові щипці для лікарів-практиків, яко єдиний інструмент, що цілком може замінити всі інші щипці—і класичні, і з „осевими тракціями“. Він сподівається, що у всіх навчальних інституціях нові щипці увійдуть в курс акушерських операцій. Kl. Hoffmann знаходить собі підтримку з боку Küster'a (Бреслау), Reidiger'a (Кенігсберг), Frey (з Цюриху), Купферберга (Майнц), що також висловлюються за введення в курс навчання акушерства цих щипців. Цю думку підтримує й проф. Franz (з Берліну).

Проф. Rosenfeld (Відень), всупереч Schauta гаряче радить щипці для всіх лікарів, бо в недосвідчених руках кожен інструмент (і класичний) є річ небезпечна.

Spitzer (з клініки Rosenfeld'ової) поглиблює й розвиває думку свого шефа на 132 випадках. З моменту користування новими щипцями клініка забула тяжкі ушкодження дитячої головки, що були при високих класичних щипцях. Щипці

легко накладати, легко робити поворот, для тракції потрібно менше сили, розриви не так часто трапляються, а розрив шийки майже не буває; ротація головки відбувається легко, шанси на інфекцію дуже обмежені, смертність роділь = 0. Він вважає за потрібне Kielland'ові щипці ввести в курс акушерства, тоді й невдачі з ними стануть значно рідше траплятись і відпадуть незаслужені обвинувачення інструменту.

Проф. Walthard (з Цюриху) вже навчає студентів оперувати Kielland'овими щипцями і переводить іспит на фантомі. Року 1924 на такому іспиті були присутні сам Chr. Kielland і H. Saenger.

Carl Ruge II, на підставі своїх 20 випадків, називає нові щипці „щипцями майбутнього“. Він вважає, що треба, щоб усі лікарі мали змогу навчитися цьому засобові через уведення їх у курс навчання. Проти запровадження в курс висловилися Bumm, Döderlein, Küstner і Wyder.

Kupferberg (40 випадків) радить вживати Kielland'ові щипці всім лікарям і в усіх випадках (високі, вихідні та інші).

Berecz (з клініки Toth'ової) бажає успіху новим щипцям, що на підставі його матеріялу, остаточно відкинуть модель Tarnier'ову і зменшать кількість перфорацій головки.

Schubert (з клініки Franz'ової) на підставі 30 випадків без смертності роділь і дітей доповідав свої спостереження на засіданні Акуш.-Гінекол. т-ва в Берліні в присутності самого Kielland'a й гаряче радить ними користуватись. Такої-ж думки додержується й Heidler (150 випадків з клініки Kermagner'ової); дуже задоволений щипцями, він вважає їх значним „кроком наперед“ в акушерстві.

Палким прихильником нових щипців є Riediger — асистент проф. Winter'a, що вважає їх за найближчі до ідеалу. Він вважає, що вони замінять цілком і класичні, і Tarnier'ові щипці, а в недосвідчених руках завжди й класичні були шкідливим інструментом. Сюди-ж треба віднести думку пр.-доц. H. Saenger'a (з Мюнхену), Horn'a, Neidler'a, Kelen'a, (з Венгрії), проф. G. Kubinyi (Венгрія). Палким прихильником є також д-р G. Conrad (з Вірхової лікарні, що в Берліні), Baumm Jun., Mathes, W. Pieper (з Бреслау) та інші.

Можна було-б навести цілу низку авторів, що цілком приймайючи Kielland'ові щипці замість класичних, не виявляють

282564

своїї думки що-до придатности інструменту в руках усіх лікарів, так висловлюються Stoecker (Гамбург), K. Schroeder (Кенігсберг), Scheitzer, Puppel та інші. До цієї-ж категорії можемо прилучити думку нашого вчителя проф. Писемського (Київ) і проф. Кіпарського (Ленінград). Останній—лише теоретично.

На початку 1923 року, критично до Kielland'ових щипців поставився д-р Fink (з клініки Winter'ової з Кенігсбергу). Він розбирає матеріал Кенігсберзької клініки, а також праці 32 авторів, де досить докладно записано до 1000 операцій новими щипцями. З такої самої схеми ми дозволимо собі скористуватися в дальшому.

Дуже докладно розроблена Fink'ова критика, на нашу думку, є занадто сувора. Автор не взяв на увагу, що нових щипців ще не вивчили оператори. Акушери самі вивчали їх, на перших кроках праці робили помилки, що на них самі й училися. А тому багато хиб, що їх Fink хоче накинати інструментові, легко можна перенести инколи й на операторів. Правда, що перші операції новими щипцями почали робити досвідчені вже спеціалісти, проте й для них ця метода була новою; до неї треба призвичаїтись, розвинути техніку, хоч таку, як класична.

Що більший фахівець, то краща в нього класична техніка, а всяка нова йому всеж-таки здається принаймні новою, незвичайною. Тільки в процесі роботи нова техніка дає можливість до себе призвичаїтись і оператор, як кажуть, „набирає смаку до неї“. Так само умови до Kielland'ових щипців і межі для їхнього вживання занадто поширюються. Хочеться, щоб новий інструмент, коли він, кажуть, кращий, поміг-би там, де класичні щипці, що вже відомо, будуть важкі і, або дадуть позитивний наслідок, або й не дадуть... Так, де-хто з акушерів, спробувавши інструмент, почав зразу використовувати його спеціально для операцій при звужених і рахітичних мисках. Інші, навпаки, довго не могли відважитись на Kielland'овий поворот ложки і довго вживали новий інструмент добре відомим класичним шляхом „переміщення“.

Отже в кожного, навіть досвідченого оператора, якусь частину серії перших операцій слід-би відкинути на призвичаїння до нової моделі й способу, бо й у них можуть бути якісь непо-

розуміння, помилки та непривичайня. Проте Fink приймає на увагу всі випадки без винятку й на них базує свою досить сувору критику. До прикладу, скажемо Beresz (з Будапешту), після першої (!) невдалої спроби, ні разу на 26 випадків не відважився повернути передню ложку за Kielland'ом, зауваживши, що й з переміщенням нова модель витисне Tarnier'ові щипці, дасть змогу часто уникнути перфорації головки, за що бажає їм успіху; а Fink і цю нерішучість оператора записує в мінус новій методи повороту ложки. Може з цього боку думка критикова не завжди справедлива. Шляхом статистичного матеріалу Fink доводить, що нові щипці хоч і є цінний внесок в акушерський інструментарій, проте ніколи вони не замінять класичних щипців, бо це інструмент ненадійний, часто небезпечний для матери й дитини. Техніка їхня важка.

Швидко після статті Fink'ової з'явилися на світ праці Riediger'ові (з тієї-ж клініки, що й Fink) і Heidler'ові (з Відня); їх можна назвати „критикою на критику“ Fink'a що-до Kielland'ових щипців.

Особливо цінна праця Riediger'ова (з Дортмунда)—кол. асистента тієї-ж клініки проф. Winter'a, звідки вийшла Fink'ова стаття. Riediger до виходу з клініки сам брав участь в більшості операцій, що їх занотував Fink, а тому вважає за обов'язок стати на захист Kielland'ових щипців. На його думку не можна з праць Kielland'ових прихильників робити витяг лише односторонніх цифр, не звертаючи уваги на різноманітні умови pro et contra в кожній операції кожного оператора зокрема. У кожного оператора своя звичка працювати, а тим більше—записувати. Один завжди профілактично робить розріз проміжжя, другий—лише в наглих випадках. Труднощі при операції кожний оцінює суб'єктивно. Один дуже деталізує в записах: „утруднено“, „важко“, „дуже важко“, відтіняючи кожен нюанс сили свого почуття, а другий записує більш офіційно. Розібравши далі по рубриках Fink'ову працю, Riediger подає такий висновок: „Мені хотілось ослабити несприятливий погляд чераз те, що після таких праць кажуть, що Кенігсберська клініка (замість Fink з Кенігсберзької клініки) подає несприятливіші погляди, ніж були досі. До мого виходу з клініки ми на підставі наших випадків мали погляд на Kielland'ові щипці цілком сприятливий“.

Д-р Heidler (з клініки Kermauner'ової у Відні) у великій статті, що написано вже після Fink'ової критики, розібравши надзвичайно ретельно 150 випадків своєї клініки, приклавши до них мірку самого Fink'a, ось як закінчує: „Висновок, що його робить Fink, є неправдивий. Kielland'ові щипці є великий крок наперед. Що більше користуються ними, то обережніші стають оператори та точніше встановлюється діагноза, відповідальніше встановлюється вказівки до операції. Ще раз треба голосно сказати, що при точних вказівках можна уникнути багатьох помилок в техніці... Коли мені в цих рядках (цеб-то в статті) пощастило переконати, що Kielland'ові щипці дуже несправедливо називають „недопустимим інструментом“, то мету моєї праці досягнуто“.

Щоб подати вичерпуючі відомості, мусимо навести, що Fink за свою критику витримав ще полеміку і з Н. Saenger'ом р. 1924 після своєї статті про ушкодження дитячої головки Kielland'овими щипцями. В наслідок цієї наукової полеміки Fink каже: „Даремно Saenger називає мене супротивником Kielland'ових щипців... Їх гідність в досвідчених руках і в підходящих випадках я визнаю“.

Всі новіші праці в цьому питанні майже щоденно без винятку подають сприятливе відношення до нового інструменту.

Наші клінічні спостереження охоплюють всього 19 випадків (16 клінічних і 3 з приватної практики).

Матеріал остільки малий, що ми не відважилися-б виступати з докладом, коли-б не зміцнили себе випадками з літератури цього цікавого для нас питання.

16 раз операцію Kielland'ових щипців пророблено власноручно (13 раз у клініці, 3 рази в приватній практиці в м. Києві і три рази операцію проробили в клініці наші товариші, лікарі клініки). Крім того, нам довелося бачити ще один раз операцію, пророблену руками шефа клініки проф. Г. Писемського в акушерській клініці Київського Клінічного Інституту. Цієї останньої до нашого матеріалу не внесено, бо пророблено її не в нашій установі.

Kielland'ові щипці накладали за типом класичних у нав'язаному розмірі 1 раз.

В поперечному розмірі (вихідні)--1 раз.

Шляхом переміщення ложки—2 рази (один раз через трудності при накладанні передньої ложки, в другому випадкові через різко виявлений endometritis gonorrhoeica ми нарочито не хотіли заводити передню ложку високо в ураз і там нею маніпулювати; задню ложку обидва рази накладали просто promontorium'a).

Modo Kielland з поворотом передньої ложки—15 разів.

Всі операції провадили під загальним наркозом і припиняли його відразу як накладено ложки.

Між роділлями було:

multi-para	2
молодих I-para (до 30 років)	12
старих I-para (30—37 років)	5

Миска нормальна—17 (вага дітей до 3960,0).

„ загально-рівномірно звужена—2 (conj. diagonal. 11,0)
(більша дитина—3500,0, довж.—51 сант.).

Головка стояла у входу 1 раз.

„ „ високо в порожні миски 5 „

„ „ в середині миски 9 „

„ „ біля виходу 4 „

Сагітальне шво в навкісному розмірі миски 4 „

„ „ в поперечному розмірі миски 14 „

„ „ в прямому виходу 1 „

На рухливу головку ми не накладали щипців ні разу, даючи перевагу іншим акушерським операціям—поворот на ніжку, sectio Caesarea та інш.

Всі операції зроблено при потиличних попереденнях. Лобних і лицевих попередень нам ще за цей час не доводилось оперувати.

Ротацію головки щипцями пророблено 16 раз (два рази при навкісному накладанні ротації не рахуємо), а саме:

З поперечного положіння головку повернено в прямий розмір (поворот на 90°)—14 раз.

З навкісного (намічався задній вид; поворот на 120—140°)—2 рази.

Накладання передньої ложки було утруднене 3 рази, через що її у вип. 4 накладено шляхом переміщення.

Задню ложку накладено прямо назад—17 разів; накладання задньої ложки завжди трохи важче, ніж передньої.

Розривів шийки відмічено 1 раз (вип. 12), хоч щипці накладали при неповному розчиненні уразової шийки 4 рази.

Розривів піхвових склепінь не відмічено ані разу.

Розриви піхвової стінки задньої були 3 рази,

„	labii minoris	2	„
„	проміжжя I ст.	3	„
„	„ II ст.	6	„
Perineotomia	mediana за Оттом	4	„
Episiotomia		2	„

З шести розривів II ст. два припадають на такі випадки, коли ложки щипців здійнято перед прорізуванням головки і головка прорізалася без щипців.

Одна породілля (вип. VIII) померла після пологів від уремії, з приводу якої у неї зроблено штучні передчасні пологи (смерть не залежала від операції щипців).

Післяпологовий період гарячковий був 1 раз (вип. VII),—*endometritis sub et post partu*: інфекція почалася ще до пологів. У Я—вої було захворювання на *lues* і *gonorrhoea*; *t^o sub partu*—38,0.

Endometritis levis—з рази (вип. IV, XVII і XII); інфекція почалась до операції, *sub partu t^o* до 38,0.

В одному випадкові були явища *cystit'u* в *puerperium'i* (що залежало від катетеризації, а не від щипців).

В одному випадкові ми спостерігали в *puerperium'i* *necrosis colli* (вип. XII),—це у старій 1-рага; перший період пологів—затяжний (68 годин), великий набряк передньої губи шийки, що була міцно притиснена головою до симфізи. Щипці накладали при 4-х пальцях відчинення. Наслідком операції був розрив шийки. Ригідність тканин, набряк шийки—тут слід було-б зробити розрізи на шийці до накладання щипців; не зробивши цього, до певної міри мусимо прийняти *necrosis colli* на рахунок операції.

Отже, в чотирьох випадках післяпологових захворювань обвинувачувати операцію не можна, бо *endometritis* почався ще до операції. У вип. IV—мікроскопічно—мішана флора й стафілокок. Обидва захворювання треба віднести по справедливості до легких захворювань. Всі чотири випадки закінчились видужанням. Відсоток смертності для матери від операції щипців—0. Одна хора померла від уремії.

Виписалось: на 6-й день . . 1

„ 7-й „ . . 2

Виписалось:	на 8-й день	. 5	(1 в приватній практиці).
„	9-й „	. . 3	(1 в приватній практиці).
„	10-й „	. . 3	(1 в приватній практиці).
„	11-й „	. . 1	
„	15-й „	. . 1	
„	23-й „	. . 1	
„	25-й „	. . 1	

Одна дитина народилася мертвою. Щипці накладали при відсутності серцебиття дитини, бо при високій t^0 й пульсі матери пульсацію уразових жил помилково частина присутніх лікарів визнала за „глухі“ тони дитини, а тому не піднімалася рука до *perforatio capitis*. Ніяких ушкоджень шкіри, черепових кісток, а також у мозкові в дитини не було.

Двоє дітей померло швидко після пологів (одна на 6, друга на 3-й день). Робили секцію трупиків.

Вип. VII: ушкоджень шкіри й кісток черепа не було. Вільний крововиплив під *dura mater*. Явища клінічні почали виявлятися з 5 дня (*cirrhosis hepatis atrophicans, nephritis parenchimatosa, icterus, lues*). Навряд чи можна крововиплив, що виявився на 5 день, ставити в вину операції; а решта діагнози, що мала найбільший вплив на життя дитини, від щипців, звичайно, не залежала.

Вип. VIII. Дитина від матери-уремічки, померла від недорозвинення. За два дні свого життя дитина не кричала, лише пищала. Різка схудлість ясно свідчила про значне недорозвинення. Отруєна токсинами матери дитина не справилася з ними своєю єдиною ниркою, бо другої не мала. На секції ясне недорозвинення, *asphyxia, aplasia renis dextri, infiltratio haemorrhagica tentorii cerebelli*. На шкірі й черепових кістках ніяких ушкоджень не встановлено.

Решта дітей народилися і виписалися здоровими. При огляді головки зараз після пологів незначні сліди від щипців знайдено у 6 дітей. Всі випадки слідів від ложок припадають на ту щічку (біля підборіддя й ротика), що при поперечному положенні лежала вперед і підпадала впливові передньої ложки. При всіх випадках, де були сліди від передньої ложки, щипці були замкнені при невірв'яних ручках, а значить, при тракції середній палець перетягав передню ложку, щоб вирівняти її з задньою. Всі зазначені дуже легкі ушкодження минули безслідно на 2—5 й-день після пологів.

Розгляд клінічних випадків.

Випадок I. (Родільний журнал № 640 за 1923 р.). О. Ст-ик; 27 р. Дом. господиня. I-para; vitium cordis—insufficiencia mitralis і трамватичний *neurosis cordis*. Пологи своєчасні. t^0 —37,5. Пульс від 90 до 120. Миска: D. tr—31,5; D. cr—28,5; D. sp—25; Con. ex.—19,5. Положіння дитини 2 повздовжнє, потиличне. Затяжний другий період—10 год 15 хв. і малий пульс роділлі до 120. З'явилися петехії на шийі. Відчинення уразу повне, головка коло дна миски, значна родова пухлина. Сагітальне шво чуть в лівому навкісному, близько до поперечного; мала криничка праворуч. Етеровий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові накладено в правому навкісному за класичною метою. Ложки накладені в поперечному, переміщувалися в правий навкісний. При першій тракції головка почала сама повертатися з щипцями в прямий розмір. Три тракції по горизонту й одна трохи догори. При прорізуванні тім'яних горбів ложки здійнято й головку виведено без щипців. Одноразове обкручування пуповини навколо шийки. Щипці легко накладено, легко переміщено. Ротація дуже легка однією правою рукою. Прорізування йшло дуже швидко. Щипці здійнято. Ruptura perinei gr. II et fissurae parietis vaginae posterioris. 9 швів. Placenta чебез 1/2 години за Crede. Хлопчик живий, 3760,0, довжина—50 сант. Окружність головки 35 сант. На головці екскоріацій немає. Puerperium нормальний. Шви per primam intentionem. Виписалась на 9-й день здоровою. Дитина здорова.

Випадок II. (Родільний журнал № 608 за 1923 р.). Роділля Р. П-цька, 37 р., кравчиха, I-para. Рік тому typhus exantematicus. Слабкуватої ніжної будови тіла. Пологи своєчасні; t^0 нормальна. Миска: D. tr—31,5; D. cr.—26; D. sp.—24,5; Con. exter.—19,5. Положіння дитини потиличне. Затяжні пологи. Другоразова слабкість болю. Pituitrin без ефекту; ванна—також. Другий період—12 г. 15 хв. (а всі пологи 60 г. 35 хв.). Головка високо в порожні. Сагітальне шво в поперечному розмірі миски. Мала криничка ліворуч. Хлороформовий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові в прямому розмірі з поворотом передньої ложки. Передня—легко й поворот легкий. Задня—з невеликими труднощами повз promontorium. Замикання при невіривняних ложках. При пробній тракції ложки вирівнюються. Одна сильна тракція донизу. Головка легко знижується. Передня ложка підчас цієї тракції значно перетягається мимо волі оператора, середнім пальцем нижче задньої. Ротація без тракції, легко, однією правою рукою. 2 тракції горизонтально й одна трохи догори. Проміжжя ригідне, мало розтягається. Perineotomia mediana за Оттом. 6 швів. Placenta—самостійно за Schultze чебез 1/2 години. Puer vivus, 3200,0; довжина—49,5 сант., найбільша окружність головки—34,5 сан. На правій тім'яній кістці слід—незначне вдушування від передньої ложки на місці родової пухлини й на правій щічці біля підборіддя. Ушкодження ці зникли на 2-й день. Puerperium нормальний. Одноразове підвищення t^0 до 38,2 на 5-й день. Шви per primam. Виписалася на 9-й день здоровою.

Випадок III. (Родільний журнал № 648 за 1923 р.). Роділля Віра Г-ман, 23 р. Безробітна канцеляристка. I-para. Попереду було 2 штучних

викиднів. Пологи своєчасні. Миска: D. tr.—2,95; D. sr.—25; D. sp.—23; Con. ext.—19. Положіння дитини 2 потиличне, передній вид, t^0 —36,5, пульс—80, дих.—22. Другоразова слабість переймів. Pituitrin. Другий період 8 год. 50 хв. Хитання серцебиття дитини. Низьке поперечне положіння сагітального шва на дні миски. Мала криничка праворуч. Хлороформовий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові в прямому розмірі миски. Передня ложка вперед без труднощів, поворот її легкий. Задня ложка збоку від promontorium'a пройшла без труднощів. Після замикання відразу ротація—дуже легко. 2 тракції до себе й 1 трохи догори. При прорізуванні щипці здійнято. Проміжжя ціле. Fissura labii minoris sinistri. Suturae 6. Placenta за Credè. На головці слідів від ложок немає жадних. Хлопчик живий; 3320,0; довжина—50 сан.; окр. головки—35 сан. Puerperium нормальний. Виписалася на 8-й день. Дитина здорова.

Випадок IV. (Родільн. журнал № 693). М. Луб-ка, 35 р., лікарська помічниця, I-para. Пологи передчасні на X місяці. Миска: D. tr.—30,5; D. sr.—27; D. sp.—24,5; Con. ext.—20,5. М'ясневий шар по всьому тілі не дуже добре розвинений. Положіння дитини I потиличне. Підготовка родових шляхів недостатня—ригідність тканин. t^0 —37,5, пульс—112, дих.—20. Раннє відходження вод. З початком переймів враз захиталося серцебиття, через що дитину витягнуто щипцями. За 5 хвилин до накладання щипців серцебиття дитини глухе, біля 112, і пульс матери біля 112. Одна частина лікарів, присутніх на пологах, визнавала, що глухе серцебиття є дитяче, а друга вбачала тут пульсацію уразових артерій. Думки розійшлися, а тому накладено щипці (хоч думка оператора належала до другої категорії), а не зроблено perforatio. Відчинення шийки на 4 пальці; край шийки міцно охоплюють головку. Головка в порожні миски. Сагітальне шво в поперечному близько до лівого навкісного. Мала криничка ліворуч і трохи назад (нахил до заднього виду). Хлороформовий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові. Передня ложка трудно йде вперед, а тому накладається з лівого боку, а тоді переміщується під симфізу. Задня ложка легко заводиться з лівого боку від promontorium. Ручки вирівняні. Одна тракція донизу. Ротація на 120—130° без тракцій. Головка легко переходить в передній вид. Дві тракції на себе. Ригідне проміжжя розтято (perineotomia). Головка легко прорізується за одну тракцію. Одноразове обкручування пуповини щільно навколо шийки. Fructus mortuus. Пуповина спалася. Жадних відзнак життя дитина немає. Велика родова пухлина на обох тім'яних кістках і на них незначне вдюшування від ложок. Дівчинка—2800,0,—довжина—47 сан., окр. гол.—34 сан. Задні води з мекономем і з неприємним пахом (endometritis sub partu, t^0 до 38°C, шви на розріз проміжжя). В післяпологовому періоді endometritis levis з нормальною весь час температурою. Шви per secundam. Ulcera puerperalia. Виписалась здоровою на 25-й день після пологів. Розтин трупики дитини показав, що смерть прийшла від задушіння. Поранень черепа немає.

Випадок V. (Родільн. журнал № 729 за 1923 р.). Родільця О. Рп-ва, 19 років, господиня, I-para. Пологи своєчасні. Білковина й циліндри в сечі. Миска: D. tr.—28,5; D. sr.—26,5; D. sp.—25; Con. ext.—18; Con. diag.—12. Положіння дитини I потиличне, передній вид. Eclampsia—6 нападів до поло-

гів і 1 абортивний підчас *perineorrhaphia*. Лікування спочатку за Строгановим, а при відчиненні на 4 пальці хлороформовий наркоз підчас всієї операції щипців Kielland'ових. Головка в порожні, сагітальне шво в поперечному розмірі миски. Розривається плідний міхур. Передня ложка за Kielland'ом легко. Задня просто *promontorium* легко. Щипці замкнулися легко при рівних ручках. Дві тракції донизу, щоб головка вийшла з кільця шийки. Ротація легко без тракції. 2 тракції на себе й головка за 2 тракції легко prorізується. *Ruptura perinei gr. II. Fissura labiorum min. Suturae 12.* Дівчина, 3100,0; довжина—50 сан.; окр. гол.—34,5 сан. Жива. Знаків на голові від щипців немає. *Puerperium* нормальний. Дворазове підвищення t^0 до 38,0. Шви *per primam*. Виписалась здоровою на 10-й день. Дитина здорова.

Випадок VI. (Родільний журнал № 741 за 1923 р.). Роділля К. Дчук, 26 р; господиня. I-para. Пологи своєчасні. D. tr.—30; D. cr.—6,5; D. sp.—24; Con. ext.—18,5 (загально-рівномірно звужена 1 ступіня); Con. diagon.—11,5. Положення дитини—I потиличне; надзвичайно різкі (болючі) перейми. Затяжні пологи (52 год. 50 хв.; t^0 —37,5, пульс—90. II-й період—8 год. 43 хв.). Другоразна слабкість натуг. Хлороформовий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові в прямому розмірі миски. Головка з різкою конфігурацією ще не пройшла найбільшою окружністю й стоїть посередині у вході. Сагітальне шво в поперечному розмірі. Мала криничка ліворуч. Високі щипці. Передня ложка легко за Kielland'ом; поворот—легкий. Задня трудніше за передню. Дві міцних тракції стягають головку в порожню миску. Ротація в широкій частині без тракцій. Дві тракції на себе й одна до prorізування. Ложки здійнято, головку виведено без щипців. Синя асфіксія дитини; відживлено. *Ruptura perinei gr II Suturae—6.* Особливості: ложки були замкнуті легко, не вважаючи на те, що ручки не були вирівняні. Дівчинка—3500,0; довжина—51 сан.; окр. голов.—35 сан. Незначна екскоріація верхньої губи біля правого кута ротика дитини; піджила на 3-й день. *Puerperium* нормальний (одноразове підвищення t^0 до 37,8). Виписалася на 7-й день, здорова. Дитина здорова.

Випадок VII. (Родільн. журнал № 69 за 1924 р.). Роділля Ф. Як-ва, 32 р, господиня, I-para. Пологи вчасні. Як вийшла заміж, хворіла на *lues et gonorrhoea*; *myocarditis*. Перша вагітність скінчилась 1920 року викиднем на II-му місяці. Миска: D. tr.—32,5; D. cr.—27,5; D. sp.—23,5. Con. ext.—20,5. Положення дитини—потилічне. Надзвичайна ригідність *orificii externi*. Набряклість вічка. *Incisio colli uteri*. Раннє відходження вод. Затяжні пологи (120 год); *endometritis sub partu*; t^0 38,0; пульс—96. Відсутність переймів. Хитання серцебиття дитини. Під хлороформовим наркозом до тракцій—щипці Kielland'ові в прямому розмірі миски. Головка в порожній малій миски. Сагітальне шво в поперечному розмірі. Мала криничка праворуч. Через дуже яскраво виявлений *endometritis* і гнійні відходи передню ложку накладено шляхом переміщення за Kielland'ом; задню просто *promontorium* у накладати трудно. Замикання при вирівняних ручках. Одна тракція донизу. Ротація в широкій частині надзвичайно легко вдалася. Ручки держать підчас ротацій однією рукою. 2 тракції на себе. Головка виводиться легко в щипцях. На голові ніяких ушкоджень

немає. Retentio placentae, haemorrhagia. Extractio placentae manualis. Ruptura perinei gr. II; suturae 6. Дівчинка жива; 3100,0; довжина—49 сан.; окр. гол.—35 сан. Puerperium—endometritis sub et post partum; t^0 перших 4 дні до 38,0 С, а потім нормальна—до 37,0. Виписалася здоровою на 15-й день. Дитина померла на 6-й день при явищах крововипливу в головний мозок. Явище крововипливу з'явилося на 5-й день. Секція: на голові ушкоджень немає, haemorrhagia subduralis cerebri, cirrhosis hepatis atrophica, nephritis parenchimatosa, icterus, lues. (Смерть дитини не в зв'язку з операцією щипців).

Випадок VIII. (Родільний журнал № 139 за 1924 р.). Роділля О. Корка, 27 р., дом. господина, I-para. Pyelonephritis acuta. Graviditas in m. X (за три тижні до терміну пологів). Положіння дитини II черепне. Миска: D. tr.—32,5; D. cr.—29; D. sp.—25; Con. ext.—19,5. Partus arte praematurus (бужі за m. Krause). При відчиненні на 4 пальці хитання серцебиття дитини, показався meconium. Applicatio forcipis m. Kielland, під легким хлороформовим наркозом. Головка високо, ледве спустилася більшим сегментом із входу в порожню. Сакітальне шво в поперечному розмірі миски. Обидві кринички на однаковій височині. Передню ложку легко заводити і поворот легкий; задня ложка—легко. При замиканні ложки лежать не на однаковій височині. Після одної легкої тракції донизу, однією рукою без тракції дуже легко—ротація головки. 2 тракції на себе і дві для прорізування головки. Прорізування дуже легке. Asphyxia livida. Дитина швидко почала дихати, не кричить, а тільки пищить. Хлопчик—2800,0; довжина—45 сан.; окр. гол.—34 сан. Ознаки недоношеної дитини. На підборідді з лівого боку невеличке місце вдушування від ложки, що вирівнялося через 6 годин. Ніяких інших ушкоджень на голові немає. Ruptura perinei gr. I et fissura parietis poster. Suturae—4. Puerperium.—uremia, від якої хора померла на 4 день після пологів. Автопсії не зроблено. Дитина померла через 2 дні від недорозвинення. Патолого-анатомічна діагноза на секції: на черепі ніяких ушкоджень від щипців немає. Загальне недорозвинення Asphyxia. Infiltratio hemorrhagica tent cerebelli. Аномалія розвитку нирок. Aplasia renis dextri. Відсутність arteriae renalis dextri et urether'a. (Дитина померла не в зв'язку з операцією щипців). Підтензоріальний крововиплив ледве чи можна поставити в провину щипцям і дуже легкій операції.

Випадок IX. (Родільний журнал № 203 за 1924 р.). Роділля М. Ад-ва, 19 р., господина, 1-para. Пологи своєчасні. Миска: D. tr.—30; D. cr.—27,5; D. sp.—25,5; Con. ext.—18,5; Con. diag. 12. Положіння дитини II черепне. Затяжний другий період (10 год. 15 хв.). Відсутність натуг. Хлороформ до тракцій. Головка в середині миски. Сакітальне шво в поперечному розмірі. Мала криничка ліворуч. Щипці Kiellad'ові в прямому розмірі миски. Передня ложка без утруднень і поворот легкий. Задню ложку просто promontorium заведено легко. Ложки замкнені не на однаковій височині. Після однієї тракції донизу головка сама виявляє намір до повороту, що відбувається підчас дальших горизонтальних тракцій. Головка прорізується в щипцях. Проміжжя ціле. Fissura labii minoris sin. Suturae. Дівчинка жива—3600,0; довжина—50,0 сан.; окр. гол.—35,0 сан. Ледве по-

мітний слід притискування від передньої ложки на правому підборідді, що до ранку зовсім вирівнявся. Puerperium нормальний. Шви per primam. Виписалася на 8-й день. Дитина здорова.

Випадок X. (Випадок з приватної практики в м. Києві, що я перевів його за допомогою одного з молод. асист. акушерської клініки). Роділля З. А-ова, 27 років, господина, I-para. Загальний стан гарний. Миска: 30, 27, 24; con. ext.—20,5. Положення дитини—перше потиличне. Раннє відходження вод до початку родових переймів. Перший період—20 годин, другий період—1 год. 30 хв. Хитання серцебиття дитини, показався месоніум. Відчинення майже повне, тонкі краї шийки з усіх боків облягають головку. Головка в середині миски. Сагітальне шво в поперечному розмірі миски, мала криничка ліворуч. Хлороформовий наркоз до тракцій. Щипці Kielland'ові з поворотом передньої ложки; завести передню ложку не зовсім легко, а поворот ложки легкий; задня—з невеликими труднощами з боку від promontorium; замкнені після вирівнювання ложок. Зразу після пробної тракції зроблено легко ротацію однією рукою без тракцій. Дві тракції донизу, рівняючи, легкі. Три тракції на себе. Головку виведено в щипцях. Дворазове обкручування пуповини навколо шийки. Пуповину перерізано in situ. На голові слідів від ложок немає. Placenta за Credè. Ruptura perinei gr. II, 6 швів; puerperium нормальний. Шви per primam. Сіла на 7-й день, встала на 8-й, залишена без догляду на 9-й. Дитина здорова.

Випадок XI. (За 1924/25 навчальний рік. Родільний журнал № 122). Роділля Ян-ка, 20 р., дом. господина, I-para; eclampsia sub partu. Положення дитини потиличне. Миска: D. tr.—31; D. cr.—27; D. sp.—24,5; Con. ext.—21. Раннє відходження вод. Після другого нападу корчів почав відходити месоніум. Відчинення—4 пальці. Головка в порожні миски в поперечному розмірі. Хлороформовий наркоз. Щипці Kielland'ові типово в прямому розмірі миски. Передню ложку легко заведено й поворот легкий задня—без труднощів повз promontorium. 4 тракції. Ротація головки по-між тракціями легко однією рукою. Perineotomia mediana. Хлопчик в легкій асфіксії. Ушкоджень на голові немає Вага—3300,0. Довжина—51 сант. Відживлено Suturae V. Placenta за Credè. Puerperium нормальний. Шви—prima. Виписалася на 7-й день.

Випадок XII. (Родільний журнал № 129). Роділля Ів-ко 33 р., I-para, ліком. Миска: D. tr.—31; D. cr.—28; D. sp.—24,5; Con. ext.—20,5. Затяжні пологи (перший період 68 годин). Другоразова слабкість переймів. Ригідна шийка. Хитання дитячого серцебиття. Месоніум. Відчинення шийки менше 4-х пальців. Великий набрязок передньої губи, t^0 38°C. Головка поперечно в порожні миски. Ліворуч від головки (ледве можна досягнути) намацується пуповина, пульс її гарний. Праворуч біля личика спереду—ручка. Наркоз хлороформовий. Щипці Kielland'ові в прямому розмірі миски. Обидві ложки заведено легко; поворот передньої ложки без труднощів. Ротація головки між тракціями легка. 5 тракцій. Episiotomia з лівого боку. Витягування легке, розрив шийки. Одноразове обкручування пуповини навколо шийки. Синя асфіксія. Через 5 хв. дівчинка голосно кричить. Довж.—49 сан., вага—3300,0. Головка без ушкоджень. На роз-

рив шийки 3 шви. Шви на проміжжя. Placenta m. Credè. Puerperium—endometritis puerperal.; t^0 до $33,1^0\text{C}$; ulcera puerperalia, necrosis colli uteri на 7-й день. Виписалася на 23-й день.

Випадок XIII. (Родільний журнал № 273). Роділля За-а, 22 р., I-para, дом. господиня. Миска: D. tr.—30; D. cr.—27; D. sp.—23,5; Con. ext.—20,5. Eclampsismus. В сечі білкова й зернясті циліндри. Кровотиснення за Riwa-Rossi—145. Повне відчинення уразу. І потиличне положіння. Головка в порожні малої миски. Сагітальне шво трохи в правому навкісному розмірі близько до поперечного. Forceps modo Kielland в прямому розмірі миски. Передню ложку легко заведено і поворот легкий; задня—з невеликими труднощами. Щипці замкнені легко при невірвняних ложках. З першої-ж тракції ручки вирівнялися. Одна тракція донизу. Ротація в середині миски. Три горизонтальних тракції. Головка виведена в щипцях. Операція легка. Дівчинка, 2850,0; довжина—49 сант. Кричить відразу. Ушкоджень на головці немає. Ruptura perinei gr I. Зашито двома швами. Placenta відійшла самостійно. Puerperium норм. Явища еклампсизму зникли на 2-й день. Шви per primam Виписалася на 8-й день.

Випадок XIV. (Родільний журнал № 403). Роділля Лі-ва 22 р., дом. господиня, I-para, а попереду мала два штучних викидні. Миска: D. tr.—30; D. cr.—26; D. sp.—24; Con. ext.—19. Близнята. Різкі, дуже болючі перейми. Скополямін-морфійний наркоз підчас першого періоду. Затяжні пологи. Перший період—44 год. Другоразова слабість болю. Другий період—10 год. Положіння 1-ої дитини І потиличне, задній вид. Повне відчинення шийки. Головка біля виходу. Сагітальне шво в лівому навкісному, мала криничка ліворуч ззаду. Хлороформовий наркоз. Щипці типово за Kielland'ом. Заведення передньої ложки прямо під симфізу й поворот її легкий; заведення задньої ложки утруднене, бо головка стоїть над проміжжям; замкнуто при невірвняних ложках. Ротація головки з заднього в передній вид на $130-140^0$ Ротація дуже легка невеликою силою однієї руки молодого лікаря (жінка-лікар). Виведено головку легко в дві тракції. Дитина жива, хлопчик, вага—2600,0, довжина—46 сан., головка без ушкоджень. Diruptio velamenturum ovi другої дитини. Повне ногоположіння. Extractio за ніжки другої дитини. Теж хлопець живий, вага—2100,0, довжина—45 сант. Placenta modo Credè. Haemorrhagia post partum. Проміжжя ціле. Puerperium нормальний. Виписалася на 6-й день.

Випадок XV. (Родільний журнал № 459). Роділля Ши-р, 28 р., I-para, дом. господиня. Миска: D. tr.—30; D. cr.—26; D. sp.—24; Con. ext.—19,5. Різка болючість переймів. Другоразова слабість болю. Продовженість I-го періоду 37 год. і 50 хв. Слабість переймів. Другий період 3 год. 25 хв. Pituitrin двічі без наслідків. Ригідність тканин. Хитання серцебиття дитини. Відходження меконія. Повне відчинення шийки. I-е потиличне положіння, передній вид. Сагітальне шво в правому навкісному. Мала криничка ліворуч і трохи спереду. Головка високо в порожні миски. Хлороформовий наркоз до тракцій. Forceps modo Kielland в прямому розмірі миски. Заведення передньої ложки утруднене, бо головка щільно притиснута до симфізи. Поворот її легкий. Задня легко повз promontorium. Ручки вирівняні. Дві тракції донизу. Ротація без тракцій в середині

миски; ротація дуже легка, ніби головка сама повертає щипці. Дві тракції на себе, *Perineotomia* за Оттом. Головка легко виведена в щипцях. *Placenta m. Credè*. 5 швів Дівчина—3960,0; довжина—50 сан., жива. Незначні екскоріації на правій щіці, загоїлися до 3-го дня. В *puerperium* і явища *cystit'y* (де-кілька разів катетеризація) Шви *per secundam*; т^о до 37,5. Виписалася на 11 день.

Випадок XVI. (Родільний журнал № 489). Роділля П-ко, 24 р., П-рага, службовець, конторщиця. До цього мала 3 штучних викидні і одні передчасні пологи на 8 міс. 4 роки тому *fructus mortuus*. Миска: *D. tr.*—29; *D. cr.*—26; *D. sp.*—22,5; *Con. ext.*—18,5; *Con. diag.*—11 сант. Загально рівномірно звужена миска. Попередчасне відходження вод. Другоразова слабість болю. Слабість, а далі й відсутність переймів. Затяжний другий період (7 год. 10 хв). Положіння дитини—1-ше потиличне. Відчинення уразу повне. Сакітальне шво в поперечному розмірі миски. Мала криничка ліворуч. Головка в середині миски. Хлороформовий наркоз. *Applicatio forcipis* в прямому розмірі миски *modo Kielland*. Заведення обох ложок і поворот передньої—легкі. Ротація головки без тракцій в порожні миски. Всього п'ять тракцій. Головку легко знижено в порожню миски; технічно—легка операція, не вважаючи на звуження миски. Дівчинка—2950,0, довж.—49,5 сант., без асфіксії, без ушкоджень від інструменту. Одноразове обкручування пуповини навколо шийки. *Placenta m. Credè. Ruptura perinei gr. I*. Два шви. *Puerperium normale. Suturae per primam*. Виписалася на 8-й день.

Випадок XVII. (Родільний журнал № 528). Роділля Щер-на, 25 р., дом. господиня, П-рага. Перші пологи 5 років тому—нормальні. Після пологів хоріла 6 тижнів на гарячку. Миска: *D. tr.*—29,5; *D. cr.*—27; *D. sp.*—24, *Con. ext.*—19; *con. diag.*—12,5. Другоразова слабість болю. Затяжні пологи. Перший період—127 годин. Відсутність переймів. *Pituitrin* без ефекту. Хитання серцебиття дитини. Положіння дитини II-е потиличне. Повне відчинення уразу. Головка високо в порожні в поперечному розмірі миски. Мала криничка праворуч. Відходить меконіум. Брудні відділення. *Endometritis sub partu*, т^о 37,9, пульс 120. Хлороформовий наркоз до тракцій. *Forceps modo Kielland*. Передню ложку легко заведено під симфізу і легкий поворот її; задня—з труднощами трохи праворуч від висунутого вперед *promontorium'a*. Щипці замкнені легко. Дві тракції донизу. Ротація головки вільно на дні миски, бо в порожні не давалась повернути. *Episiotomia sin.* Виведено головку за дві тракції типово без підймання ручок догори. Хлопчик живий, 3810,0; довжина—54 сант. На головці ушкоджень немає. *Haemorrhagia* в III періоді. *Expressio placentae m. Credè*. Шви на розрив проміжжя (6). *Puerperium—endometritis levis*. Одноразове підвищення т^о до 37,7°C. Шви—*per primam*. Виписалася на 10 день.

Випадок XVIII. (З приватної практики в м. Київ). Роділля Ей-д, 33 р., I-рага (попереду були 3 аборти, останній з ускладненням—підвищеною т^о), дом. господ. *Obesitas*. Миска: *D. tr.*—33; *D. cr.*—29; *D. sp.*—26; *Con. ext.*—22. Передчасне відходження вод. Слабкість родових переймів. Положіння дитини—II-е потиличне. Пологи тривали 77 годин. Відчинення на 4 пальці. Краї вічка ригідні. Передня губа—набрякла. Головка високо в порожні малої миски в поперечному розмірі. Мала криничка

праворуч. Велика родова пухлина на головці. Після *puitrin*'у слабкі перейми. Нерівне серцебиття дитини. Хлороформовий наркоз. Накладено Kielland'ові щипці типово. Передню ложку з труднощами заведено під симфізу, проте, поворот її легкий; задня ложка теж легко, просто *promontorium*'а. Знизити головку через ригідні краї вічка вдалося не дуже легко, проте без розриву шийки. Ротація легка в порожні миски. Зроблено всього 6 тракцій (3 донизу і 3 горизонтально). *Ruptura perineæ gr. II et fissura parietis poster. vaginae*, 12 швів. *Placenta* самостійно через 45 хв. Дівчинка жива, 2700,0; довжина—47 сант. На лівій щопі глибока екскоріація, і загоїлася до 6 дня. *Puerperium* нормальний. Шви *per primam*. Встала на 10 день.

Випадок XIX. (З приватної практики в м Київ). Роділля Анд-ська 26 р., I-para, дом. господиня. Миска: D tr.—29; D cr.—26,5; D. sp.—23,5; Con. ext.—19; Con. diagon.—11,5 (Загально-рівномірно звужена). Положіння дитини—1-е потиличне, передній вид. Підчас переймів—один напад корчів (*eclampsia*). Повне відчинення уразу. Головка показується в прямому розмірі виходу. Мала криничка під симфізою Хлороформовий наркоз. Вихідні щипці—для спроби Kielland'ові (накладені як класичні) в поперечному розмірі миски. В дві тракції виведено головку Хлопчик живий, 2950,0; довжина—50 сант.; ушкоджень на головці немає. *Perineum* цілий. *Placenta* самостійно через 35 хв. *Puerperium normale* Встала на 8-й день.

Невелика кількість операцій Kielland'овими щипцями у нас пояснюється тим, що в клініці треба навчати передусім класичним прийомам, для нових щипців спеціально підбирали випадки з поперечно-встановленим сагітальним швом на більш-менш високій головці. Що-до виконання самої операції новими щипцями, то треба зауважити, що останні можна правдиво назвати легкими, як силою тракцій, так і кількістю останніх. Ні разу не доводилося прикладати великої сили щоб стягнути головку до виходу. Проте з літератури (з клініки Winter'ової) відомі й непоодинокі випадки, де по 2—3 лікарі з великим зусиллям стягали головку. Fink наводить і такий випадок з клініки, де після мідних, безрезультатних спроб у multi-para здійняли щипці, а через де-який час дитина народилася самостійно з знаками тяжких смертельних ушкоджень черепа. Пологи відбувалися при нормальній місці (!). Таких випадків небагато, і пояснюють їх неправильним положінням ложок на головці. Ми при операції дуже уважно стежили за правильною постановкою щипців і, поки в цьому не переконались, до тракції не переходили. Навіть коли теоретично порівняєш стягування високої головки через *conjugata vera* в порожню миску, то мимоволі приходить така думка. Класичний інструмент (Tarnier) захоплює і стискує (часом навіть

дуже міцно) головку через лице й потилицю, і, натурально, в цьому розмірі (прямому) відносно зменшує головку, а за те в біпаріетальному (що припадає на *conjugata vera*) головка в цей момент відносно збільшується, цеб-то міняється невідгодно для пологів форма головки. Свої теоретичні міркування ми перенесли на лабораторію і могли ясно бачити на головці новонародженої (мертвої) дитини, як більш-менш значне стискування головки навіть долонями або щипцями по прямому її діаметру змінює форму у всякім разі не на користь поперечних розмірів, що приходяться проти *conjugata vera*. На цю обставину не вказують в сучасній літературі, а проте вона може мати значіння, особливо при звуженнях прямого розміру входу¹⁾. Щипці-ж Kielland'ові здушують (відносно зменшують) головку саме в поперечних її розмірах. Сприяє цьому також щільне обхоплювання головки ложками. Товщину ложок при їхній делікатній конструкції ледве чи слід приймати на увагу.

Що-до тяжких ушкоджень головки в залежності від сили тракцій, то ми вже вказали, що операції у нас проходили, як легкі. Тяжких ушкоджень дитячого черепа ми не спостерігали, хоч одного разу на секції і бачили вільний крововиплив у головний і спинний мозок.

Серед літературного матеріалу трапляються випадки і різних ушкоджень. У самого Kielland'a, Selheim'a й инш. ушкодження п. *facialis*; у Меймана—глибоке вдюшування на тім'яній кістці; у Bruch'a і Fink'a—найтяжчі: перелом кісток черепа, відривання кісток одної від другої, розриви *tentorium'a*, підтенторіальний крововиплив і при цих ушкодженнях вільний крововиплив у хребтовий канал дитини (Spitzer, Heidler).

Звичайно, все це не говорить на користь нових щипців; але, на жаль, подібні ушкодження бувають і при класичних щипцях і залежать не від моделі інструменту, а здебільшого від цілої низки умов. Тут і звуження миски, і велика головка, і нездатність її до конфігурації, і, на превеликий жаль, „не легка рука“ оператора. Щипці Kielland'ові відомі всього ро-

¹⁾ Ще Baudelocque вказував на невідгоди стискування високої головки в прямому її розмірі. Проти цього стискування висловлювалися також Brüninghausen, Weidmann, Stein і ин.

ків 8—9, а з давніх-давен акушери знали (инколи й бачили) видушування очей ложками щипців, тріщини й перелом кісток то-що. Клінікам, що завжди провадять автопсії дитячих трупиків, ушкодження черепа відомі були й до Kielland'a при операції класичними щипцями.

За останні роки більшість авторів подають висновки своєї праці Kielland'овими щипцями приблизно так: „у всіх випадках вони більш ніж інші бережуть дитину“. Розриви tentorium'a можуть бути наслідком тяжкої асфіксії в утробі матери навіть підчас самостійних пологів. Сліди від тиснення щипцями Kielland'овими менші. (Heim з клініки проф. Koblanck'a, д-р Conrad—з клініки проф. Stickel'a, Saenger—з клініки проф. Weber'a, проф. Walthard з Цюриху, Neidler—з Відня і багато інших).

Накладання ложок modo Kielland в чистому виді ми пророблювали 15 разів і шляхом переміщення 2 рази. У всіх випадках, як накладання, такі поворот ложок пророблено вільно, без особливих труднощів. Кожен раз ми пророблювали поворот ложки дуже помаленьку для демонстрації, щоб дати можливість всім присутнім бачити і через живіт простежити часом рукою, а инколи ad oculos всі моменти повороту, підняття передньої уразової стінки, напруження при цьому нижнього сегменту то-що. В своїх маніпуляціях ми точно виконували Kielland'ові правила що-до високого просовування ложки й не знижували ручки, п к и те не робилося легко і без особливих перешкод. Між нашими випадками ні разу не було різкого розтягування нижнього сегменту. Ні разу головка не стояла нам на перешкоді до введення і повороту передньої ложки. Сам Kielland попереджує, що тут можуть зустрінутися труднощі і тоді треба використати шлях „переміщення“.

В літературі дійсно не мало випадків, коли завести передню ложку типово за Kielland'ом і повернути її не можна було, через що де-хто навіть відмовлявся від операції щипців. У інших накладати передню ложку хоч і було трудно, а проте доводили операцію до кінця. У Zangemeister'a і Hauch'a при повороті передньої ложки трапилися ушкодження і навіть perforatio передньої уразової стінки. У Fink'a на двох секціях встановлено ушкодження, хоч і не дуже важкі, від задньої ложки. Поворот передньої ложки за Kielland'ом є перша причина

80367
несприятливого погляду на нові щипці з боку навіть дуже со-
лідних акушерів. Вище ми вже оповідали про міркування
Schauta, Guggisberg'a, Selheim'a, Opitz'a, Peters'a й инш.
Цей прийом є головна причина, через що навіть прихильники
нових щипців бояться вивести їх із стін клінік в широку масу
лікарів. Проте, практика показує ніби трохи инше. Fink роз-
бирав з літератури разом зі своїми 1054 випадки. Після його
статті опубліковано понад 900 випадків. І більш ніж на дві
тисячі операцій новими щипцями, занотовано один, безперечно
нешасний Zangemeister'ів випадок—*perforatio uteri*, і один
у Hauch'a—смертельний. Два других випадки поранення внут-
рішньої уразової поверхні, що виявилися на автопсії і наводять
їх Fink, залежали від задньої, а не передньої ложки. Крім
того, його-ж товариш Riediger, що брав участь в тих опера-
ціях, бере в значній мірі ці ушкодження під сумнів. Отже,
серйозне ушкодження, можна вважати, трапилося два рази на
2000 випадків, що становить 1^о/100. Та й випадок цей трапився,
наприклад, у Zangemeister'a, при дуже розтягнутому ниж-
ньому сегменті, що згідно з правилами Kielland'овими є про-
тивказівкою для повороту передньої ложки. Автор щипців по-
рівнює поворот ложки з маніпуляціями в уразі при акушерсь-
кому повороті рукою. На нашу думку при акушерському пово-
роті роблять, правда, значно грубішу маніпуляцію, але її роблять
чулішим, м'яким, не таким гострим і несліпим інструментом,
тоб-то—рукою.

Не дурно за старих часів на кінці акушерського пальця
малювали око. Рука акушера скоріше вловить небезпеку з
боку перерозтягнутого уразу, ніж ложка, навіть дуже ніжних
щипців. З другого боку, при акушерському повороті без за-
провадження руки не обійдеться, а при щипцях є змога зробити
операцію і без цієї попередньої (поворот ложки) маніпуляції,
використавши шлях „переміщення“.

Виходить, що неначе немає особливої потреби при опера-
ції щипців пророблювати ще якусь маніпуляцію, подібну до
иншої акушерської операції (поворот) і, в такий спосіб, ніби
подвоювати без особливої потреби оперативне втручання при
основній операції щипців. Але, очевидно, поворот ложки
справді нестрашний і робити його в відповідних випадках
легко. Не вважаючи на те, що Zangemeister зробив *perforatio*

uteri, вся пізніша література, коли акушери навчилися робити цей поворот ложки і, набувши техніки, стали обережніші, сприятливо ставиться до повороту. Його перестали боятись, і самий страх перед ним назвали ефемерним—примарою.

Сповзання щипців з головки в наших випадках не траплялось ні разу, можливо, через те, що випадки наші були, рівняючи, легкі. Зниження головки і витягування нам вдавалися досить легко. В літературі-ж справа стоїть не зовсім гаразд. У багатьох авторів щипці або сповзали, або загрожували сповзнути. Навіть прихильники щипців (Hoffmann, Mayer, Meumann) занотували такі випадки. Fink пояснює це ніжною конструкцією щипців, через що ложки пружинять (розходяться) і щипці сповзають у вертикальному напрямку. В такому поясненні, на нашу думку, „не все ясно“. З одного боку—про яку-ж слабку конструкцію мовиться мова, коли головку тягнуть підряд три лікарі і Ober-arzt зі значною силою безрезультатно, і тільки у третього щипці сповзають? В другому випадкові (також у Fink'a) два оператори тягли головку і „насилу“ знизили (без сповзання). Виходить, конструкція не дуже слабка, коли інструментом можна робити такі міцні тракції, щоб „насилу“ стягти головку. Я вже й не кажу про ту силу, з якою переломлювалися кістки черепа і відривалися одна від одної.

З другого боку, коли візьмеш інструмент в руки, стає зовсім неясно, як можуть розійтися верхівки їхніх ложок, поки е порушилася їхня правильна установка на головці.

Вище ми зауважували, що в ручках щипців є щось подібне до санного апарату. Чим міцніше стискувати ручки в кулаці й одночасно тягти пальцями за Busch'ові гачки, тим більше виявляється вплив цього апарату на ложки і верхівки щипців сходяться ad maximum. Верхівки тоді справді можуть цілком зійтися. Розігнути-ж стальну ложку на фантомі, навіть при значній силі, нам не пощастило. Kielland вказує, що при неправильній установці щипців спробна тракція покаже їхню тенденцію сповзнути. Тоді треба інструмент здіняти і встановити правильно. Можливо, що при міцних тракціях, особливо, коли щипці, щоб продовжити операцію, оператори передають один одному, або розмикають їх, щоб дати передишку головці, з тих чи інших причин змінюють свою правильну установку на черепі. В оперативній гарячці цього не помічено і положіння

щипців на головці не перевірено. Інакше як оперативним екстазом, на нашу думку, трудно з'ясувати собі, як досвідчений акушер своєчасно не помітить нахилу щипців сповзати і не запобіжить для себе (і роділлі) цієї неприємности. В зазначених обставинах, справді, можуть скластися умови для зміни установки інструменту на головці, а через те й умови до сповзання готові.

За останній рік в літературі висловились ще декілька авторів що-до положіння їх на головці і сповзання. Висловився вдруге і Fink—знову негативно. Проте G. Conrad на 69 випадках ні разу не бачив, щоб сповзали щипці. Асистент клініки Kermauner'ової (з Відня) д-р Heidler, щоб простежити положіння щипців на головці, наводить три випадки високих Kielland'ових щипців, зробивши Рентгенівську фотографію *in situ*. З своїх фотографій Heidler дає наявний доказ, що Kielland'ові щипці і на високій головці лежать правильно, захоплюють головку правильно—біпаріетально і через те міцно на ній тримаються. Д-р K. Heim на підставі 45 випадків вважає, що щипці Kielland'ові добре захоплюють головку.

Нам прийшло на думку безпосередньо неозброєним оком оглянути й перевірити положіння щипців Kielland'ових на головці дитини при поперечному встановленні її в мисці й над мискою (високі щипці).

Спробу цю ми здійснили в такий спосіб. З музею акушерської клініки К. М. І. ми взяли консервований у формаліні препарат тулуба вагітної (на IX міс.) жінки (від *processus xiphoides* до *genitalia externa*), дістали його з музейного сакрофагу, наклали щипці і зфотографували.

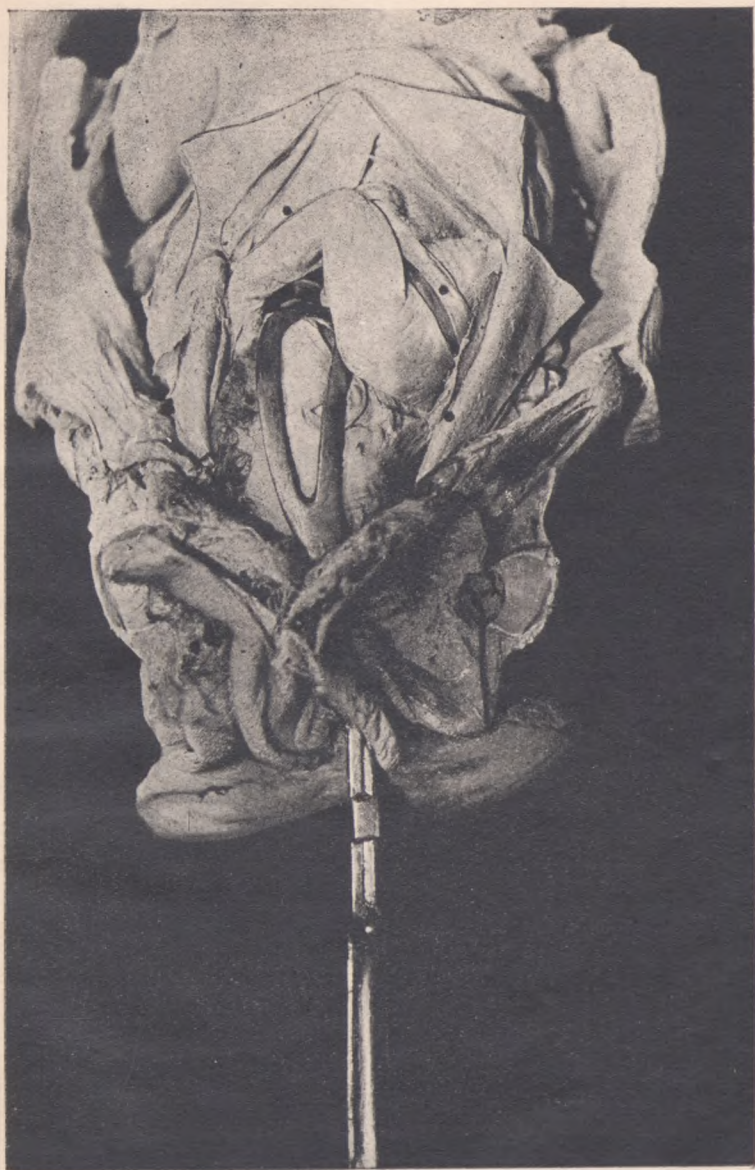
Малюнок 1-й. Положіння дитини 1-е потиличне. Відчинення шийки на 2 пальці. Головка стоїть високо у вході, поперечно. Передня черевна стінка зрізана. Для ясности фотографію зроблено з піднятою догори мискою. Нижній сегмент уразу розрізано по *lin. alba*. Щипці лежать біпаріетально, гарно обхопивши головку. Ручки щипців міцно натиснули на проміжжя, придушивши *anus* до куприкової кістки. Щипці лежать на головці правильно і держаться добре самі без жадної підтримки.

Малюнок 2-й. Препарат той самий. Зроблено *Simphyseotomia* з розрізом м'яких тканин і краї *os pub.* розведено скляною паличкою. Головка в поперечному розмірі відійшла вище і стала, так мовити, вільно рухливою над входом до малої миски. Щипці наклали вдруге. Знову бачимо правильне положіння щипців біпаріетально на головці. Щипці держаться на головці самі без всякої підтримки, міцно надуючи руч-

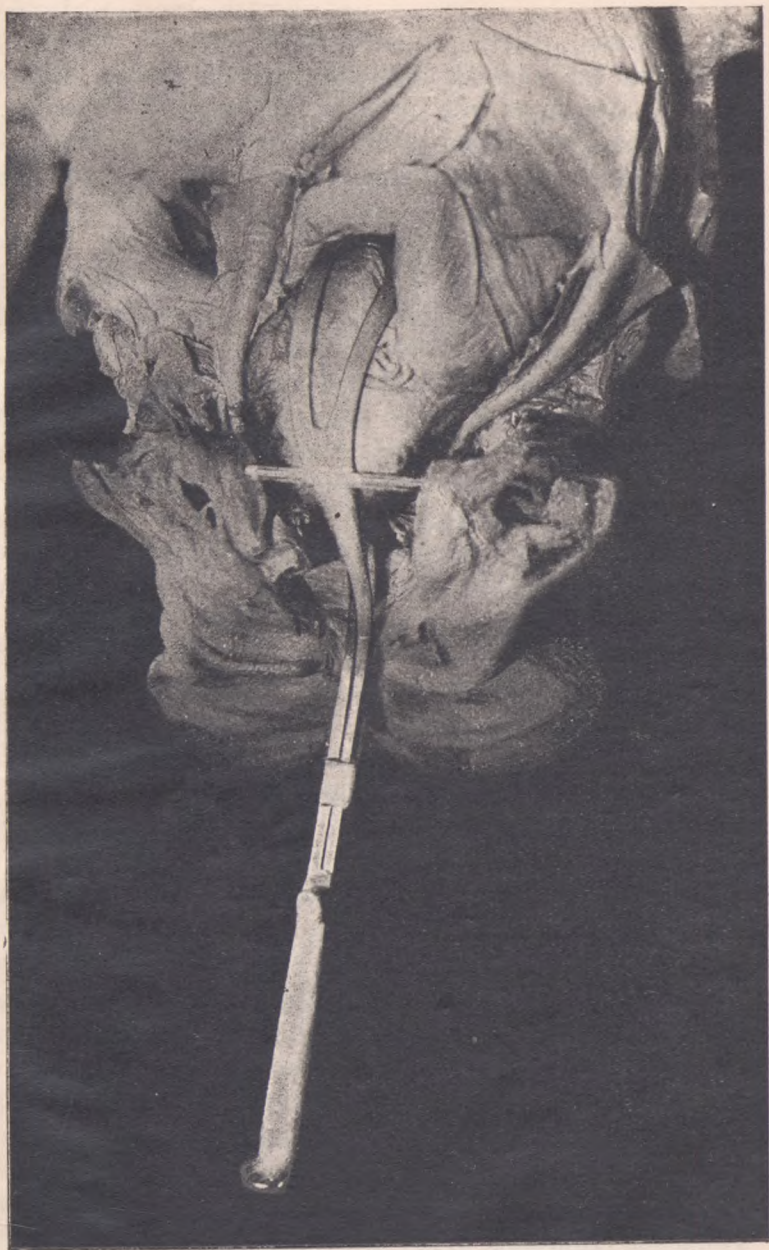
ками на проміжки. Гадаємо, що малюнки остілки яскраво показують правильне положіння Kielland'ових щипців на голові, що додаткових коментаріїв не потребують.

Що-до щипців на рухливу головку—ми власного досвіду не маємо. Література-ж дає подекуди прямо протилежні висновки. Загальне вражіння все-ж скоріше на користь щипців, а ніж проти них. Правда, питання це ускладнюється тим, що здебільшого до цього спричиняється звуження миски. Питання про високі щипці і взагалі, а при звуженні миски зокрема, в останні десятиріччя вирішували негативно. За щипці бралися лише для спроби, жалкуючи перфоровати живу дитину, перед краніотомією, коли не було змоги закінчити пологи придатнішою для випадку операцією. Навіть сувора Fink'ова критика визнає, що при нормальних розмірах миски й високої головки Kielland'ові щипці легко вдаються. При невідповідності розмірів: що більша ця невідповідність, то більше й утруднень. Інші-ж автори остілки задоволені своїми наслідками, що явно радять їх при звуженні миски. Нам здаються цілком вчасними зауважіння Guggisberg'ові, Fehling'ові, Opitz'ові, Peters'ові, Wyder'ові й инш., що пропагандувати щипці на рухливу головку, значить—робити крок назад в акушерській науці. Цю операцію, з боєм серця, можна припустити, але радити її поруч з новим інструментом не можна. Пропаганда тут може принести більше біди, ніж користі від нових щипців при згаданій операції.

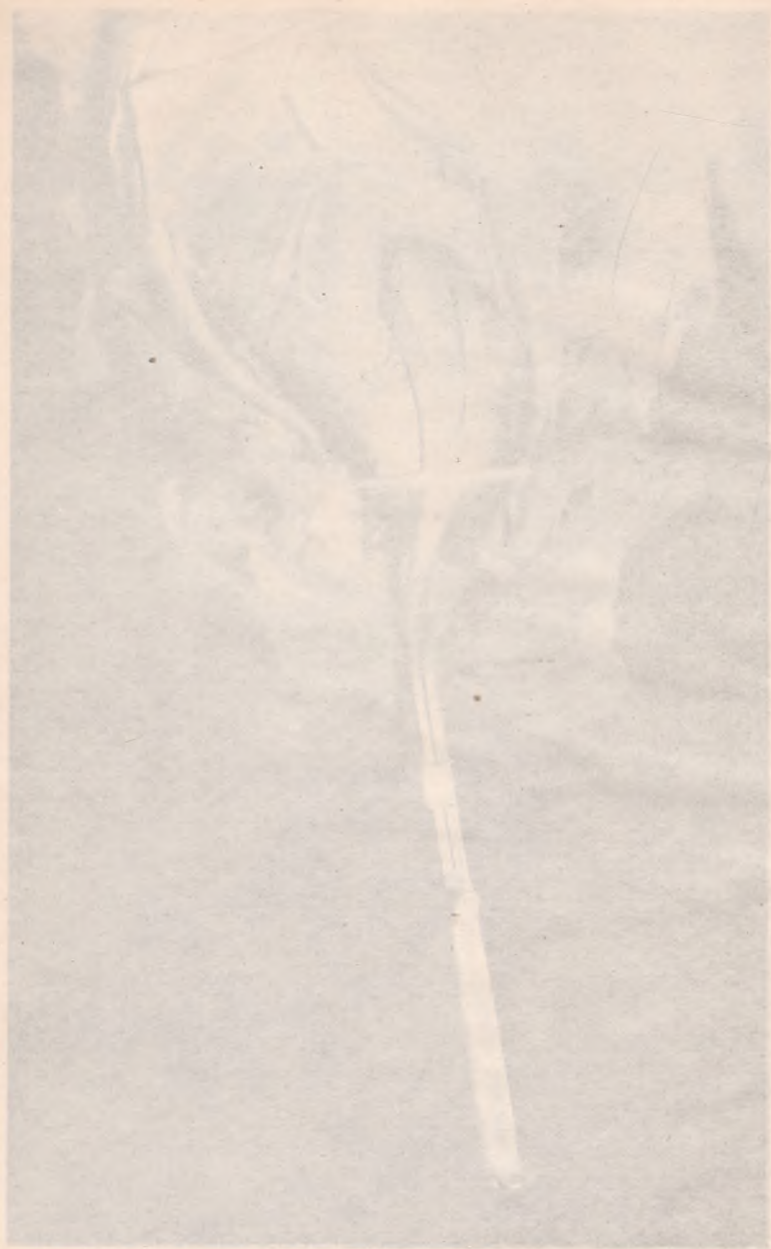
В наших випадках щипці, яко інструмент для повертання головки (для ротації), вживали 16 разів: 14 раз при поперечному положінні сагітального шва і два—при навкісному з малою криничкою назад (цеб-то, щоб перевести задній вид у передній). Ротацію головки переводили без напруження й без одночасової тракції. 4 рази головка стояла у виході, 12 раз щипці вживали, коли головка стояла в широкій частині, і один раз у вході. Два випадки—при загально-рівномірно-звуженій мисці. Ми можемо сказати, що ротацію у всіх 16 випадках ми зробили легко, я-б сказав, на диво легко. Ми просили инших асистентів, поклавши свою руку під руку операторову, контролювати приблизно нашу силу для повороту, і маємо їхній голос за те, що сили для ротації вживалося дуже мало. Крім того, в багатьох випадках ротацію



Малюнок. 1,



Малюнок 2.



В. КОСКИН

ми робили однією правою рукою, дуже помалу, з павзами, щоб перевірила вся, досить велика аудиторія лікарів та студентів. Звичайно, може то було явище гіпнози, але аудиторія дивувалася тій легкості, з якою ми переводили ротацію головки однією рукою. Ми припускаємо, що подовження інструменту (збільшення підойми) і до того приємна для руки форма ручок спричинилися, до певної міри, легкості повороту при нормальних взаємовідносинах розмірів миски і головки. У всякому разі ротація легша, ніж при класичних і прямих (Боряківського) щипцях.

Так само легше йшло прорізування головки через полову щілину. В найпершому випадкові (молода *prima-para* з гарною підготовкою родових шляхів) головка майже випорснула в щипцях. Не звикши, не розміряли сили на легке прорізування і наслідком цього досить глибокий розрив проміжжя II ступіня.

Не зовсім так справа стоїть в літературі. Більшість авторів захоплюється легкістю ротацій і прорізуванням головки, навіть при переводі заднього виду в передній. А проте, занотовано декілька випадків, де *Kielland*'овим інструментом не пощастило повернути головку у прямий розмір виходу. Довелося здійснити *Kielland*'ові щипці і зробити щипцями *Naegele*, і при цих щипцях та сама головка повернулася легко,—читаємо у *Fink*'а; *Zangemeister* такої думки, що головку взагалі повертати *Kielland*'овими щипцями трудно.

Küster подає випадок, що при лобному попереденні і раз йому не пощастило зробити ротацію головки. При задньому виді *Krull* подає один випадок невдачі; *Bruch*—також один випадок невдачі; *Selheim* описує один випадок, де він хотів повернути головку з заднього виду в передній і не зміг,—проте нараз *n. facialis*, *haematoma vaginae* були наслідком цієї спроби. Читаємо ще поодинокі випадки на значну кількість ротацій. Поворот головки з поперечного положіння в передній вид, видимо, у дуже великої більшості акушерів провадиться досить легко. *Fink* на 1054 випадки не зміг зібрати більше 3—4 невдалих і одного разу в нього та сама головка повернулася легко щипцями *Naegele*. Пояснити цей факт, розуміється, трудно. Ми не беремось з'ясувати причину невдалих випадків. *Winter*, наприклад, гадає, що ротація вдається легко тоді, коли флексія головки ясна і мала криничка стоїть нижче великої.

Протягом останніх півтора року знову зустрічаємо виразних прихильників ротації головки саме інструментом Kielland'овим. Wyder — дуже об'єктивний і скоріше противник нового інструменту—каже, що „Kielland'ові щипці є прекрасний ротаційний інструмент в тих випадках, де щипці з мисковою кривиною виявляють свою непридатність“.

Такої самої думки G. Conrad (Берлін). У Saenger'a (Мюнхен), завжди ротація вдавалася легко і навіть перевод заднього виду в передній. Straeder каже, що переваги Kielland'ових щипців, особливо що-до ротації,—ясні. Як ротаційний інструмент, вони далеко кращі, ніж засіб Scanzoni.

Проф. Kubinyi (Szeged) вважає, що, яко ротаційний інструмент, нові щипці цілком виправдали себе. Такої самої думки й Puppel, Neidler, проф. Walthard і багато інших акушерів.

Розглядаючи питання, в якому саме місці миски треба робити ротацію—в широкій частині, у вузькій чи на дні—Sänger не вирішує його остаточно, а радить не додержуватись якогось сталого пункту для загалу. При витягуванні головки радить пробувати і повертає головку тоді й там, де й коли вона саме дає себе повернути. Значить, тут треба індивідуалізувати кожен випадок, а не робити поворотів за схемою. Важче провадити ротацію при задніх видах в передній.

При лобних і лицевих (цеб-то там, де навіть і на думку Schauta Kielland'ові щипці заслуговують уваги) ще мало спостережень. Проте Fink уже вибрав 30 випадків (15+15), з яких у Küster'a була одна невдача. В інших-же випадках, коли можна було мову мовити про перфорацію головки, Kielland'ові щипці, як кажуть, „вивезли“.

Meumann (з Ляйпцігу) зібрав свій матеріал і літературу за 10 років про лобні й лицеві попередення, операції при них та прогнозу. Висновок його: „в руках досвідчених акушерів цей (Kielland'ів) інструмент дає багато користи й покращує прогноз при лицевих і лобних попереденнях однаково для матери й дитини“.

Гарні висновки подають і інші акушери, що користувалися новими щипцями при попереденнях дефлектованої головки.

Проф. Kubinyi наводить два випадки лобних попередень з блискучими наслідками в щипцях Kielland'ових. Nissen

подає гарно переведений випадок лобного положіння. Проте Richter, правда теоретично, застерігає від нових щипців в таких випадках. Проф. Wyder при задніх видах лицевого положіння краще радить перфорацію головки, а-ніж щипці взагалі (і Kielland'ові), особливо для лікаря-практика.

Поранення родових шляхів матери ледве чи так вже багато залежить від моделі щипців. Розуміється, конструкція інструменту не залишається без впливу на м'які тканини. Досить порівняти останні класичні моделі з щипцями, скажемо, Lewget'овими або Tarnier'овими, щоб вже а priori стати на бік ніжної конструкції інструменту. Проте в цьому немає якоїсь дуже великої різниці між Kielland'ом і, припустимо, Лазаревичем, Simpson'ом та инш. моделями. Значить, річ не в одній конструкції. Автор нових щипців ставить їм у заслугу, що вони повертаються з головою в піхвах, а не з піхвами, цеб-то вони не викручують стінок vaginae. Проте, нам добре відомо, що у де-яких акушерів і з новою і з класичними моделями розриви (особливо глибокі) дуже рідко трапляються, у инших з тим самим інструментом—значно частіше. Велика сила умов тут переплелася. Тут і ригідність родових шляхів, підготовка їхня до пологів, відповідність розмірів миски і головки місткості самої vaginae, сила й темп ротації та багато инших. Нам здавалася-б, що багато все-ж залежить від характеру випадку й від темпу операції. Операція при асфіксії дитини провадиться швидче, демонстраційна операція в клініках провадиться не таким швидким темпом. Щипці не зовсім сліпий інструмент, бо ними керує розміряна волею механіка, його ручна сила. Інколи, рятуючи дитину, якимось по своїй волі менш дбаєш про цілість родових шляхів, а инший—майже при кожних щипцях навіть робить профілактичну episiotomia (Кенігсберзька клініка). Наші випадки відповідають більше випадкам з Кенігсберзької клініки, де розриви частотою й величиною при нових щипцях трапляються так само завчастішки, як і при щипцях класичних. На 19 випадків 6 раз ruptura perinei gr. II (в цей рахунок входять і розриви задньої стінки vaginae), 4 рази профілактична perineotomia mediana за Оттом і двічі—episiotomia (однобічна).

На користь своїх щипців сам Kielland і прихильники (Meumann) виставляють ще одну особливість. Щоб накласти

нові щипці, треба заводити в піхви лише два пальці; а через те шанси на інфекцію ніби значно зменшуються. Не треба входити пів або цілою рукою в ураз, не треба по де-кілька разів перекладати ложки й т. ин.

Статистичний матеріал в цьому питанні ще не досить розібраний і не всі автори подають відомості про ригеріум після операції, а також про умови перед операцією (чи робили внутрішній дослід до операції, хто й де, чи почалась інфекція *sub* або *post partum* і инш.). Більше якось звертали увагу оператори на саму операцію. Що-до інфекції—ще слово за майбутнім і за великою статистикою. Матеріал Meumann'ів дає 0% смертності. З клініки проф. Franz'a—асистент Schubert, Spitzer (матеріал проф. Rosenfeld'a) і инш. подають невеликий відсоток захворювань. На матеріалі Fink'овім відсоток захворювань доходить до 21, а смертність—до 4% при загальній смертності від різних причин на 54 випадки в 12%.

Наводимо ще статистику К. Heim'a, який на 45 випадків спостерігав 1 *exitus letalis*, що залежав від розриву сечового міхура, паравезикальних вен та повітряної емболії. Д-р G. Conrad (Берлін), розбираючи 69 своїх випадків, що закінчено щипцями Kielland'овими, так висловлюється про поранення м'яких частин матери: „Інструмент Kielland'ів є найбережніший для матери. Відсоток смертності=0. Гарячкових ригеріум було 6, проте, всі не від щипців. Відсоток захворювання матерів від щипців=0. У Horn'a на 70 випадків—один випадок *exitus*'у від емболії легеневої артерії. Будь-яких значних пошкоджень тканин у жадної матери не було.

Висновки F. Heintlin (Bochum) на підставі 35 випадків щипців Kielland'ових показують три випадки розриву уразової губи. Вважати їх за дуже бережний інструмент для матери не можна. Про тяжкі ушкодження уразової стінки і наслідки (випадки з клініки Kermanner'ової і Zangemeister'ової) говорить Neidler.

Проф. Kubinyi на власному матеріалі не бачив ні значних ушкоджень, ні захворювання матери.

В останній своїй статті (1925 р.) Fink подає власні й инших авторів випадки Kielland'ових щипців на сідні. Для матерів ригеріум безгарячковий; пологи без ушкоджень.

Наш матеріял показує чотири випадки захворювань (21⁰/₀), що їх можна все-ж поставити в зв'язок з операцією. *Endometritis post partum*, але у породіллі мікроскопічно встановлено диплококи Neisser'ові—видужання, і два випадки *endometritis levis* майже без підвищення t° , *ulcera puerperalia* на швах у старих первороділь (у одної з них *necrosis colli*). Всі три видужали. Один випадок смерті від уремії ніяк не можна поставити в провину щипцям.

Статистика акушерська вказує, що чим менш маніпуляцій руками при пологах, тим менш шансів на інфекцію взагалі. При щипцях Kielland'ових, правда, маніпуляцій в піхвах менш, перекладання ложок немає; тільки те, що по пальцях акушерових через *vagin'u* передню ложку заводиться дуже високо в ураз і там ще перекручується, може навести на думку про занос інфекції високо. І тільки майбутнє на великих цифрах дасть остаточну відповідь на це, взагалі болюче в акушерстві питання.

Тепер дві слові про ті відмінності, що ми знаходимо їх в щипцях Kielland'ових, рівняючи з класичними моделями.

1. Кривина для провідної лінії миски. Перші акушерські щипці Palfun'ові і Chamberlen'ові зовсім не мали мискової кривини (прямі щипці). 1751 р. Lewret удосконалив їх тим, що надав своїм довгим щипцям мискову кривину, щоб форма інструменту відповідала анатомичній будові органу, до маніпуляцій в якому він пристосований. Далі Naegele зробив цю кривину ще різкішою й яскравішою. Як поступово йшла думка акушера, для яких саме випадків і для якої саме мети він думав вживати акушерські щипці, так відповідно змінювалася й форма моделі. Один час на щипці дивились, як на інструмент потрібний не лише для екстракції, а також і для ротації головки, а тому про мискову кривину не виникало думки.

Змінився погляд акушерів. Щипці почали вживати тільки для витягування головки в стані *zangenrecht* і доцільно з'явилася в щипцях кривина по провідній мисковій лінії. У німецьких акушерів, що найконсервативніші були в операції щипців і вживали їх майже виключно на низьку головку в виході, і кривина інструменту найбільш виросла. У французькій школі, що припускає, так-би мовити, „вольності“ в операції і накладає інструмент на високу головку, а часом і на рухливу над вхо-

дом, мискова кривина не так різко визначена. Наприклад, в щипцях Tagnier'ових з осевими тракціями, придуманих для високої головки, при всій товщині й грубості ложки мискова кривина мало не наполовину менша, ніж в щипцях Naegele'вих. Кожен раз, коли доводилося накладати щипці з мисковою кривиною в навкісному, а тим більш—близько до прямого розміру миски, мискова кривина стояла на перешкоді до операції. Щоб зробити поворот головки щипцями з кривиною, запропоновано здіймати й перекладати ложки по 2—3 рази, коли тільки вони займуть положіння, що вже грубо й занадто перечить взаємовідносинам провідної мискової лінії і кривини інструменту (Scanzoni).

З часом акушерська думка знову поверталася до Palfyn'a і з'являлися моделі прямих щипців. Черговою зміною є модель Kielland'ова, де мискову кривину зведено до мінімуму, а проте, хоч і в дуже малій формі, зоставлено, щоб „зберегти“, як сам каже,—„всі вигоди прямих і кривих щипців“. Співробітникам славної пам'яті проф. І. П. Лазаревича і учням його учнів добре відомі прямі щипці й ті вигоди, що вони їх мають. Безперечно, на головку, що стоїть *zangenrecht*, кращого інструменту, як Simpson, Naegele й малі Busch'ові (хто до якого звук), не потрібно. А лише діло торкається неповної ще головки, ми з великою вигодою для справи беремось за прямі щипці Лазаревичеві, Боряківського й подібні, й ними робимо й ротацію й екстракцію, не перекладаючи ложок. Хто працював прямими щипцями, той з охотою віддавав їм перевагу перед кривими без всякої вади для операції.

Очевидячки, справді мискова кривина не є *sine qua non*, без чого не можуть обійтися щипці. І як-би інструмент не змінявся, а проте ми будемо наближатися до його первообразу в удосконаленій, розуміється, формі—до прямих щипців. Виходячи з цієї думки, ми гадаємо, що в дальших (після Kielland'a) модифікаціях інструменту поступово зникне й та „апендикулярна“ мискова кривина, яку ще зберіг Kielland. Палкою пропаганди прямих щипців, що її підняв Лазаревич, не прийняла Західня Європа мабуть через те, що походила вона *ex oriente*, бо *lux* від нас на Заході переймали дуже неохоче. Коли-ж ця ступнева пропаганда за зменшення мискової кривини в щипцях піде з Німеччини, то певно незабаром дійде й до нас у формі інструменту без мискової кривини.

II. В моделі Kielland'овій уведено невелику кривину для проміжжя. Висота від горизонту 3,0, щоб-то на половину менша проти Tarnier. В поясненні до щипців про цю кривину не говориться а-ні слова. Дві кривини—мискова й для проміжжя—надають і цьому інструментові форму літери S, хоч і не таку різку, як у Tarnier. Вперше в акушерські щипці кривину для проміжжя увів англієць Johnson 1769 року, але акушери швидко її відцуралися. В операційній техніці кривина для проміжжя може відігравати де-яку позитивну роль лише при високих щипцях, коли ручка повинна якомога більший мати напір донизу—назад, відтискуючи проміжжя на куприкову кістку. Для вихідних щипців ручки, що стоять на провідній мисковій лінії, лежать майже горизонтально або навіть трохи наперед (догори). Надувати на проміжжя не треба, непотрібна, виходить, і ця кривина. Щипці Kielland'ові розраховані переважно на високу головку, а тому від кривини для проміжжя у всякому разі не програють. На наших випадках ми могли констатувати вигоди від кривини для проміжжя. При накладанні ложок вона не перешкоджає, а при тракціях на долину легше досягти найвигіднішого положіння верхівок щипців, без занадто сильного натискування на проміжжя.

III. Цілком відмінна проти інших моделей клямка (замок). В літературі проти клямки, здається, ніхто не висловився. Є заготований випадок у Вегес'а, коли операції не можна було закінчити, бо клямка щипців зламалася. Сам Kielland і прихильники хвалять цю клямку особливо за те, що щипці легко замикають навіть тоді, коли ложки лежать не на одній височині. Коли передня ложка глибоко зайшла в ураз, а задня значно більше виступає з геніталій, щипці і в такому випадкові все-ж легко зачиняти. При першій-же тракції ложки вирівнюються. Наша практика цілком стверджує це явище. Але-ж поруч з легким замиканням ми мусимо висловитися проти клямки в сучасному її вигляді. Справа ось у чому. В той момент, коли передня ложка (що вище лежить) замкнулася з задньою, що значно більше виступає з *rima pudendi*, верхівки ложок, очевидно, лежать не зовсім правильно на головці. Задня ложка приблизно все-ж на *mandibula* (мова мовиться про правильно накладені щипці), а передня своєю верхівкою лежить вище своєї *mandibula*, ближче до дитячого тільца, щоб-то в кінці разі на шийці, а в гіршому—лежить на дужці.

При замиканні інструменту верхівка передньої ложки досить гостро в'їдається в дужку. При першій тракції досить грубо (бо щипці підчас тракції замкнені і ручки стиснені міцно в кулак операторів) сповзає з дужки по шийці на місце свого найкращого положіння (на *mandibula*) де й залишається до кінця операції. Гачок *Busch*'ів передньої ложки завжди попадає під середній палець правої руки, який завжди міцніший за вказівника. Сила середнього пальця остільки значна, що вона не тільки стягає передню ложку до зрівнання із задньою, але несамохіть і перетягає її часом, що ми не один раз помічали і вказували присутнім. Сила по цьому довгому кінці коромисла передається ще дужче на короткий—на верхівку ложки, що в цей момент сповзає по дужці, міцно надупивши на опуклу дугу цієї кісточки. Тут можливі поранення кістки (дужка) навіть без помітних екскоріацій на шкірі. Багато залежить від сили тракції, від темпу операції, від крихкості чи уступливості дужки то-що. Пророблюючи цю операцію на фантомі й на дитячому трупикові, нам ясно стало через що, деє певно у *Kielland*'а, занотовано при щипцях два рази переломи дужки. Сам *Kielland* пояснює, що перелом дужки стався в момент прорізування плечиків. Проте, при прорізуванні плечиків, підчас самостійних пологів головою або підчас операції класичним інструментом, не спостерігали ми *fracturae claviculae*. Цю травму треба вважати за нову при щипцях, бо робить її виключно новий інструмент. Дуже шкода, що *Kielland* не вказує, яка дужка зламалася й яке було при цьому положіння дитини.

Далі *Sachs* вказує на можливість притискування ложкою пуповини і наводить такий випадок зі своєї практики. Ми сказали, що з дужки по шийці верхівка ложки передньої сповзає на своє, неначе природне місце—на щічку. Коли навколо шийки вільно обкручена пуповина, то вона легко потягнеться за щипцями і буде притиснута. При тіснішому обкручуванні верхівка ложки з пуповинки сповзає і її за собою не потягне. Знов таки це треба поставити в мінус методі замикання *Kielland*'ових щипців, коли ложки лежать не на одній височині.

Ми радили-б не замикати щипців, не вирівнявши попереду ложки. Наш досвід показав нам, що це зробити легко, досить лише ручку передньої ложки трохи більше знизити і легенько натягти її, щоб вирівняти з ручкою задньої. А до того,

щоб не сповзала передня ложка по щічці дитини (бо середній палець перетягає передню ложку), на правій ложці, що вкладається в клямку, мусять бути два спускаватих горбики, що впиралися-б в клямку, коли ручки щипців порівнюються цілком.

IV. Довжиною своєю нові щипці є щось середнє між моделлю Simpson'овою й Tarnier'овою. Розрахований на високу головку, а часом і на рухливу, інструмент мусить бути довший за класичні вихідні щипці, щоб клямка виступала з половеї щілини. Моделя Tarnier'ова дуже груба, важка й занадто довга, навіть якось не мириться з нашим поглядом взагалі на французькі речі—здебільшого тендітні. Досвід з щипцями Kielland'овими показав, що довжина його щипців (39,5) цілком задовольняє акушерів навіть при високій головці, а разом надає тендітної форми інструментові. Крім того, як ми вище вказали, ротація головки, через збільшення коромисла (підойми) значно, а при нормальних розмірах миски—на диво полекшується.

V. Закруглення в ручці правої ложки (схоже на шарнір або санний апарат) великого значіння не має. Воно дає змогу міцніше стиснути ложки при сильних тракціях. Часом воно при важких тракціях може й потрібне, наприклад, при сплюсненій мисці, але для головки не завжди вигідне. Говоримо теоретично, бо власного досвіду не маємо. Значіння цього удосконалиння треба випробувати при звужених сплюснених мисках.

В літературі останніми роками зустрічаємо де-кілька побажань що-до змін в моделі нових щипців. Наші власні побажання, що їх ми виставляємо тут на проектному малюнку і висловили ми (вперше на засіданні Медсекції УАН у Києві й на 6-му Всесоюзному з'їзді акушерів та гінекологів у Москві) раніш і цілком незалежно від літературних вказівок. Інші акушери дають такі поправки до Kielland'ової моделі:

Theodor Wyder (in Schaffhausen) до „ідеальних“ акушерських щипців ставить такі вимоги: 1) будова та розміри ложок—як у Kielland'ових; 2) клямка—теж; конче потрібно додати гвинт, щоб була змога на разі потреби фіксувати ложки або попередити сповзання інструменту; 3) міцні солідні ручки, до прикладу, як в щипцях Naegle; 4) Zugapparat, подібно як

випицях Tarnier'ових і Herff'ових, що його можна було-б при потребі то включити, то виключити.

Еберхарт з (Baden-Baden'у) наділив-би Kielland'ові шипці для більшої упевнености тракцій нерухливою клямкою і міцнішими ручками. Але через те, що на Kielland'ових шипцях є патент, Еберхарт вважає за потрібне сконструювати власну модель.

VI. Про спосіб накладати передню ложку ми вже досить сказали вище, а тут лише зазначимо, що новий спосіб тепер чим раз більше перестає бути тим страховиськом, що через нього де-хто з акушерів відкинув шипці Kielland'ові, навіть не спробувавши їх при операції.

До цього-ж Bokelmann, що праця його вийшла 1923-го р., вихваляючи нові шипці, оповідає, що він сам давно накладає в потрібних випадках навіть класичні шипці в прямому розмірі миски. Він не робить передньою ложкою ніякого повороту, а просто накладає передню ложку під симфізу—так, щоб головна кривина ложки лягла відразу відповідно на головку. Це є пряме накладання передньої ложки в прямому розмірі миски без повороту й без переміщення. Задню-ж ложку Bokelmann давно накладає так, як то пропонує Kielland.

Щоб виконати таку техніку, Bokelmann брав класичні шипці лише з нерізко виявленою мисковою кривиною.

Правду кажучи, і цей (Bokelmann'ів) спосіб не зовсім новина в акушерстві. В підручникові (трактаті) акушерства професора M. Gardien (Paris, року 1816), що ілюстровано чудовими малюнками, зустрічаємо на малюнках спосіб накладати класичні шипці при поперечно встановленій головці саме в прямому розмірі миски—передня під симфізу, а задня просто promontorium. А в тексті читаємо: „При поперечному встановленні сагітального шва стискувати головку в прямому її розмірі небезпечно і навіть смертельно для дитини. Ложки треба покласти одну під os pubis, а другу попереду sacrum, цеб-то по поперечному розміру головки. Першою слід заводити ту ложку, що йде під симфізу, бо заводити її трудніше, а ще трудніше, коли попереду наклали-б задню ложку“. Далі, щоб успішніше й краще заводити ложки, тут-же подається детально розроблений і спосіб переміщувати ложки в прямий розмір, щоб захопити шипцями головку біпаріетально.

Бажаючи всебічно освітити питання про Kielland'ові щипці, дозволяємо собі спинити читачеву увагу на пропозиції накладати новий інструмент на сідні підчас *clunilis praeviis*.

Витягування дитини щипцями за сідні давно приваблювало увагу акушерів. Акушерські музеї можуть похвалитися різними, часом дуже дотепними моделями щипців на сідні. Проте, поступово всі ці інструменти попали з родільного покою до музейної шафи й дали дорогу тупому гачкові Smelli, способові Бунге, марлевій петлі, або все тому самому чудодійному акушерському пальцеві. Коли в акушера не вистачало сили, щоб пальцем витягнути дитину за сідні, зір його з часом знову падав на інструмент, що замінив-би власного пальця. За чергову спробу, десь певно, треба вважати й спосіб витягати дитину за сідні Kielland'овими щипцями. Першу таку спробу зробили, мабуть одночасно і незалежно один від одного, Vago і I. Kelen (in Baja з Угорщини, з клініки проф. Tauffer-Toth). Перший подає один, а Kelen—два випадки. Накладали щипці Kielland'ові на поперечний розмір сіднів незалежно від того, на який саме розмір миски він припадав. Випадки ці закінчилися вдало для дітей і матерів. Тому Kelen зауважує, що Kielland'ові щипці цілком придатні при попереденнях сіднями. Отже, він радить користуватися ними в тих випадках, де в інтересах матери й дитини треба швидко закінчити пологи. F. Heinllin подає один випадок, де не пощастило витягнути дитину за сідні щипцями Klelland'овими і витягли її щипцями Naegele.

Д-р K. Fink з Єлізаветинської лікарні в Кенігсбергу, що виступав з критикою нових щипців при головних попереденнях, подає в літературі один випадок надзвичайно вдалого витягування дитини за сідні Kielland'овими щипцями. Коли звичайними засобами Fink'ові не пощастило знизити ніжку, а пологи треба було швидко закінчити, він зробив це Kielland'овими щипцями, а щипці Naegele були непридатні. Операція що-до техніки була дуже легка і закінчилася протягом 3-х хвилин. Жадних ушкоджень не було ні для матери, ні для дитини, хоча остання була без серцебиття ще до початку операції і витягнена мертвою. K. Fink висловлює думку, що *de facto* щипці Kielland'ові виявили себе придатними і в майбутньому (додає—в руках досвідченого

спеціаліста) їх слід вживати в тих випадках попередення віднями, де потрібно швидко закінчити пологи, де сидні стоять між серединою порожні і виходом з миски, і де інші засоби безуспішні. Власного досвіду в цьому питанні що-до щипців Kielland'ових ми не маємо.

Резюме.

1. Щипці Kielland'ові цілком придатний інструмент на високу в мисці головку при нормальних взаємовідносинах між мискою й головкою. Операцію вихідних щипців ними так само легко перевести, як і класичними щипцями. Метода накладати щипці лише здається складною й важкою. Побоювання повороту передньої ложки є безпідставне.

2. При операції щипців на високу головку слід віддати перевагу новим щипцям. Ними операцію робити легше й для тракцій менше треба сили. Ротацію головки щипцями Kielland'овими провадити легше й простіше, ніж класичним інструментом, не потребуючи подвійного або потрійного перекладання ложок.

3. Щипцями Kielland'овими не варто поширювати вказівку до операції на високій (або рухливій) головці. Погляд акушерів мусить залишитись той самий, що висока або рухлива головка є вказівка до профілактичного повороту, *sectio Caesarea* то-що, щоб урятувати дитину й матір. За щипці-ж в такому випадкові беремось лише тоді, коли не можна утворити оточення для придатнішої акушерської операції. Коли-ж крайність примушує до щипців, то Kielland'овий інструмент буде тут корисніший.

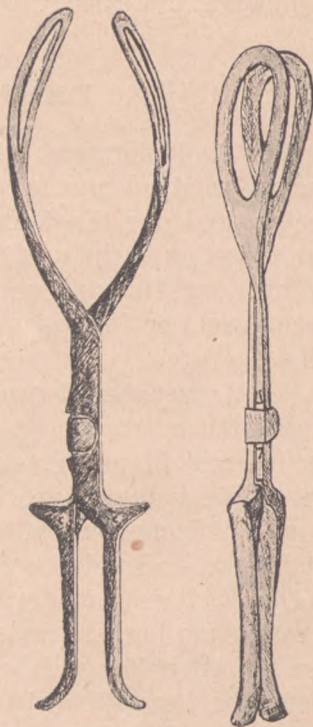
4. Щипці Kielland'ові вимагають точної діагнози положіння головки. Накладати щипці навмання, значить одверто йти проти свого успіху. При цій умові техніка накладання не дуже трудна. Тому не тільки клінічний акушер-фахівець, а й кожен лікар, що вміє взагалі розбиратись в акушерських випадках і пророблювати операцію акушерських щипців, може володіти й новими щипцями. Умовою для цього морального права повинно бути те саме, що й для класичних щипців. Перед операціями на роділлях лікар мусить проробити й точно засвоїти техніку Kielland'ових щипців на фантомах під керівництвом клінічних товаришів. За-для цього при клініках треба

заснувати курс про Kielland'ові акушерські щипці для лікарів, що бажають, а для студентів—обов'язково завести те саме на практичних вправах з оперативного акушерства.

5. В техніку накладати Kielland'ові щипці ми вносимо таку поправку: щипці не слід замикати, поки ручка передньої ложки не вирівняється цілком з ручкою задньої, цеб-то поки верхівка передньої ложки не ляже на своє ніби-то натуральне місце. Підчас операції треба стежити, щоб передня ложка не перетягалась середнім пальцем нижче за задню.



Мал. 3.
Kielland'ові щипці.



Мал. 4.
Авторський проєкт змін до
Kielland'ових щипців.

6. Інструмент Kielland'ів не є ще ідеал акушерських щипців. Ми пропонуємо в моделі Kielland'овій цілком знищити мискову кривину й цим надати їм форму прямих щипців. Крім того, на правій ложці повинно бути 2 спускаючих горбики,

щоб передня ложка не могла сповзати в момент сильних тракцій нижче лівої від натиску середнього пальця. (На стор. 49-й подаємо проєктні малюнки наших змін до Kielland'ової моделі).

Своєму Шефові, високоповажному Професорові Г. Писемському, складаю сердечну подяку за дозвіл використати клінічний матеріал та за доброзичливе відношення й поради підчас праці.

Користуюся нагодою висловити щиру подяку і всім товаришам-лікарям, що завжди прихильно допомагали мені в праці.

Zusammenfassung.

A. Die Kiellandzange ist ein völlig brauchbares Instrument bei hohem Kopfstand und normalen Grössenverhältnissen zwischen dem Becken und dem Kopf. Die Operation der Ausgangszange lässt sich damit ebenso leicht ausführen, wie mit der klassischen Zange. Die Technik des Anlegens scheint nur kompliziert und schwer. Die Furcht vor der Wendung des vorderen Löffels ist nicht begründet.

B. Bei Zangenoperationen bei hohem Kopfstand ist die neue Zange vorzuziehen, da die Operation mit ihrer Hilfe leichter auszuführen ist, und für die Tractionen weniger Kraft angewandt werden muss. Die Rotation des Kopfes wird mit der Kiellandzange leichter und einfacher ausgeführt, als mit der klassischen, und verlangt nicht zwei- oder dreifaches Anlegen der Löffel.

C. Die Kiellandzange erweitert keineswegs die Indicationen zur Operation am hochstehenden (oder beweglichen) Kopfe. Die Ansicht der Geburtshelfer soll beim Alten bleiben, nämlich: der Hochstand und die Beweglichkeit des Kopfes ist eine Indication zur prophylaktischen Wendung, zum Kaiserschnitt u. s. w. zur Rettung der Mutter und des Kindes. Zur Zange greift man in diesen Fällen im Notfall, wenn die Umstände es nicht erlauben, eine passendere geburtshilfliche Operation zu vollführen. Sind wir aber gezwungen die Zange anzulegen, so wird hier Kiellands Instrument nützlich und am Platze sein.

D. Die Kiellandzange verlangt eine genaue Diagnostik der Kopf-lage. Die Zange blindlings anlegen—heisst wissend dem Erfolge

aus dem Wege gehen. Unter der Bedingung einer genauen Diagnostik ist die Technik des Anlegens nicht schwer. Nicht nur ein klinischer Specialist, sonder auch jeder Arzt, der sich geburtshilflich betätigt und Zangenoperationen beherrscht, kann die neue Zange anwenden. Vor den Operationen an Kreissenden soll der Arzt die Technik des Anlegens der Kiellandzange am Phantom unter der Führung seiner klinischen Collegen ausführen und gründlich kennen lernen. Zu diesem Zwecke sollte man an jeder Klinik einen Kursus „über die Kiellandzange“ für interessierte Ärzte einführen, und desgleichen, die Studenten beim praktischen Geburtshilflichen Operationskursus im Anlegen dieser Zange üben.

E. Kiellands Instrument ist noch kein Ideal der geburtshilflichen Zange. Wir schlagen vor, beim Kiellandmodell die Beckenkrümmung vollständig fortzulassen, und ihm dadurch die Form einer geraden Zange zu verleihen. Ausserdem müssen am inneren Rande des rechten Griffes zwei flache Höcker angebracht werden, damit der rechte Löffel während starker Tractionen unterm Druck des starken Mittelfingers vom linken nicht abgleiten kann (oder man kann einen Stift anbringen, der in eine entsprechende Einkerbung am Rande des Schlosses hineingeht).

F. Zur Technik des Anlegens der Kiellandzange fügen wir noch hinzu: die Zange darf nicht geschlossen werden, ehe die Griffe des vorderen und hinteren Löffels einander bedecken—d. h. ehe sich die Spitze des vorderen Löffels auf seinen natürlichen Platz legt. Während der Operation muss darauf geachtet werden, dass der vordere Löffel mit dem Mittelfinger nicht vom hinteren Löffel abgezogen wird.

Литература.

1) Kielland Chr. Die Anlegung der Kielland'schen Zange. Erweiterter Sonderabdruck aus Bd. 43, Heft 1, 1916. der Monatsschrift f. Geb. und Gyn. Berlin, 1922.

2) Meumann. Meine Erfahrungen mit der Kielland'schen Zange. Zentralblatt für Geb. und Gyn. 1923, № 5.

3) Riediger K. Entgegnung auf die Arbeit Fink's „Zur Kritik der Kiellandzange“. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1923, № 17.

4) Heidler. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1923, № 31.

5) Fink K. Zur Kritik der Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1923 № 17.

6) Hirschberg Hans. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1923, № 22.

- 7) Spitzer, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1923, № 22.
- 8) Meumann, Stirn- und Gesichtslagen und Kiellandzange, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 18.
- 9) Meumann, Kann die Prognose der Stirn- und Gesichtslagen durch die Kielland'sche Zange gebessert werden? Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 9.
- 10) Klaus Hoffmann, Gehört die Kiellandzange in die Hand des praktischen Arztes? Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922 № 20.
- 11) Berecz, Erfahrungen mit der Kielland'schen Zange, Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 23.
- 12) Seutsch, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 18.
- 13) Thies, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 18.
- 14) Schweitzer, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 18.
- 15) Kupferberg, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922.
- 16) Fehling, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. S. 183.
- 17) Opitz, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, S. 184.
- 18) Schubert, Erfahrungen mit der Kiellandzange, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 46.
- 19) Kielland Chr. Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 46.
- 20) Hammerschlag, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 46.
- 21) Sachs, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 46.
- 22) Karl Ruge II. Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 46.
- 23) Frey-Bolly, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 48.
- 24) Guggisberg, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 48.
- 25) Mayer A. Über die Kielland'sche Zange, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1922, № 18.
- 26) Schweitzer, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1921, S. 623.
- 27) Riediger K. Kann die Kiellandzange die klassische Zange ersetzen? Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1920, № 31.
- 28) Sachs E. Über eine Gefahrenquelle bei der Benutzung der Kiellandzange, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1920, № 42.
- 29) Stroeder, Diskussionsbemerkung, Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1919, № 24.

30) Rosenfeld W. Demonstration der Kiellandzange in der Geb.-Gyn.-Gesellschaft in Wien. Diskussionsbemerkung. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1918, № 1.

31) Schauta. Diskussionsbemerkung. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1918, № 1.

32) Halban. Diskussionsbemerkung. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1918, № 1.

33) Winter. Diskussionsbemerkung. Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1923, Bd. LXIV, Hf. 1.

34) Fink. Diskussionsbemerkung. Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1923, Bd. LXIV, Hf. 1.

35) Schroeder. Diskussionsbemerkung. Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1923, Bd. LXIV, Hf. 1.

36) Stoeckel. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1923.

37) Fink K. Schädelverletzungen durch die Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 8.

38) Heim K. Erfahrungen mit der Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 8.

39) Wyder Th. 1) Zur Bewertung der Zange von Kielland. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 12, i 2) Zur Kritik der Kiellandzange. Zentralbl. f. Geb. und Gyn. 1925, № 10.

40) Günther Conrad. Weitere Beiträge zur Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 12.

41) Peters. Zum Kapitel: Kielland'sche Zange und zu Deutschlands 200-jährigem Forcepsjubiläum. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 33.

42) Heidler H. Ist die Kiellandzange eine Achsenzugzange? Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 33.

43) Heidler H. Archiv für Gyn. Bd. CXVIII, H. 2.

44) Saenger H. Zum Streit um Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 28.

45) Saenger H. Zum Streit um Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 48.

46) Fink K. Zum Streit um Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 39.

47) Hauch. Hospitaltidende Jahrg. 66, № 46. Ref: Berichte über d. gesam. Gynäkol. und Geb. Bd. IV S. 102.

48) Stroeder. Berichte aus gyn. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 15.

49) Deseniss. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 15.

50) Geppert. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 15.

51) Matthaei. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 15.

52) Heynemann. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 15.

53) Holderberg. Inaug. Diss. Erlangen, 1923. Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924. № 18.

54) Puppel. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. LXVI, H. 4-5 Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, № 18.

55) Horn. Über die Kiellandzange. Acta gynekologica scandin. Bd. II, H. 3. 1924. Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1924, 49.

56) Heinlein Fr. Erfahrungen mit der Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 27.

57) Fink K. Die Kiellandzange am Steiss. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 27.

58) Kubinyi P. Zwei Fälle von tiefem Querstand bei Stirnlage. Kielland'sche Zange als Rotationsinstrument. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 33.

59) Kelen. Über Anwendung der Kielland'schen Zange bei hochstehendem Steiss. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 16.

60) Nissen. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 13.

61) Richter. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 13.

62) Neidler. Fortbildungsvortrag: Sonderbeilage der Wiener Klin. Wochenschrift, Jahrg. 37, H. 35, 1924, Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 13.

63) Eberhart. Berichte aus gynäkol. Gesellsch. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 31.

64) Saenger. Mein Schlusswort zur Kritik der Kiellandzange. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 14.

65) Breus. Arch. für Gynäk. Bd. XX, S. 211.

66) Frey. Die Zangenoperation mit der neuen Geburtszange nach Kielland. Schweiz. med. Wochenschr. 1923, № 13, S. 332. Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 48.

67) Wyder Th. Die Bedeutung der Kielland'schen Zange für die geburtshilfliche Praxis. Schweiz. med. Wochenschr. 1924, № 11. Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 48.

68) Pieper Wilhelm. Erfahrungen aus der Breslauer Klinik mit der Kiellandzange. Inaug. Diss. Breslau, 1923. Ref. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925, № 48.

69) Saenger. Über Zangen mit Achsenzugapparaten. Arch. für Gyn. B. XVII, S. 382.

70) Lönne. Münch. med. Wochenschrift. 1918, № 41.

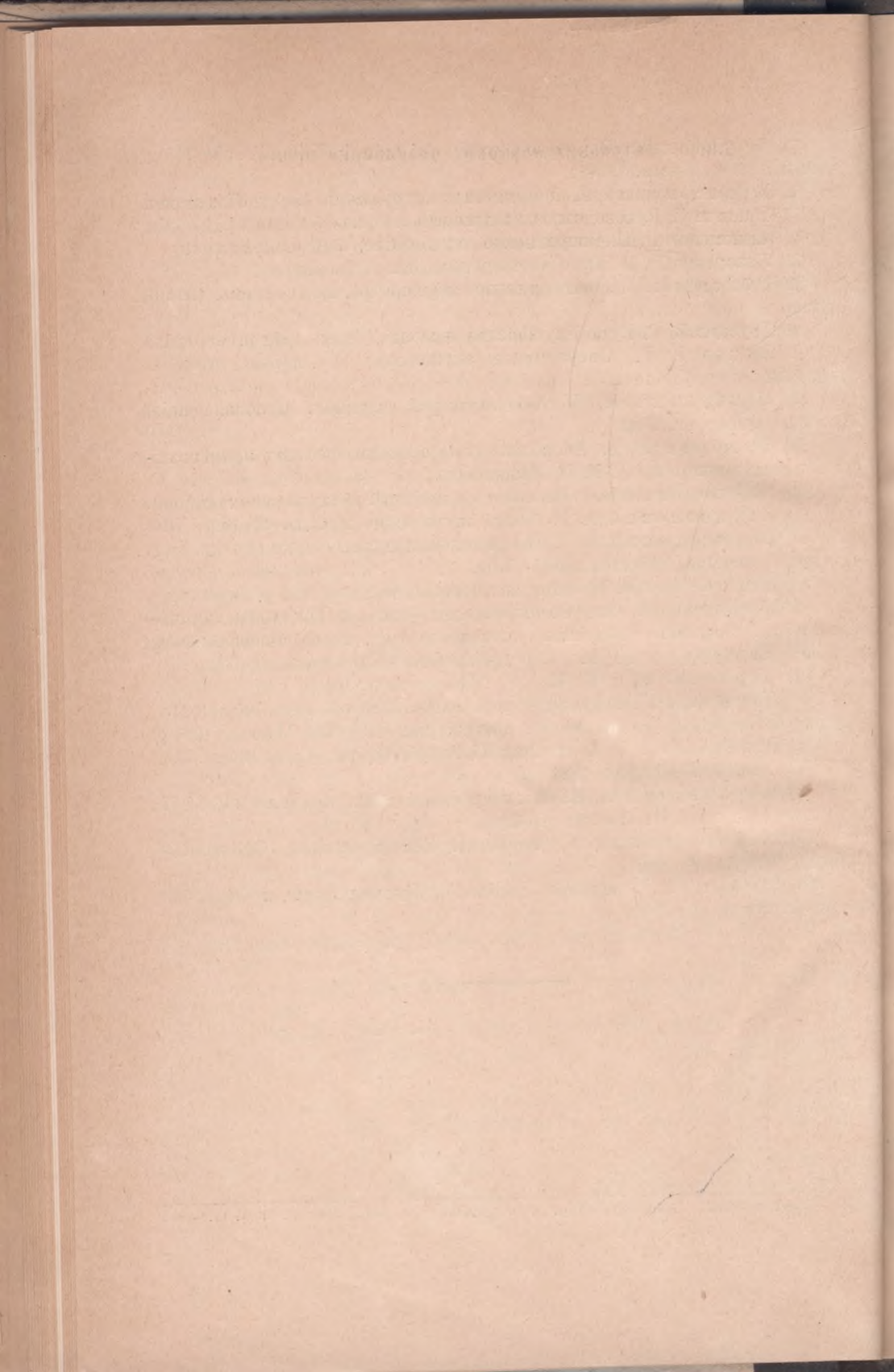
71) Wyder Th. Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. III, 1. S. 469.

72) Gardien M. Prof. d'accouch., de malad. des femmes et des enfants. Traité complet d'accouchemens et des maladies des filles, des femmes et des enfants. Paris, 1816.

73) Varo—рефер. за Fink'ом. Zentralbl. für Geb. und Gyn. 1925 p. № 27.

74) Рефер. про Kielland'ові кліщі—Укр. Мед. Вістник Ч. 2. Прага 1924 р.

- 75) Крупський О. л. Про акушерські щипці Kielland'a. Укр. Мед. Вістник Ч. 3—4. Прага. 1924 р.
- 76) Крассовский А. Оперативное акушерство. 1885 р. Ленінград.
- 77) Bumm E. Руководство по акушерству. Рос. перекл. 1922 р. Берлін.
- 78) Феноменов Н. Н. Оперативное акушерство. 1910 р. Ленінград.
- 79) Лазаревич И. П. Курс акушерства. 1892 р. Ленінград.
- 80) Döderlein A. Оперативное акушерство. Рос. перекл. 1923 р. Берлін.
- 81) Груздев В. С. Курс акушерства и женск. болез. 1922 р. Берлін.
- 82) Skutsch F. Оперативное акушерство. Рос. перекл. 1903 р. Ленінград.
- 83) Лазаревич И. П. Об акушерск. щипцах. Проток. Засід. Київськ. акушерськ. Т-ва.
- 84) Федоров И. И. Несколько слов о преимуществах прямых параллельных щипцов проф. И. П. Лазаревича.
- 85) Черневский Э. Ф. Несколько замечаний об акушерских щипцах.
- 86) Боряковский А. Г. Новые акушерские щипцы.—Київ.
- 87) Боряковский А. Г. О применении прямых щипцов при заднем виде темянных предлежаний.—Київ.
- 88) Schroeder K. Учебник акушерства. Рос. пер. 1895 р. Ленінград.
- 89) Крупський О. л. Об акушерских щипцах Kielland'a. Труды 6-го с'езда Всесоюзного Общества гинекологов и акушеров. Москва 1924 р.
- 90) Ануфриев А. А. } Дебаты на VI Всесоюзном с'езде.
- 91) Скробанский К. К. } Там-же стор. 342
- 92) Писемський Г. Ф. Заклуч. речь на 6-м Всесоюзном с'езде 1924 г. Труды VI Всесоюзн. с'езда гинекол. и акушеров. Стор. 469. Москва. 1925 р.
- 93) Шейнман А. И. О щипцах Kielland'a. Журн. Акуш и жен. бол. Т. XXXVI. Кн. 5. Ленінград. 1925 р.
- 94) Марковский А. В., Кипарский Р. В., Окинчиц Л. Л., Бубличенко Л. И.—Там-же. Дебати.
- 95) Hammerschlag S. Lehrbuch der operativen Geburtshilfe (Leipzig, 1924 р.)
- 96) Шейнман. О щипцах Kielland'a. Журнал Акуш. и Жен. бол. за 1925 г. кн. 6.



Список авторових наукових друкованих праць.

1. Случай консервативной миомектомии при 8-ми месячной беременности. (Труды Медич. О-ва им. Н. И. Пирогова в Дерпте. 1914 г.).
2. Клиническое значение реакции Abderhalden'a. (Русск. Врач 1914 г. № 12).
3. К казуистике ошибок при диагностике родов двойнями. (Журн. Акушер. и Жен. бол. 1916 г. № за м. Сентябрь).
4. Про акушерські щипці Kielland'a (Укр. Медичн. Вістник. Прага, 1921 р. Ч. 3—4).
5. Випадок Cleidotomia bilateralis post perforationem capitis foetus. (Киевск. Медич. Сборник при научном О-ве врачей Ю. З. ж. д., посвященный Проф. Ф. Г. Яновскому. № 2. 1925 г.)
6. К вопросу об этиологии выпадений матки и влагалища. (Труды VI с'езда Всесоюзного О-ва гинекологов и акушеров. Москва, 1925 г.).
7. Випадок пологів при еклампсії близнятами з зачепленням головки однієї дитини за голову другої (Українські Медичні Вісті № 1. Київ, 1925 р.).
8. Тимчасове шовкове шво на апоневроз при зашиванні черевної стінки (Укр. Медичні Вісті № 2. Київ, 1925 р.).
9. Методологічна робота акушерсько-гінекол. предметової комісії—розділ: „Акушерська Пропедевтика“ (Надруковано в збірникові „Досвід методологічної роботи К. М. І.“ за 1923—1925 р.р.).



