

А. П. Губаревъ. *М. М. Анника*

О. Проф. акушерства и женскихъ болѣзней Императорскаго Московскаго Университета, Директоръ Гинекологической Клиники. *1914.*

АКУШЕРСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ

(НАРУЖНОЕ и ВНУТРЕННЕЕ).

ПРАКТИЧЕСКІЙ КУРС
ДЛЯ СТУДЕНТОВ и ВРАЧЕЙ.

С 85 рис. в текстѣ.

Изданіе третье, дополненное и исправленное.



Изданіе Студенческой Медицинской Издательской Комиссіи.
МОСКВА.—1910.

ПРЕДИСЛОВІЕ

К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ.

Прошло болѣе 10 лѣтъ со времени появленія второго изданія этого сочиненія и в настоящее время оно успѣло сдѣлаться библиографическою рѣдкостью; но интерес, к затрагиваемым в нем вопросам и практическое, жизненное их значеніе, конечно, не могли измѣниться.

Поэтому я охотно пошел навстрѣчу желанію Студенческой Медицинской Издательской Комиссіи Московскаго Университета выпустить новое изданіе этого труда. Для этого я вновь пересмотрѣлъ текст и сдѣлал в нем необходимыя исправленія, а также дополнил нѣкоторыя мѣста согласно указаніям опыта и новѣйшим научным данным. Дополненія эти потребовали прибавленія 4 рисунков, для которых сдѣланы новыя клише.

Лишь себя надеждою, что и это изданіе, подобно предшествующим, найдет читателей и будет способствовать тѣм цѣлям, для которых было написано это сочиненіе.

А. ГУБАРЕВЪ.

Трубицковскій пер. 5.

1910. 2 февраля.

ПРЕДИСЛОВІЕ

К ПЕРВОМУ ИЗДАВІЮ

Наружнаго акушерскаго изслѣдованія.

Почти полное отсутствіе в отечественной литературѣ оригинальных сочиненій для изученія методов наружнаго акушерскаго изслѣдованія и важное значеніе, которое оно в настоящее время начинает пріобрѣтать, побудили меня изложить в этом кратком руководствѣ тѣ основанія, которыми я пользуюсь при обученіи моих слушателей наружному изслѣдованію.

Принципы, изложенные здѣсь, заимствованы мною главным образом у Парижской акушерской школы, которая за послѣднее десятилѣтіе, повидимому, снова заняла то мѣсто, которое она и ранѣе не раз занимала в исторіи не только акушерской, но и хирургической науки, т.-е. едва ли не первенствующее.

Большая часть помѣщенных в текстъ рисунков сдѣлана по моим указаніям Г. студ. мед. Г л и н с к и м. Клише изготовлены фотографом О. Р е н а р (в Москвѣ); за внимательное отношеніе их обоих к этому дѣлу долгом считаю выразить им здѣсь свою признательность.

При изложеніи, рядом с принятым у нас и в Германіи наименованіем акушерских позицій цифрами, я счел умѣстным привести соотвѣтственное обозначеніе позицій буквами, как это принято французами и как это начинает входить в употребленіе у англичан. Поль-

зованіе тѣм или другим способом обозначенія, конечно, дѣло привычки, но буквы имѣют перед цифрами то преимущество, что сразу дают представленіе об анатомических отношеніях частей плода к тазу матери. Наконец буквы имѣют еще то удобство, что не нужно писать названіе подлежащей части, что для замѣток наскоро, напр., в поликлиникѣ, имѣет свое удобство. Начальныя буквы французских наименованій позицій я замѣнил буквами латинских (а не русских) наименованій, потому что они у нас болѣе употребительны при обозначеніи анатомических данных.

Я почту себя вознагражденным за свой труд, если он окажется в состояніи ознакомить читателя с такими основными принципами наружнаго изслѣдованія, которыми он воспользуется практически, не дѣлаясь специалистом по акушерству. А если он, заинтересовавшись этим дѣлом, пожелает ознакомиться с ним ближе и своими собственными наблюденіями и опытностью провѣрит различныя подробности, описанныя в этой книгѣ и исправит неточности и недостаточную достовѣрность нѣкоторых из приведенных в ней данных и соображеній, то я почту себя счастливым, если мнѣ удастся их устранить при дальнѣйшем изученіи и разработкѣ этого дѣла. Это подтвердит мое убѣжденіе в необходимости такого руководства.

А. ГУБАРЕВЪ.

Звѣздная 3.
1896. 9 декабря.

ПРЕДИСЛОВІЕ

КО ВТОРОМУ ИЗДАВІЮ

Наружнаго акушерскаго изслѣдованія.

Это изданіе отличается от перваго изданія только тѣм, что в нем прибавлено: «ощупываніе таза и значеніе болѣзненных точек, которыя могут быть найдены при этом», и два относящіеся сюда рисунка (10 и 11).

А. ГУБАРЕВЪ.

1898. 20 Января.

ПРЕДИСЛОВІЕ

К ПРАКТИЧЕСКОМУ КУРСУ

Внутренняго акушерскаго изслѣдованія.

В прошлом году появилось первое изданіе моего практическаго курса наружнаго акушерскаго изслѣдованія. Благосклонный пріем, оказанный товарищами этому труду и вниманіе, с которым к нему отнеслись интересующіеся затронутыми в нем вопросами показали, что появленіе этого сочиненія оказалось своевременным и, повидимому, удовлетворяет потребностям жизни. В этом я мог убѣдиться из собесѣдованій с товарищами, в особенности во время XII Международнаго Медицинскаго Конгресса, хотя, к сожалѣнію, в текущей литературѣ мнѣ не удалось встрѣтить серьезной критики этого труда.

Многіе из моих читателей не раз высказывали желаніе имѣть под руками, составленный по тому же плану курс внутренняго акушерскаго изслѣдованія, в котором можно было бы найти главныя данныя, относящіяся к практическому изученію этого краеугольнаго камня акушерскаго искусства. Выполненіе такой задачи всегда представлялось мнѣ затруднительным, потому что полнота, необходимая для того, чтобы такое сочиненіе дѣйствительно исчерпывало этот предмет, потребовала бы пересмотра обширной литературы и загромождало бы книгу разнообразными свѣдѣніями

и подробностями, которыя едва ли дѣйствительно часто находили бы практическое приложеніе.

Выполняя нынѣ желаніе моихъ читателей, я поставилъ себѣ задачей изложить в этомъ курсѣ только то, что испытано мною на практикѣ и с чѣмъ я всегда считалъ необходимымъ знакомить моихъ слушателей. Сочиненіе это, дополняя то, что не могло войти в курсъ наружнаго изслѣдованія, вмѣстѣ с нимъ должно составить одно общее цѣлое: практическій курсъ акушерскаго изслѣдованія.

Я вполне сознаю, что в этомъ трудѣ многое можетъ оказаться недоговореннымъ, или недостаточно выясненнымъ и даже отрывочнымъ; но в практическомъ курсѣ все сомнительное и невыработанное окончательно естественно должно отходить на второй планъ, уступая мѣсто тому, что указываетъ жизнь и опытъ.

Большая часть рисунковъ, помѣщенныхъ в этой книгѣ, составлены по моимъ указаніямъ Г. Докторантомъ С т о р о ж е н к о; а клише с нихъ изготовлены фотографомъ О. Р е н а р; за искусное и внимательное ихъ выполненіе долгомъ считаю выразить имъ обоимъ мою признательность.

Я почту свою задачу выполненною, если товарищи найдутъ в этой книгѣ отвѣтъ на практическіе вопросы, с которыми они къ ней обратятся. Это подтвердитъ мое предположеніе о своевременности ея появленія.

А. ГУБАРЕВЪ.

1898. 10 января.

О Г Л А В Л Е Н І Е.

	<i>Стр.</i>
Предисловіе к третьему изданію.	III
Предисловіе к первому изданію «наружнаго акушерскаго изслѣдованія».	IV
Предисловіе ко второму изданію «наружнаго акушерскаго изслѣдованія».	VI
Предисловіе к «внутреннему акушерскому изслѣдованію»	VII
Список рисунков.	XI

I. Часть первая. Наружное акушерское изслѣдованіе.

Введеніе	3
a) Историческія замѣчанія.	—
b) Опредѣленіе и объем предмета	7
I. Осмотр.	9
II. Ощупываніе	28
a) Систематическое ощупываніе всего живота	32
b) Ощупываніе таза и значеніе болѣзненных точек, ко- торыя могут быть найдены при этом	42
c) Отыскиваніе дна беременной матки и опредѣленіе срока беременности по ея величинѣ.	48
d) Ощупываніе во второй половинѣ беременности	51
(a) Принципы дѣленія положеній или позицій и их номенклатура	52
(b) Практическія замѣчанія о положеніях и предле- жаніях и предполагаемая причины положеній.	56
(c) Примѣненіе знанія позицій. Методическое ощупы- ваніе в концѣ беременности	73
(d) Многоплодная беременность	107
(e) Опредѣленіе мертваго плода	112

(f) Нѣкоторыя другія данныя, добываемыя ощупываніем во время беременности.	114
e) Ощупываніе во время родов.	115
f) Ощупываніе в послѣдовом періодѣ.	122
III. Выслушиваніе.	134
IV. Акушерское измѣреніе	142
a) инструментальное	143
b) ручное	148

II. Часть вторая. Внутреннее акушерское изслѣдованіе.

Введеніе.	163
I. Позиція для изслѣдованія, наружный осмотр, катетеризація пузыря	173
II. Простое внутреннее изслѣдованіе.	187
III. Опредѣленіе аномалій таза помощью внутренняго изслѣдованія и пальцевое измѣреніе внутренних размѣров таза.	210
IV. Инструментальное измѣреніе внутренних размѣров таза.	233
V. Изслѣдованіе подвижности тазовых костей и степени податливости тазовых сочлененій	238
VI. Опредѣленіе беременности и ея срока	245
VII. Изслѣдованіе во время родов.	267
VIII. Опредѣленіе аномалій таза по особенностям механизма родов.	293
IX. Внутреннее изслѣдованіе в послѣдовом и послѣродовом періодах	309
Литература.	313
Алфавитный указатель.	317

СПИСОК РИСУНКОВ.

	<i>Стр.</i>
1. Профиль хорошо сложенной беременной (Wigand)	13
2. Профиль беременной (Wigand)	15
3. Профиль беременной (Wigand)	16
4. Профиль беременной (Wigand)	18
5. Профиль беременной (Wigand)	19
6. Живот Галатеи (с фотографіи)	22
7. Венера (Venus asgroupie, с фотографіи)	23
8. Фигура Ариадны (по Norris)	25
9. Сосок и грудная железа (по Norris)	41
10. Схема болѣзненных точек тазовой области.	44
11. Тоже.	45
12. Диаграмма высоты стоянія дна матки.	49
13. Форма маточной полости (по Webster)	57
14. Схема поперечнаго разрѣза	65
15. Схема поперечнаго разрѣза.	69
16. Схема плода (что прощупывается).	} 78
17. Схема плода (что прощупывается),	
18. Головное положеніе (головка подвижна)	79
19. Захватываніе головки пальцами (по Leopold)	83
20. Передній вид 1-го затыл. п. (O.I.S.A.)	85
21. Задній вид II-го затылоч. п. (O.I.D.P.)	87
22. Прощупываніе туловища.	91
23. Перегибаніе туловища (Pinar d)	93
24. Задній вид II-го лицевого п. (M.I.D.P.)	95
25. Передній вид II-го лиц. п. (M.I.D.A.)	97
26. Передній вид I-го ягодич. п. (сведеніе рук) (S.I.S.A.)	99
27. Задній вид II-го ягодич. п. (S.I.D.P.)	100
28. Передній вид I-го ягодич. п. (S.I.S.A.)	102
29. Передній вид I-го попер. п. (T.I.S.A.)	103
30. Задній вид I-го попер. п. (T. I. S.P.)	104

	<i>Стр.</i>
31. Передній вид I-го попер. п. (воды стекли).	105
32. Отдѣленіе послѣда 1-й тип.	124
33. Отдѣленіе послѣда	125
34. Отдѣленіе послѣда.	126
35. Отдѣленіе послѣда 2-й тип.	127
36. Высота дна матки при опредѣленіи послѣда.	129
37. Ущемленіе дольки epchatonnement (по H e r r g o t t).	131
38. Акушерскій стетоскоп.	135
39. Измѣреніе D. B. (по N o r r i s).	145
40. Измѣреніе D. S. (способ M a t t e i).	149
41. Ощупываніе выхода таза по способу (H e g a r).	151
42. Тоже при остеомаліици.	152
43. Измѣряющее ощупываніе (P i n a r d).	155
44. Тоже.	156
45. Рогатка автора для нижней конечности.	176
46. Положеніе пальцев при изслѣдованіи	188
47. Полость таза, мѣста, доступныя изслѣдующему пальцу.	203
48. Схема крестцовой кости.	217
49. Прямые размѣры нормальнаго таза.	221
50. Отношеніе прямых размѣров общесуженнаго таза к размѣрам нормальнаго.	222
51. Тоже плоскаго.	223
52. Тоже плоскаго рахитическаго.	224
53. Тоже кифотическаго.	225
54. Отношеніе поперечных размѣров кифотическаго таза к тѣм же размѣрам нормальнаго.	227
55. Диаграмма различных очертаній входа в таз (по B u d i n)	231
56. Календарь беременности.	247
57 и 58. Изслѣдованіе при беременности (по B u d i n).	251
59. Изслѣдованіе признака H e g a r (по H e g a r).	253
60. Новый признак H e g a r	256
61. Смѣщеніе влагалищной части кзади.	261
62. Измѣненія влагалищной части у первородящей	264
63. Тоже у повторно-родящей.	265
64. Плодный пузырь (плоскій)	270
65. Тоже грибовидной формы	271
66. Косые діаметры таза.	275
67. Положеніе изслѣдующаго пальца (по V a r n i e r).	278
68. Тоже.	279

69. Лобный шов симулирующей ламбдовидный (по В u d i n)	281
70. Передний вид II-го затылочного положения (O.I.S.A.)	282
71. Задний вид I-го затылочного положения (O.I.S.P.)	283
72. Передний вид I-го лицевого положения (M.I.S.A.)	285
73. Задний вид II-го ягодичного положения (S.I.S.P.)	288
74. Задний вид I-го поперечного положения (T.I.S.A.)	290
75. Передний вид II-го поперечного положения (T.I.D.A.)	291
76. Положение головки при общесуженном тазѣ (O.I.S.A.)	295
77. Механизм родов при плоском тазѣ	297
78. Тоже	297
79. Тоже	299
80. Тоже	300
81. Тоже	301
82. Тоже	302
83. Тоже	303
84. Механизм родов при кифотическом тазѣ	306
85. Фронтальный разрѣз кифотического таза	307

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

НАРУЖНОЕ

АКУШЕРСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

ВВЕДЕНІЕ.

Ощупываніе живота для опредѣленія беременности и ея особенностей производилось с незапамятных времен сельскими хозяевами и скотоводами, которые помощью этого приема опредѣляли количество ожидаемаго от овец и других домашних животных, приплода. С тѣх пор как люди стали оказывать помощь роженицам и беременным женщинам, они должны были пользоваться методами наружнаго изслѣдованія, собственно ощупываньем живота, с цѣлью опредѣленія срока беременности и другими діагностическими цѣлями; но серьезному изученію этот основной метод современнаго акушерскаго изслѣдованія подвергся только в текущем столѣтіи. Один гамбургскій врач, уроженец города Ревеля, *W i g a n d*, первый обратил вниманіе на ту практическую пользу, которую можно из него извлечь, первый выработал для этого приемы и разработал ученіе о поворотѣ наружными приемами. Изслѣдованія этого талантливаго акушера и тонкаго наблюдателя еще не дали всѣх тѣх результатов, которые они могут дать, и чтеніе его сочиненій (переведенных на многіе языки) до сих пор поучительно для людей, посвящающих себя акушерскому искусству ¹⁾. Проф. *Hubert* из

¹⁾ *Dr. Justus Heinrich Wigand. Die Geburt des Menschen in physiologisch-diätetischer und pathologisch-therapeutischer Beziehung. Berlin. 1820.*

Louvain пытался разработать этот метод, занимаясь им независимо от изслѣдованій Wigan d'а. Его сын Eug. Hubert изложил подробнѣ предложенные им приемы ¹⁾. В 1855 году приѣхал в Париж один корсиканскій врач Dr. Mattei и напечатал свое сочиненіе о фیزیологических родах ²⁾. Убѣдившись, во время своей акушерской дѣятельности в Бастіи, в Корсикѣ, что роды иногда, особенно у жителей не избалованных культурой, совершаются необыкновенно легко и почти безболѣзненно, он задался мыслью изучить условія, при которых совершаются такіе роды и выработать методы, чтобы всякіе роды приводить, по мѣрѣ возможности, к тѣм условіям, при которых совершаются эти, как он их называл, фیزیологическіе роды. С горячностью южанина этот талантливый и наблюдательный человѣкъ подмѣтил многія интересныя особенности, но увлеченія, отразившіяся на его выводах, послужили основаніем горячей критикѣ и большому скептицизму современников ко всѣм трудам этого человѣка. Насколько силен был этот скептицизм, можно еще и теперь видѣть в нѣкоторых учебниках по акушерству, напр., в оперативном акушерствѣ нашего маститаго академика А. Я. Крассовскаго ³⁾ Только в 1876 — 78 годах проф. Pinard восстановил настоящее значеніе работ Mattei и воспользовался многими его выводами, вырабатывая свой

¹⁾ E. Hubert. Quelques faits suivis de réflexions sur les présentations vicieuses du fœtus, et sur la possibilité de les corriger par de manipulations extérieures. Annales de Gynécologie 1843 и в Annales médicales de la Flandre occidentale 1855.

²⁾ A. Mattei. Essai sur l'accouchement physiologique. Paris 1855.

³⁾ А. Я. Крассовскій. Оперативное акушерство. СПб. 1879, pag. 157.

собственный метод наружнаго изслѣдованія и наружнаго поворота ¹⁾). Занявшись изученіем этого дѣла, проф. P i n a r d подтвердил правильность наблюденій M a t t e i и, относительно многих вопросов, выработал показанія, тожественныя с ним. Между прочим он доказал, что поворот наружными приѣмами желателен и показан при первичных ягодичных положеніях, — вопрос, в отношеніи к которому можно встрѣтить еще много скептицизма даже в новѣйших сочиненіях по акушерству. Так проф., Ф е н о м е н о в, ссылаясь на мнѣніе проф. Н е g a r ' a, совершенно справедливо не довѣряет мотивировкѣ этих показаній Фрейбургским профессором, в виду их «шаткости и неустойчивости» ²⁾, чего, конечно, нельзя сказать о мотивировкѣ M a t t e i и P i n a r d.

В настоящее время наибольшаго развитія достигли методы наружнаго изслѣдованія в руках акушеров парижской школы: проф. T a g n i e r, проф. P i n a r d, V a g n i e r и их учеников. В Германіи проф. L e o r o l d является горячим проповѣдником распространенія этого метода, и им выработаны приѣмы, не уступающіе во многом приѣмам парижской школы.

Повидимому, настало время, когда идеи W i g a n d и M a t t e i должны получить всеобщее распространеніе и наружные методы изслѣдованія будут замѣнять во многих случаях необходимость внутренняго изслѣдованія. У нас, в Россіи, проф. А. М. М а к ѣ в является, насколько мнѣ извѣстно, горячим сторон-

¹⁾ E. P i n a r d. Traité du palper abdominal. Paris 1889, pag. 114.

²⁾ Пр. Ф е н о м е н о в. Оперативное акушерство. Казань 1892, pag. 133 и изданіе второе. Казань 1897, pag. 150.

ником развитія и распространенія наружнаго метода акушерскаго изслѣдованія. Его непосредственный преемник проф. П о б ѣ д и н с к і й, а также большинство руководителей современных родильных учреждений широко пользуются этим методом.

Как бы то ни было выгоды этого метода еще недостаточно и не повсемѣстно, повидимому, оцѣнены в нашем отечествѣ и мы находим умѣстным перечислить здѣсь тѣ из них, которыя нам кажутся существенными.

1) Результаты, добываемые наружным изслѣдованіем, отличаются не меньшею точностью, чѣм результаты внутренняго изслѣдованія. Они даже иногда бывают точнѣе данных, добытых внутренним изслѣдованіем, в особенности, напр., когда зѣвъ еще совсѣм закрыт.

2) Многія данныя могут быть добыты только наружными приемами, напр., діагностика многоплодной беременности, приблизительные размѣры плода и его частей, большая часть признаков жизни и смерти плода и т. п.

3) Оно примѣнимо и тогда, когда внутреннее изслѣдованіе нежелательно, напр., при изслѣдованіи сифилитической женщины; или противопоказано, напр., вслѣдствіе невозможности избѣгать внесенія инфекции и т. п.

4) Оно щадит стыдливость женщины, не говоря уже о выгодах с точки зрѣнія антисептики, хотя бы случаи, гдѣ можно обойтись без внутренняго изслѣдованія, встрѣчались только как рѣдкость. Впрочем, в настоящее время можно найти много случаев, гдѣ можно с полным спокойствіем ограничиться одним наружным изслѣдованіем, не прибѣгая вовсе к внутреннему и довести роды до благопслучнаго окончанія. Это дѣйствительно и

практикуется в нѣкоторых больших родильных учрежденіях в Парижѣ, Вѣнѣ и Дрезденѣ. К сожалѣнію, потребности академическаго преподаванія не позволяют нам упускать случай пользоваться клиническим матеріалом для изученія механизма родов и его особенностей, при помощи внутренняго изслѣдованія. Во всяком случаѣ, в настоящее время умѣніе пользоваться методами наружнаго изслѣдованія, является прямой необходимостью для каждаго врача, который должен умѣть пользоваться всѣми выгодами этого важнаго приобрѣтенія нашей науки, потому что помощью его можно простыми и безопасными приемами получить точныя и достовѣрныя данныя.

Наружное акушерское изслѣдованіе слагается из суммы методических приемов, имѣющих цѣлью опредѣлить различныя подробности, относящіяся к беременному состоянію женщины. Оно может быть производимо или во время беременности, или во время родов, или в послѣродовом состояніи. При этом цѣли, которыя им достигаются в эти различные періоды, бывают различныя. Поэтому мы рассмотрим отдѣльно эти цѣли и задачи, а также и приемы, которыми их можно достигнуть, соотвѣтственно слѣдующим четырем періодам: 1) в первой половинѣ беременности; 2) во второй половинѣ беременности; 3) во время родов, и 4) в послѣродовом состояніи.

Методы, которыми для этого пользуются, суть слѣдующіе: осмотр, ощупываніе, выслушиваніе и измѣреніе. Самые цѣнныя результаты добываются ощупываньем, и на нем мы остановимся больше, чѣм на всѣх остальных, из перечисленных нами, методов. Выслушиваніе примѣняется, почти исключительно, при

ислѣдованіи во второй половинѣ беременности и во время родов. Перкуссия матки примѣняется почти исключительно при дифференціальной діагностикѣ мертвого загнивашаго плода, когда надо обнаружить присутствіе газов в маточной полости или когда надо убѣдиться в том, что то, что принимают за увеличенную беременную матку, не есть какая-нибудь опухоль, исходящая из другого органа и вообще для опредѣленія различных измѣненій в брюшной полости, зависящих от разных в ней заболѣваній.

I.

О С М О Т Р.

Осмотр, как метод изслѣдованія, преслѣдует слѣдующія цѣли. Прежде всего надо составить себѣ общее представленіе о случаѣ; значительная часть этого представленія составляется одновременно с разпросом даже еще в то время, когда женщина одѣта, но продолжается, конечно, во все время изслѣдованія.

В частности осмотром опредѣляются различныя особенности организма и состояніе отдѣльных его частей, с цѣлью устранить осложненія, если бы их удалось найти, или предупредить их появленія в будущем, а также намѣчаются тѣ части послѣдующаго изслѣдованія другими методами, на которые в данном случаѣ слѣдует обратить особенное вниманіе.

Осмотр можно производить или всего туловища сразу, или отдѣльно живота и других частей тѣла. Требования стыдливости нерѣдко исключают возможность осмотра всего тѣла сразу, и приходится возстановлять в воображеніи сумму отдѣльных наблюденій, относящихся к различным отдѣлам тѣла изслѣдуемой женщины и пополнять их данными, добытыми помощью ощупыванія. При нѣкоторой споровкѣ можно, почти не обнажая женщину, т.-е., вполнѣ щадя ея стыдливость, осмотрѣть всѣ необходимыя области и сдѣлать

необходимыя наблюденія, хотя, конечно, осмотр всего тѣла сразу дает болѣе цѣльное впечатлѣніе и, при нѣкоторых формах измѣненій скелета, бывает даже необходим безусловно.

Осмотр всего туловища производится в стоячем, сидячем и лежащем положеніях; кромѣ того обращается вниманіе на измѣненіе очертаній при ходьбѣ и на походку.

При осмотрѣ в стоячем или лежащем положеніи отмѣчают очертанія главных контуров: сначала передняго контура, — степень выстоянія опухоли живота, гдѣ живот наиболѣе выдается — выше или ниже пупка. Если выдается сводообразно верхняя часть живота, то это показывает, что брюшной пресс дѣйствует хорошо и это наблюдается у первородящих, у которых наиболѣе выдающаяся часть живота находится выше пупка, и у женщин с большим наклоненіем таза в послѣднем случаѣ, как увидим ниже, это может имѣть совершенно иное значеніе для предсказанія.

Изгиб спины — задній контур имѣет огромное значеніе для опредѣленія строенія скелета. Измѣненія профиля позвоночника, правда, могут существовать и при совершенно нормальном тазѣ, в особенности, в случаях уклоненія позвоночника в сторону (сколіоз), но оно всегда должно служить показаніем к тщательному, детальному изслѣдованію таза. Лордозы — уклоненія позвоночника кпереди, заставляют думать или об узком тазѣ или об отвислом животѣ, или о многоводіи, или о многоплодіи. Положеніе выступа профиля спины (на высотѣ лопаток) тоже имѣет большое значеніе: чѣм болѣе выдается выступ спины, тѣм больше тяжесть живота, заставляющая женщину перемѣщать центр тяжести верхней части туловища кзади, для сохраненія

равновѣсія при стоячем положеніи. Выдающіяся кзади ягодицы могут указывать на врожденный вывих бедер, при котором наблюдается глубокое углубленіе на поясницѣ («сѣдлина»), хотя таз при этом может быть совершенно нормальный. Вопрос рѣшается изслѣдованіем походки и ощупываніем вертлугов.

Кифотическія (кзади) уклоненія позвоночника могут указывать на увеличеніе размѣров тазоваго входа, с совмѣстным уменьшеніем его выхода.

При тазах общесъуженных, общія очертанія могут быть совершенно безукоризненны и вопрос рѣшается измѣреніем: на глаз — привычным глазомѣром или инструментальным способом. Не надо быть поспѣшным с выводами о формѣ таза по наружному осмотру: в музеях есть много препаратов со сколіозами и иными измѣненіями скелета, а измѣренія показывают, что таз совершенно нормальный; с другой стороны надо помнить, что правильныя, изящныя руки и ноги не исключают ни экзостозов и иных опухолей таза, ни скрытых форм рахита и даже *malacosteon* (W i g a n d). Узкія и изящныя лодыжки и запястья обыкновенно указывают на хорошую форму таза.

При осмотрѣ всегда обращают вниманіе на рост и тѣлосложеніе, а также спрашивают, когда женщина начала ходить, если с двухъ, трехъ лѣтъ, то тщательное измѣреніе таза является необходимостью, ибо это обыкновенно указывает на бывшія в дѣтствѣ заболѣванія костей и возможность измѣненія формы скелета.

Боковые контуры тѣла, а в особенности очертанія живота, также подвергаются осмотру. Здѣсь отмѣчается симметричность туловища и в особенности живота, Если боковые контуры сильно выдаются в поперечном направленіи, то это или многоводіе, или многоплодіе,

или поперечное положеніе, или скелет попорчен и т. п. Отмѣчают разницу в боковых очертаніях живота при стоячем и лежачем положеніи. При отвислом животѣ и при асцитѣ боковыя очертанія живота выдаются в лежачем положеніи больше, чѣм в стоячем.

Нѣкоторыя из описанных особенностей видны на прилагаемых рисунках, заимствованных из сочиненія *W i g a n d* (см. рис. 1).

На этом рисункѣ *W i g a n d* нарисовал угол *cbe*, указывающій наклоненіе таза; по измѣреніи он оказывается равным 35° . Точка *b*, хотя и соотвѣтствует верхнему краю симфизы, но, как видно из рисунка и о чем упоминает и сам *W i g a n d*, эта точка взята не точно, потому что она скрыта за очертаніями бедра. Мы попытались найти ее и обозначали ее буквою *x*. Линіи cd_1 и b_1e_1 прибавлены нами, чтобы показать дѣйствительный угол наклоненія таза, как мы его теперь понимаем [*N a e g e l e*¹⁾]. Угол $cb_1e_1 = 60^{\circ}$; он нарисован так, чтобы не затемнять рисунки *W i g a n d*. Если через точку *x* провести мысленно линію параллельную линіи cb_1 , то она пройдет как раз и через верхній край *symphysis* и через *promontorium* (красная линія на рис. 1, 2 и 3).

W i g a n d обращает вниманіе на положеніе линіи *ab* которая верхним своим концом смѣщена кзади. Это явленіе он считает, и совершенно основательно, благопріятным. Линія *ab* служит основаніем равнобедренному треугольнику Δabc . Это тоже очень благопріятное очертаніе. Чѣм больше разница между сторонами *ac* и *bc*, тѣм хуже. В особенности неблагопріятно, когда *bc* много меньше, чѣм *bc*. Разсматривая этот рисунок,

¹⁾ *N. Naegeler. Lehrbuch der Geburtshülfe, 8. Auflage. Mainz 1872, pag. 31.*

можно видѣть, что выступ спины не доходит до выступа ягодиц, т.-е. ягодицы выдаются кзади болѣе, чѣм

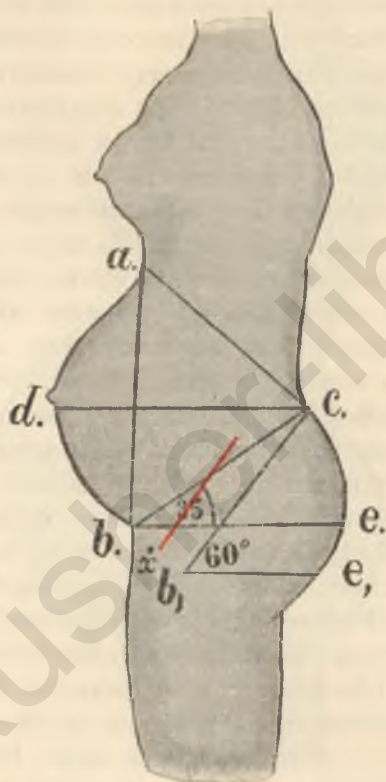


Рис. 1. Объясненіе рисунка. (Заимствован у W i g a n d.)

Объясненіе автора: «Профиль довольно стройно сложенной, хорошо упитанной беременной, у которой плод не слишком велик, у которой не слишком много плодной жидкости, и которая вообще, при вполне нормальном сложении, имѣет и соответственное наклоненіе таза».

Красная линия обозначает плоскость входа в таз.

спина. Линія *dc* раздѣляющая живот пополам, помѣщается почти посрединѣ наиболѣе выдающейся его части. Положеніе пупка показывает, что здѣсь вовсе нѣтъ отвислости и что брюшной пресс дѣйствует исправно, Если бы это была первородящая, то очертанія той части живота, которая находится между буквами *a* и *d*, выдавались бы нѣсколько больше, чѣм очертанія между *d* и *b*.

Разсматривая рис. 2, мы можем замѣтить, что очертанія спины здѣсь отличаются от рис. 1: выступ спины на рис. 2 заходит кзади от выступа ягодич, что зависит, конечно, от значительной тяжести этого живота. В то же время линія *ab* наклонена болѣе, чѣм на рис. 1. Выдающаяся часть живота — сегмент *adb* тоже значительно больше. Большое количество околоплодной жидкости, от котораго могло зависѣть это увеличеніе живота, конечно, представляет серьезное осложненіе, которое должно обусловливать очень осторожную прогностику относительно родов, — возможны разныя осложненія: выпаденіе пуповины, преждевременное отдѣленіе послѣда, атонія матки и т. п. Многоводіе может указывать на заболѣваніе слизистой оболочки матки и относительное или общее ослабленіе организма, потому что чаще наблюдается у жительниц городов (M a t t e i). Оно всегда сопровождается болѣе слабою родою дѣятельностью, чѣм при так-называемых сухих родах, т.-е. когда жидкости мало. Вообще значительное увеличеніе живота есть условіе не благопріятное предсказанію: оно показывает тщательный уход во время родов и устраненіе могущих появиться осложненій (неправильныя положенія, слѣдствія многоплодія, многоводія и т. п.). Нерѣдко при большом животѣ наблюдаются отеки нижних конечностей и наружных половых частей, отсюда показаніе — внимательный осмотр

их. Раннее отекание наружных частей и лобковой области может указывать на многоплодіе.

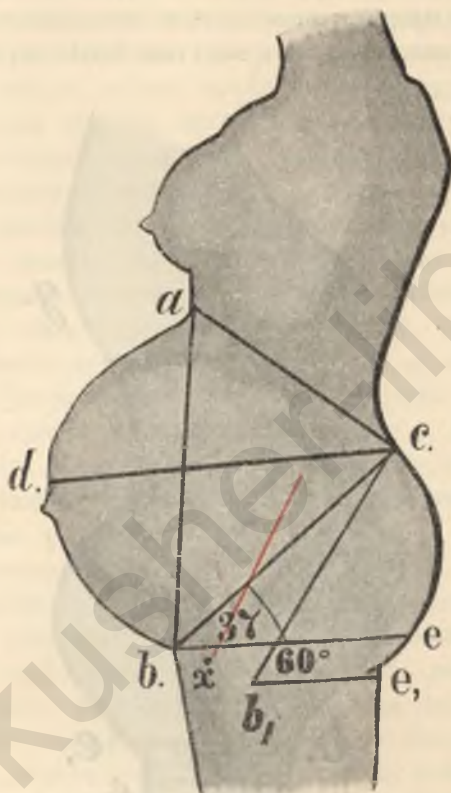


Рис. 2. Объяснение рисунка. (Заимствован у W i g a n d.)

Объяснение автора. «Профиль женщины, хотя и хорошо сложенной и с соответственным наклоном таза, которая, однако, по всей вѣроятности, или беременна двойнями, или тройнями, или слишком большим плодом, или, у которой слишком много околоплодной жидкости».

Значение букв здѣсь то же, что и на рис. 1 и мною дополнены тѣ же линіи и обозначены тѣми же буквами.

Слишком большое наклонение таза (рис. 3) измѣняет очертаніе спины: поясница подается вперед — получается сѣдлина. Спина (*g*) при этом подается болѣе кзади, потому что предлежащая часть не так легко опускается в полость таза, ибо вход в таз стоит болѣе вертикально,

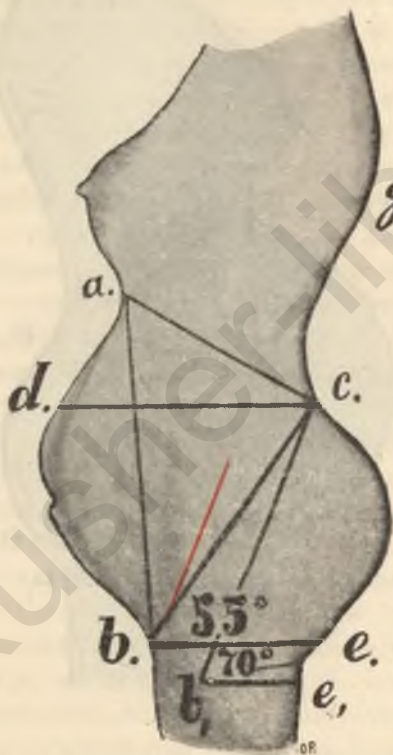


Рис. 3. Объясненіе рисунка. (Заимствован у W i g a n d.)

Объясненіе автора. «Профиль женщины нормально сложенной, но с очень большим наклоненіем таза». Наклоненіе 70° . W i g a n d говорит, что 50° , но по измѣренію на его рисунокъ выходит 55° .

плод, помѣщаясь болѣе в полости живота, увеличивает его тяжесть и женщина должна уравнивать свой живот, отклоняя кзади в верхнюю часть туловища. Большое наклоненіе таза, кромѣ некрасиваго вида, потому что на античных статуях мы видим малое наклоненіе таза и — оно болѣе соотвѣтствует нашему эстетическому чувству, влияет и на теченіе родов, порождая разныя осложненія (разрывы промежности, вялость родового акта и т. п.); во время беременности большое наклоненіе таза предрасполагает к развитію отвислаго живота; поэтому при беременности здѣсь слѣдует назначать лежащее положеніе и ношеніе бинта.

Малое наклоненіе таза, повидимому, благоприятствует благополучному теченію родов в Лифляндіи (Юрьев). Тамошнія эстонки, кромѣ хорошо развитаго костнаго скелета таза, отличаются еще и малым его наклоненіем. Поэтому красивое и хорошее тѣлосложненіе там—явленіе обыкновенное. (Тазы эстонскіе едва ли не самыя широкіе в Европѣ.)

Разсматривая рис. 3 и, сравнивая его с рис. 1, можно видѣть, что здѣсь линія *ab* наклонена кпереди, а что *cd* проходит выше середины выступа живота. Верхній отдѣл живота, пространство, находящееся выше пупка, растянуто больше, чѣм пространство ниже пупка. Линіи *ac* и *bc* не равны, но так как *bc* значительно длиннѣе *ac*, то отношеніе между этими линіями не является неблагоприятным (ср. рис. 4).

Разсматривая этот рисунок (рис. 4), можно видѣть, что, хотя линія *dc* и проходит посрединѣ выступа живота, но стороны *ac* и *bc* треугольника *abc* очень отличаются своей длиной, — *bc* гораздо короче *ac*. Сѣдлина на поясницѣ выражена очень рѣзко и бедра помѣщаются не вертикально, а под углом, что ука-

зывает на глубокое измѣненіе скелета. Линія *cf* показывает, насколько сильно выдается кзади крестец и ягодицы; линія *ab* еще болѣе наклонена вперед.

Этот рисунок (рис. 4) становится еще болѣе поучительным, при сравненіи его с рис. 5.

Разсматривая этот рисунок (рис. 5), нетрудно убѣдиться, что на нем замѣтны тѣ же измѣненія, как и на рис. 4, только здѣсь они выражены гораздо рѣзче. В самом дѣлѣ, линія *ab* здѣсь наклонена еще болѣе

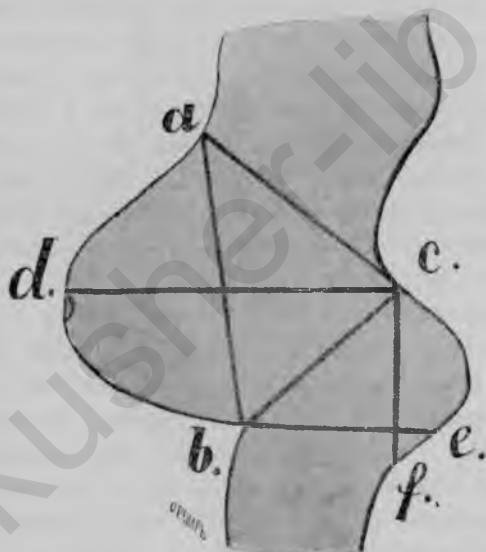


Рис. 4. Объясненіе рисунка. (Заимствован у Wigan d.)

Объясненіе автора. «Профиль беременной, у которой таз во многих отношеніях отстает от нормального, и при чем, однако, нас болѣе всего интересует чрезвычайнo малый размѣр верхней *conjugatae*: он равен $2\frac{1}{2}$ — 3 дюймам (6,4—7,7), он настолько мал, что в большей части случаев показывает перфорацию». По современным воззрѣніям, конечно, только при мертвом плодѣ, а при живом кесарское сѣченіе.

кпереди. Угол *cbe*, указывающий наклонение таза к горизонту, еще меньше и острее; то же относится и к углу *cab*. Треугольник *cab* значительно отличается от того же треугольника на рис. 1. Здѣсь (рис. 5) сторона *bc* необычайно мала. Все туловище, соотвѣтственно этой линіи (*bc*), как бы перехвачено и

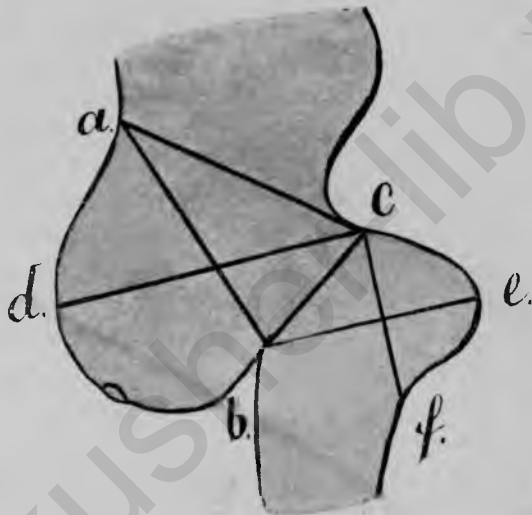


Рис. 5. Объясненіе рисунка. (Займствован у W i g a n d.)

Объясненіе автора. «Профиль беременной, у которой верхняя *conjugata* не болѣе как $4\frac{1}{2}$ или даже 1 дюйм. (3,9—2,6), и вслѣдствіе этого во время родов, по мнѣнію большинства нѣмецких акушеров, у нея показуется кесарское сѣченіе». Слѣдовательно, перфорацию уже дѣлать нельзя, потому что все равно и уменьшивши плод, его через такой таз не протащить.

сразу видно, что огромный отвислый живот не может опорожнить свое содержимое (плод) через такой узкій перехват. Линія *cd* пересѣкает выступ живота значи-

тельно выше, чѣм на всѣх предыдущих рисунках. Ягодицы *e* то же выдаются значительно больше кзади и сѣдлина выражена еще рѣзче.

Уже из этих примѣров, так внимательно разработанных *Wigan d'*ом, видно, что осмотр может дать многія цѣнныя данныя, если даже останавливаться только на одной формѣ и очертаніях профиля туловища. Не надо забывать, что у первородящих и вообще, когда брюшныя стѣнки не расслаблены, живот выдается меньше. У жирных особей увеличеніе живота может быть замаскировано в началѣ беременности, но иногда на шестом мѣсяцѣ живот сразу рѣзко увеличивается, и тогда его увеличеніе начинает бросаться в глаза.

При осмотрѣ передней поверхности туловища можно отмѣтить многія измѣненія, свойственныя беременности, и описанныя во всѣх учебниках акушерства. Мы не будем здѣсь на них останавливаться, потому что при детальном описаніи ощупыванія мы опишем также и их и потому, что большая их часть одним осмотром не опредѣляется, а требует одновременнаго ощупыванія или иных манипуляцій.

При осмотрѣ дѣвственнаго живота, можно отмѣтить подробности интересныя болѣе для скульптора, чѣм для акушера, хотя знаніе их необходимо им обоим. Вдоль средней линіи, выше пупка, можно видѣть продольное углубленіе, которое кверху постепенно исчезает, приближаясь к *processus xyoideus*, а книзу переходит в углубленіе в области пупка. Это углубленіе зависит от особеннаго расположенія соединительной ткани, находящейся в подкожно-жирной клѣтчаткѣ, неблагопріятствующаго отложенію жировой ткани вдоль средней линіи. На статуѣ Милосской Венеры (в Луврском музеѣ) это углубленіе замѣтно хорошо. Область

пупка представляет воронкообразное вдавление, в центрѣ котораго помѣщается самый пупок (см. рис. 12).

Реберный край не должен быть виден (он не выдается на поверхности живота и не находится глубже этой поверхности, если живот не растянут), но его можно угадывать по расположенію очертаній ребер вмѣстѣ с зубцами *musculi serrati antici*, которые замѣтны, потому что подкожно-жирный слой, покрывающій грудную клѣтку тоньше, чѣм на брюшной стѣнкѣ. На серединѣ между пупком и *processus xyphoideus* может быть замѣтно (как, напр., на Венерѣ Милосской) поперечное вдавление, перехватывающее здѣсь все туловище и по бокамъ соотвѣтствующее нижним ребрам (XI и XII, см. рис. 12). Этот перехват зависит от сухожильной перемычки (*inscriptio tendinea*) прямой мышцы живота. Здѣсь находится самое суженное мѣсто дѣвственнаго живота женщины, и это собственно и есть истинная или анатомическая талия. Она помѣщается нѣсколько выше той талии, которая производится искусственно помощью корсета. В справедливости этого нетрудно убѣдиться, разсматривая произведенія античнаго искусства (напр., см. рис. 7), но явленіе это замѣтно и на новѣйших произведеніях пластическаго искусства (см рис. 6).

На этом рисункѣ (рис. 6), кромѣ положенія различных костных выступов, которые опредѣляются ощупываніем (потому что при простом осмотрѣ они вовсе не видны), замѣтно на правой сторонѣ очень ясно выраженное сухожилие *musculi obliqui abdominis, externi* в видѣ треугольнаго вдавленія, кнаружи от правой, прямой мышцы живота. Кнаружи от этого вдавленія видны очертанія мясистой части косой наружной мышцы. Видна также (яснѣе в лѣвой половинѣ) кра-



Рис. 6. Объяснение рисунка. Живот Галатеи (статуя *Marquise* в Люксембургском музее в Париже). Костные выступы и реберный край обозначены черными линиями. Буквы не выставлены, чтобы не затемнять рисунок.

сивая складка, помещающаяся как раз выше *mons Veneris*, и другія характерныя особенности живота дѣвственнаго.



Рис. 7. Объясненіе рисунка. Античная статуя Луврскаго музея (*Venus accroupie*) с фотографіи. Виден прекрасный по формѣ и углубленію ромб *M i k a e l i s*. Видно мѣсто естественной талии дѣвственной женщины, корсета не носившей. Кромѣ этого на этом рисункѣ видна идеальная, в скульптурном отношеніи, грудная железа. (Обломки, прикрѣплявшіе платье, видимыя на спинѣ и правой ягодицѣ, показывают, что статуя не реставрирована.)

При осмотрѣ задней поверхности туловища, обращается вниманіе на выстояніе остистых отростков позвонков. По требованіямъ пластическаго искусства, остистые отростки не бываютъ видны даже тогда, когда женщина наклоняется кпереди (см. рис. 7). У мужчины, напротив, нѣкоторые изъ нихъ должны быть видны. Линія, соответствующая остистым отросткамъ, у женщины представляется в видѣ углубленія, идущаго по средней линіи вдоль спины. В крестцовой области это углубленіе расширяется и принимаетъ форму ромба, — это, так-называемый, ромб *Mikaelis*. Онъ хорошо виденъ на капитолійской Венерѣ (въ Капитолійскомъ музеѣ в Римѣ), но это, на мой взглядъ, единственный недостатокъ этой прекрасной статуи, — вслѣдствіе слишкомъ рѣзко очерченныхъ деталей этого ромба, спина этой Венеры представляется в поясничной области слишкомъ сухой. (Между прочимъ, в учебникѣ акушерства *Schredera* есть изображеніе капитолійской Венеры, фиг. 126 русскій перевод. Изд. 1895.) В Луврѣ есть Венера, сидящая на корточкахъ (*Venus accroupie*), на которой этотъ ромбъ (ромбъ *Mikaelis*) замѣтенъ очень хорошо и не выдѣланъ такъ рѣзко, какъ на капитолійской Венерѣ (см. рис. 7).

Ромбъ *Mikaelis* ограничивается сверху и снаружи выступами *musculi erectoris trunci (seu longissimi dorsi)*. Оба боковые, тупые угла соответствуютъ *spinæ posteriores superiores ossium ilei*. Ниже, наружныя границы соответствуютъ краямъ крестцовой кости, а нижній острый уголъ ея верхушкѣ. Нижненаружныя стороны ромба ограничены выступами ягодичныхъ мышцъ. На поверхности этого ромба можно прощупать остистые отростки послѣдняго поясничнаго позвонка и крестцовой кости (см. рис. 8), а также связку, находя-

щуюся между этими выступами. На эту связку ставится задний конец циркуля при измерении наружного прямого размера таза. Чтобы найти эту точку, обозначен-



Рис. 8. Объяснение рисунка ¹⁾. На фигурѣ Ариадны изображены очертанія скелета, ограничивающія ромб *M i k a e l i s*. На прибавочномъ рисункѣ изображенъ костный таз и на немъ помѣчено крестомъ то мѣсто, куда ставится ножка циркуля при измереніи наружнаго прямого діаметра. Крестикъ помѣщается какъ разъ на срединѣ связки между послѣднимъ поясничнымъ остистымъ отросткомъ и среднею заднею остью крестца (*crista sacralis media*); онъ помѣщается немного выше линіи, проведенной черезъ оба боковыхъ угла ромба (*spinæ posteriores superiores*). Положеніе сѣдалищныхъ бугровъ намѣчено черными линіями.

¹⁾ Этотъ рисунокъ заимствованъ у *N o r r i s*. An american text-book of obstetrics. London 1896, pag. 357, pic. 194.

ную крестиком на рисунокъ 8, надо мысленно провести поперечную линію соединяющую оба тупые угла ромба *Mikaelis* и найти маленькое углубленіе, помѣщающееся тотчас выше середины этой линіи.

Помимо внѣшних форм и их очертаній слѣдует обращать вниманіе на окраску кожи, ея блѣдность, блеск, отечное состояніе и т. п. Желтушное окрашиваніе не всегда указывает на заболѣваніе желчных путей или печени. В особенности слѣдует опасаться желтушной окраски, не распространяющейся на всю поверхность тѣла, а ограничивающейся, напр., одной верхней его половиной. Самочувствіе может при этом быть прекрасное, только может быть пульс будет част, а между тѣм состояніе вещей может быть очень опасным и служить признаком очень злокачественной септицеміи. Если такую больную только что доставили и свѣдѣній о ней нѣтъ, то надо быть очень осторожным в предсказаніи, ибо она может умереть через нѣсколько часов, как мнѣ это случилось недавно наблюдать. Всего удивительнѣе было, в этом случаѣ, прекрасное самочувствіе и отсутствіе возбужденія,—только пульс (около 100 ударов) внушал нѣкоторыя подозрѣнія. Через 36 часов послѣ поступленія этой больной в клинику на вскрытіи была констатирована *septicaemia haemorrhagica* с образованіем бѣлаго фибринознаго сгустка в лѣвом сердцѣ, а между тѣм больная (роженица) разговаривала за 5 минут до кончины. Для образованія такого сгустка, конечно, не достаточно было тѣх 12 часов, которые она провела в клиникѣ (она выдержала даже легкій наркоз при удаленіи гнилого и чрезвычайно зловоннаго, почти доношеннаго плода, находившагося уже болѣе недѣли в поперечном, запущенном положеніи с выпавшей ручкой).

Мы уже сказали, что не будем останавливаться здѣсь на описаніи измѣненій окраски и иных явленій, свойственных беременности, потому что их нетрудно найти в любом учебникѣ по акушерству, и это не входит в нашу задачу. Тоже относится к выраженію лица и глаз. Но считаем умѣстным отмѣтить еще одну подробность— это отеканіе, или опуханіе губ (рта), чаще верхней. В народѣ существует повѣрье, что такое опуханіе указывает на плод мужескаго пола. Эта примѣта на дѣлѣ оправдывается далеко не всегда, но опуханіе губ рта нерѣдко сопровождается отечным состояніем дѣтородных губ и чаще наблюдается при большом животѣ, т.-е. при беременности многоплодной, или при многоводіи абсолютном, или относительном.

Данныя, добываемыя осмотром во время родов и в послѣродовом состояніи, не входят в наши ближайшія задачи и мы на них отдѣльно останавливаться не станем.

ОЩУПЫВАНИЕ.

Ощупываніем добываются самыя цѣнныя и точныя данныя, поэтому этот метод может быть назван **основным методом** наружнаго изслѣдованія.

Мы рассмотрим сначала общіе приемы, которыми пользуется этот метод, а затѣм остановимся на подробностях его примѣненія, относящихся к различным періодам беременности, родов и послѣродового состоянія.

Общія условія, необходимыя для пользованія этим методом, слѣдующія:

1) Отсутствие чувствительности живота,—только при этом условіи брюшныя стѣнки могут быть настолько податливы, что позволяют ощупываніе; при всякой чувствительности живота он становится твердым и неподатливым, вслѣдствіе сокращенія брюшных мышц. Само собой разумѣется, что присутствіе лихорадочнаго состоянія, в особенности, если оно зависит от воспалительных заболѣваній брюшной полости, может совершенно исключить возможность всякаго основательнаго ощупыванія.

2) Руки врача должны быть теплыя—это вопрос, о котором упоминается вездѣ, но не говорится, как этого достигнуть. Всего проще согрѣваніе рук достигается

погруженіем их в холодную, почти ледяную воду и тщательным их вытираніем. Если это не помогает, или если руки уже были вымыты теплой водой, то иногда, особенно у нервных людей, они все-таки остаются холодными, вслѣдствіе потѣнія; в таком случаѣ, слѣдует тщательно вытереть руки спиртом и сдѣлать нѣсколько качательных движеній, подобно тому, как это дѣлают на морозѣ извозчики для согрѣванія рук.

3) Надлежащее положеніе—большею частью лежащее—на спинѣ и, если изслѣдованіе дѣлается во второй половинѣ беременности, то с вытянутыми и приведенными бедрами. При изслѣдованіи в первой половинѣ беременности, может потребоваться положеніе спинное с согнутыми бедрами, как для камнесѣченія. Ложе, на котором производится ощупываніе, не должно имѣть пружин, потому что пружины очень затрудняют точное сужденіе о многих размѣрах и мѣшают ощупыванію, глубоко лежащих органов. Всего лучше, если это ложе низкое, в уровень с обыкновенным вѣнским стулом, на котором сидит изслѣдующій. Иногда являются показанія к ощупыванію в стоячем положеніи, но об этом будет сказано ниже.

4) Успѣшное ощупываніе возможно только при хо-рошем опорожненіи кишечника и пузыря. При переполненіи этих органов, лучше переждать с изслѣдованіем, потому что результаты могут быть значительно точнѣе послѣ их опорожненія.

Ощупываніе бывает поверхностное и глубокое. При поверхностном ощупываніи изслѣдуются свойства покровов и стѣнок живота, а при глубоком,—содержимое брюшной полости. Оно производится одной или обѣими руками. Чувствительность всегда опредѣляется одной рукой, другая рука в это время может только

фиксировать изслѣдуемое мѣсто (если оно подвижно) или орган, потому что если надавливать сразу в двух мѣстах, то нельзя услѣдить за мѣстом, гдѣ наблюдается чувствительность. Для ощупыванія ладонь руки помѣщается с вытянутыми пальцами (NB. ногти не должны быть длинны) на изслѣдуемое мѣсто и, надавливая концами пальцев, выясняются слѣдующіе вопросы: 1) опредѣляют чувствительность и степень сопротивленія брюшных стѣнок и 2) изучают все то, что можно через них прощупать.

Для глубокаго ощупыванія необходимо надавливать руками во время выдыханія, потому что в этот момент край ребер суживается и брюшныя стѣнки приближаются нѣсколько к позвоночнику. Кромѣ того, необходимо отвлечь в это время вниманіе больной, напр., посоветовавъ ей разсматривать какой-нибудь предмет на стѣнѣ или потолокѣ, или спрашивать ее о чем-нибудь, рекомендуя ей ровно и глубоко вдыхать.

Для ощупыванія глубоких частей примѣняется или просто 'совмѣстное' надавливаніе, помѣщенными рядом обѣими руками, или попеременно надавливаніем, при чем одна рука фиксирует изслѣдуемый орган, а другая надавливает с противоположной стороны и ощупывает его. Для опредѣленія присутствія жидкости в полости живота примѣняется пощелкиваніе по боковой поверхности живота (дѣлают короткій удар пальцем в родѣ щелчка), и иногда рука, положенная на противоположном боку ощущает волну. Для опредѣленія содержимаго матки примѣняются слѣдующіе приемы: 1) быстрое с надавливаніем прикосновеніе; помощью этого приема опредѣляется присутствіе жидкости в полости матки и простое баллотированіе (*ballotement*); 2) прикосновеніе и надавливаніе с боковыми движеніями кон-

цов пальцев; такое боковое перемѣщеніе концов пальцев бывает или медленное, когда нужно прослѣдить форму какой-нибудь крупной части плода, или быстрое, с цѣлью вызвать движеніе маленькой его части. Кромѣ того примѣняется 3) методическое растираніе концами пальцев, чтобы вызвать сокращенія матки, для цѣлей дифференціальной діагностики, или для того, чтобы размять каловое скопленіе и вызвать перистальтическія движенія кишок, послѣднее тоже для дифференціальной діагностики.

Для того, чтобы ощупываніе было плодотворно, в особенности для цѣлей акушерских, необходимо знать, что можно прощупать и что нужно искать, дабы удовлетворить цѣлям родовспомогательнаго искусства.

Мы рассмотрим сначала то, что можно найти в первой половинѣ беременности, а затѣм разсмотрим то, что наблюдается во второй ея половинѣ; наконец, послѣ этого мы опишем то, что дает ощупываніе во время родов и в періодѣ послѣродовом.

В первой половинѣ беременности можно прощупать матку и, узнавъ ея размѣръ, судить о срокѣ беременности. Начиная с пятаго мѣсяца, можно замѣтить толчок плода (*choc foetal P a j o t*), о котором мы скажем подробнѣе, когда будем говорить об аускультациі. Во всяком случаѣ, в первые четыре пять мѣсяцев беременности, двойное изслѣдованіе дает гораздо болѣе точное представленіе о величинѣ матки и является необходимым для точнаго опредѣленія срока беременности. Поэтому, с акушерской точки зрѣнія, данныя, добываемыя ощупываніем в это время, могут резюмироваться исключеніем осложненій со стороны других органов, приблизительным опредѣленіем размѣров матки, и, наконец, изслѣдованіем скелета.

Для того, чтобы исключить заболѣванія других брюшных органов, необходимо сдѣлать ощупываніе всего живота; поэтому мы сначала рассмотрим ощупываніе всего живота вообще, а затѣм займемся особенностями первой половины беременности.

Систематическое ощупываніе всего живота.

Уложивши женщину в спинном положеніи и помѣстившись сбоку постели, если изслѣдованіе производится на постели, или прямо против нея, если она лежит на гинекологическом креслѣ, приступают к осмотру и ощупыванію живота. Опредѣляют его форму: плоскій, сводообразный, равномерно растянутый; одинаково ли выдаются обѣ его половины: т.-е. симметричен ли он или нѣтъ? Если стѣнки живота дряблы, то через них могут быть видны кишки. Если очертанія кишечных петель видны ясно, то можно иногда по формѣ отличить тонкія и толстыя кишки. Осматривают форму и величину пупка: втянут ли он, или выпячен, или плоскій. Осматривают кожу живота и бедер; на кожѣ живота обращают вниманіе на ея цвѣтъ и свойства ея поверхности: гладкая она или морщинистая, блестящая или матовая. Осматривают бѣлую линію и отыскивают ея пигментацію: обыкновенно между пупком и *symphysis pubis* пигментація бывает виднѣе. Найдя пигментацію (конечно если она есть), обращают вниманіе на цвѣтъ волос на *mons Veneris*. Если волосы темнаго цвѣта, то нѣкоторая пигментація всегда налицо между пупком и симфизой. Пигментація выше пупка между ним и *processus xyfoideus* есть один из признаков беременности, хотя иногда наблюдается и при фибромах матки. Разматривают направленіе пигментированной линіи

и отмѣчают—прямая ли эта линія, или она изогнута, или уклонена в ту или другую сторону. Отмѣчают присутствіе рубцов: глубоких, напр., на средней линіи (послѣ лапаротоміи, что в послѣднее время попадаетъ нерѣдко) и поверхностных по бокам живота—*striae gravidarum*. Если *striae gravidarum* незамѣтны, то растягивают кожу над *fossa iliaca*, помѣщая плашмя руку на нижнюю часть живота так, чтобы кожа передней брюшной стѣнки, находящаяся против Пупартовой связки, растянута. Растянутую таким образом кожу рассматривают при боковом освѣщеніи. При этом, если женщина рожавшая, то можно обыкновенно увидеть на поверхности кожи блѣдныя, бѣловатыя полосы, болѣе блестящія, чѣм сама кожа; направленіе этих полосок обыкновенно совпадает с направленіем Пупартовой связки.

Свѣжія *striae gravidarum* представляются болѣе блестящими и окрашены в буровато-красноватый цвѣтъ, вслѣдствіе просвѣчиванія Мальпигіева слоя через утонченную и растянутую кожу (*epidermis*). Хотя всѣ эти рубцы обыкновенно образуются во время беременности и считаются довольно достовѣрным ея признаком, однако их наблюдают также в случаях ожиренія, при отеках и т. п. Точно так же при наступленіи половой зрѣлости нерѣдко бывает довольно быстрое отложеніе жира в подкожной клѣтчаткѣ, обуславливающее появленіе характерной округленности форм. В этих случаях можно наблюдать образованіе таких же точно рубцов, какіе появляются во время беременности. Рубцы эти остаются на всю жизнь, поэтому на основаніи их одних заключать о бывшей когда-либо беременности, конечно, нельзя. *Striae pubertatis* обыкновенно наблюдаются на боковой поверхности бедер и живота, а также на грудных железах.

Отмѣчают подкожныя вены: *vena circumflexa ilei superficialis* и иногда *vena epigastrica superficialis*. Если видны широкіе венозные анастомозы и вообще много вен, то это явленіе патологическое. Отмѣчают, какія из брюшных мышц замѣтны через кожу. Около средней линіи можно иногда видѣть прямыя мышцы живота и прослѣдить их наружную границу: от *tuberculum pubis* по направленію вверх и кнаружи. В случаѣ расхожденія прямых мышц, видна их внутренняя граница в видѣ щели, в которой просвѣчивают кишечныя петли. На поверхности прямых мышц, иногда можно видѣть вдавленія: одно на уровнѣ пупка, а другое ниже его на два поперечных пальца (*inscriptiones tendineae*). Кнаружи от границы прямых мышц можно видѣть трехугольное вдавленіе, соответствующее сухожилію косою наружной мышцы (см. рис. 6) и ограниченное снизу Пупартовой связкой, снутри наружным краем прямой мышцы и снаружи мясистой частью *musculi obliqui abdominis externi*. Граница этой мясистой части начинается против *spina anterior superior* и, немного изгибаясь внутрь к средней линіи, поднимается прямо вверх, почти совпадая с мамиллярной линіей. Затѣм отмѣчается очертаніе нижняго края ребер; выдается ли это очертаніе над поверхностью стѣнки живота, или напротив, живот, выпячиваясь, маскирует это очертаніе; если живот втянут, то реберный край становится замѣтнѣе. Обращают вниманіе на форму подложечной области и смотрят, выдается ли *processus xiphoides*. Опредѣляют степень развитія подкожно-жирнаго слоя, захватывая кожу вмѣстѣ с клѣтчаткой между большим и указательным пальцем. Отмѣчают степень упругости жировой клѣтчатки. Когда она очень упруга и сочна, то на средней линіи иногда видно описанное выше вда-

вление кверху от пупка. В самой кожѣ отмѣчают ея толщину, эластичность и сочность. Старческая и атрофическая кожа легко морщится: она тоньше и как бы суше.

Покончивши с осмотром живота, приступают к ощупыванію классических точек на его повехности.

Для этого сначала ориентируются в расположеніи костных выступов; отыскивают реберный край, *processus ensiformis*, *spinae anteriores superiores*, *tubercula pubis* и находящуюся между *tuberculum pubis* и *spina anterior superior* Пупартову связку. Послѣ этого помѣщают руку плашмя на средней линіи живота выше пупка, а пальцами этой руки придавливают брюшную стѣнку в области *scrobiculum cordis*. Отмѣчают чувствительность в этом мѣстѣ, а также степень сопротивленія, оказываемаго здѣсь брюшной стѣнкой. Если эта область очень втянута, то здѣсь можно иногда прощупать біеніе аорты: у женщин не рожавших біеніе аорты здѣсь не прощупывается, и присутствіе пульсаціи может указывать на твердое новообразование. Затѣм изслѣдуется чувствительность желчнаго пузыря: для этого пальцы помѣщаются под правым краем ребер, в области пересѣченія этого края с правой мамиллярной линіей (собственно, у наружнаго края *musculi recti*); затѣм пальцы помѣщаются прямо против пупка, и здѣсь изслѣдуется пупочное кольцо: прощупывается ли оно, пропускает ли палец и т. п. Затѣм, надавливая в этой области на брюшную стѣнку, достигают позвоночника и ощущают на нем, немного влѣво, біеніе брюшной аорты. Надо, чтобы живот был сильно растянут, для того чтобы этого біенія не удалось прощупать. У здоровой женщины это удается почти всегда, даже у нерожавших. Отмѣчается чувствительность этой области, а также чувствительность брюшины задней стѣнки живота и корня

брыжейки. Если ощущается болѣзненность, отдающая кверху, то это указывает на то, что заинтересованы мезентеріальныя сплетенія, или *plexu solaris*,—словом органы пищеварительныя. Если боль при этом изслѣдованіи ощущается внизу живота, то надо ожидать чувствительности в заднем Дугласовом пространствѣ, гдѣ могут оказаться измѣненія воспалительныя (С и е г и р е в), и вообще это указывает на воспалительное состояніе тазовых органов. Затѣм на средней линіи прощупывается мѣсто на серединѣ между пупком и *symphysis*. Здѣсь можно достигнуть пальцами до *promontorium* и изслѣдовать вход в таз на уровнѣ *linea innominata pelvis*. При этом, против *synchondrosis sacro-iliaca* можно ощущать бѣненіе *arteriae iliacae communis*, а также отыскать внутренній край *musculi psoatis majoris*. При глубоком ощупываніи может попасться дно матки, и если оно попадается, то отмѣчается то мѣсто, гдѣ удалось его ощупать: около *promontorium*, или около *symphysis*, или наконец сбоку от средней линіи. Болѣе точныя указанія, как находить дно матки, будут даны ниже. Затѣм, пальцами придавливается область мочевого пузыря тотчас над симфизою, при этом отмѣчают чувствительность этого органа, если она наблюдается. Послѣ этого, согнутыми крючкообразными пальцами ощупывают заднюю поверхность *symphysis* и находят здѣсь гладкій выступ лоннаго хряща. Если над *symphysis* прощупывается мягкая опухоль, которая дает при постукиваніи тупой звук, то надо исключить пузырь, и, если нужно, прокатеризировать женщину. Иногда сильно растянутый пузырь представляется в видѣ плотной округленной опухоли; при ощупываніи его стѣнки могут дать ощущеніе сокращающейся мышечной ткани, что может зависѣть

от гипертрофiи этого органа, иногда наблюдаемой во время беременности. Такая опухоль иногда бывает чрезвычайно чувствительна, но чувствительность может и отсутствовать совершенно. Понятно, что ясно ощупываемые контуры мочевого пузыря можно наблюдать только при дряблости брюшных стѣнок и при отсутствiи сильнаго вздутiя кишок.

Покончивши с областью пузыря, приступают к примѣрному непосредственному опредѣленiю размѣра *conjugatae verae*. Для этого правая рука, с совершенно вытянутыми пальцами, помѣщается ладонной поверхностью на *mons Veneris*, концы пальцев при этом приходятся против границы верхней и средней трети линiи, проведенной от пупка к *symphysis ossium pubis*. Помѣстивши, вышеописанным образом, правую руку, ладонью этой руки немного сдвигают кожу *montis Veneris* вниз и тотчас надавливают концами пальцев на брюшную стѣнку, стараясь вытянутыми пальцами прикоснуться к *promontorium*. Как только это удалось, тотчас отмѣчают, ногтем указательнаго пальца лѣвой руки, то мѣсто на ладони правой руки, которое соответствует передней поверхности лоннаго сращенiя; лѣвая рука, при этом, должна быть обращена своею ладонной поверхностью кверху, а указательный ея палец при этом находится в согнутом положенiи. При пользованiи этим приѣмом необходимо помнить, что он может причинить женщинѣ боль, и приступать к нему можно только тогда, когда из предшествующаго изслѣдованiя видно, что к сему нѣтъ противопоказанiй; кромѣ того, раз пальцы достигли до *promontorium*, надо, как можно скорѣе, закончить измѣренiе, дабы не причинять излишней боли. Пальцы, которыми производится измѣренiе, должны быть совершенно вытянуты и находиться в

одной плоскости с ладонью руки: всякое сгибание пальцев хотя и облегчает достижение *promontorium*, но вредит точности. Размѣр *conjugatae verae* опредѣляется, таким образом, непосредственным измѣреніем отмѣченнаго на рукѣ разстоянія. Остается только вычесть толщину *symphysis*, т.-е. 2 сантиметра. Если при этом измѣреніи получается $10\frac{1}{2}$ —11 сантиметров, то говорят, что *conjugata vera* нормальной длины. Так как ручное измѣреніе других діаметров таза требует навыка, котораго можно достигнуть помощью измѣренія инструментальнаго, хотя бы и самаго упрощеннаго, то мы опишем методы этого измѣренія при описаніи метода инструментальнаго измѣренія (см. ниже глава об измѣреніи). Затѣм изслѣдуется чувствительность придатков матки. Для этого опредѣляют положеніе Пупартовой связки и от середины ея проводят линію к пупку. На границѣ нижней трети этой линіи с двумя верхними помѣщают пальцы и надавливают в глубину к *linea innominata pelvis*, а с нея в полость малаго таза. Не отнимая пальцев от кожи живота, перемѣщают их на бедро, тотчас ниже Пупартовой связки и прощупывают здѣсь паховыя железы: отмѣчают, прощупываются ли они и, если прощупываются, то какое их количество, какая величина и какая консистенція, а также чувствительны онѣ или нѣтъ. При глубоком ощупываніи в *fossa iliaca* прощупывается бѣненіе *arteriae iliacaе externae*.

Послѣ этого обслѣдуется область почек; для этого стараются придавить почечную область через брюшную стѣнку, вдавливая ее под краем ложных ребер,— отмѣчают чувствительность этой области. Затѣм дѣлается т.-н. двойное изслѣдованіе почки, напр., правой. Для этого изслѣдующій помѣщается с правой стороны, спиною к ногам изслѣдуемой. Ладонь лѣвой руки помѣ-

щается на задне-боковой поверхности нижних ребер (XI и XII) и фиксирует эти ребра, придавливая их вмѣстѣ с задней стѣнкой живота по направленію к средней линіи и вперед; в то же время правой рукой стараются проникнуть под реберный край и ощупать *hylus* и переднюю поверхность почки. При изслѣдованіи лѣвой почки расположеніе рук будет обратное тому, которое мы сейчас описали, и изслѣдователь помѣщается с лѣвой стороны. Принято считать, что если почка не прощупывается и не чувствительна, то она здорова, хотя у худощавых особей, с дряблыми брюшными стѣнками, удастся прощупать и совершенно здоровую почку.

Далѣе приступают к изслѣдованію грудных желез. Осмотром опредѣляется их форма, величина, степень отвислости. Отмѣчают форму соска, его длину, отвисает он или нѣт. Замѣчают степень пигментации соска и *areolae*; на *areola* отмѣчают присутствіе или отсутствіе небольших круглых возвышеній; отмѣчают разницу в окраскѣ *areolae*, соска и наружнаго края *areolae*, если такая разница есть. Упомянутыя возвышенія на поверхности *areolae* достигают величины горошины. Они помѣщаются на поверхности пигментированнаго околососковаго кружка (*areola*). Во время беременности онѣ носятъ названіе Монгомеровыхъ железъ, становятся замѣтны на 8-й или 9-й недѣлѣ беременности. По происхожденію своему это измѣненныя сальныя железы, превратившіяся в мѣшечкатыя млечныя железы. В концѣ беременности из них можно выдавить густую похожую на сливки жидкость, содержащую много жировых частиц. Монгомеровы железы не слѣдует смѣшивать с маленькими, величиною в булавочную головку или в зерно горчичное, выступающими на поверхно-

сти ареолы не беременной женщины или дѣвицы, с так - называемыми *tubercula Morgagni*. По строенію своему это тоже зачаточныя мѣшчатыя железы, но выдавить из них ничего нельзя, а во время беременности из них развиваются Монгомеровы железы. Вокруг истинной пигментированной ареолы (*areola vera*) в беременном состояніи наблюдается болѣе блѣдная пигментированная поверхность так - называемая добавочная ареола—*areola secundaria* (см. рис. 9). На блѣдном, в родѣ кофе с молоком, полѣ видны блѣдные бѣлые кружечки величиною немного болѣе горошины. В серединѣ такого блѣднаго кружка в лупу можно видѣть отдѣльный волосок. Добавочная ареола относится к самым ранним и довольно достовѣрным признакам беременности. По окружности добавочной ареолы (*areola secundaria*) замѣтны в беременном состояніи расширенныя вены (венозное кольцо *Haller'a*, как их иногда называют; см. рис. 9).

Затѣм осматривают кожу грудной железы, отмѣчают, есть ли на ней рубцы, *striae* (подобныя *striae gravidarum*): они виднѣе на нижне-наружном сегментѣ железы. Приступают к ощупыванію грудной железы,— стараются выяснитъ, отчего зависит ея величина: от железистых элементов, или от развитія жировой ткани. О количествѣ жировой ткани судят, захвативши в складку кожу тотчас у наружнаго края железы и, отмѣчая глубину, на которой при этом ощущается край *musculi pectoralis majoris*. Железистая ткань грудной железы прощупывается в видѣ радіально расположенных долек, границы коих прощупываются концами пальцев. В области околососковаго кружка прощупываются во время беременности Монгомеровы железы (см. рис. 9). Обращают вниманіе на измѣненіе в формѣ

соска при прикосновении к нему и отмечают способность его напрягаться. Для этого деревянным черепком скальпеля или карандашом прикасаются к ареолѣ и слегка ударяют по ней. Во время беременности и во время кормления, а иногда и послѣ нея при этом отмечают, что послѣ прикосновения к *areola* поверхность ея начинает сокращаться и на ней образуются мелкія

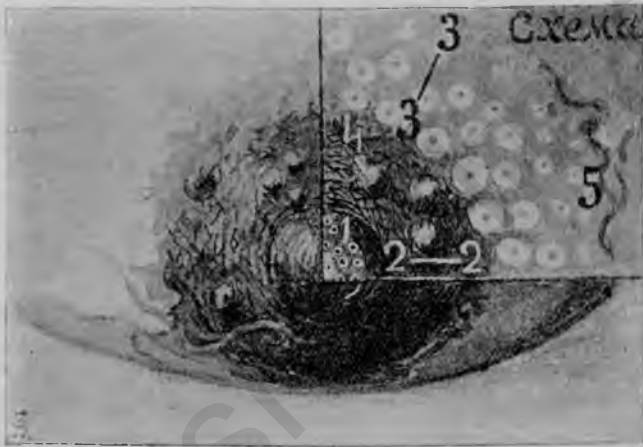


Рис. 9. Объясненіе рисунка 1). Сосок и грудная железа во время беременности. Правый верхній угол изображен схематически. 1. Сосок с отверстіями млечных протоков. 2—2. Первичная или настоящая (пигментированная) ареола. 3—3. Вторичная или добавочная ареола. 4. Монгомеровы железы (*glandulae Montgomery*). 5. Венозное кольцо *Haller*'а.

поперечныя складки. Одновременно с этим сосок немного выпячивается и становится нѣсколько длиннѣе, а основаніе его суживается. Возбудимость соска от механическаго раздраженія то же относится к призна-

1) Заимствован у *Norris* I. c., t. I, pag. 152, fig. 136.

кам беременности, в особенности когда она наблюдается у не кормившей и нерожавшей женщины.

Послѣ этого пробуют выдавить содержимое железы, для этого помѣщают ладони обѣих рук на поверхности железы и, сгибая пальцы, стараются выдавить ее содержимое по направленію к соску. При этом обращается вниманіе на то, чтобы давленіе распространялось равномерно от периферіи к центру. Не слѣдует примѣнять при этом большой силы, потому что получается боль и могут появиться кровоподтеки—синяки. Самое выдавливаніе слагается из двух моментов. Сначала сдавливается и слегка разминается, как бы массируется вся железа; а затѣм, приблизившись к ареолѣ, выдавливают содержимое, находящееся в расширеніях млечных протокахъ вокруг соска в так-называемых *ampullae*.

Ощупываніе таза и значеніе болѣзненныхъ точекъ, которыя могутъ быть найдены при этомъ.

При обследованіи таза помощью ощупыванія могут встрѣтиться чувствительныя, а иногда и прямо болѣзненные точки, нахожденіе коих может имѣть различное діагностическое значеніе.

В концѣ беременности хрящевыя соединенія таза подвергаются набуханію и размягченію. Это явленіе бывает выражено различно, соотвѣтственно индивидуальным особенностям. В нѣкоторых случаях суженія таза это явленіе может благоприятствовать естественному окончанію родов, допуская нѣкоторую растяжимость тазоваго кольца во время прохожденія головки. Явленіе это наблюдается постоянно у нѣкоторых видов животных, напр. у коровы и у морской свинки; у женщины оно может и отсутствовать вовсе, а рѣзко выра-

женным встрѣчается как большая рѣдкость. Быть может в зависимости от такого разрыхленія, а быть может и просто от механических условій при прохожденіи плода через тазовое кольцо, иногда тотчас послѣ родов, а иногда перед родами, в зависимости от бывших ранѣе родов, наблюдается чувствительность в хрящевых соединеніях таза. Такая чувствительность, а нерѣдко и болѣзненность встрѣчается во всѣх трех сочлененіях таза, но чаще наблюдается она в одном из *synchondroses sacroiliacae*. Эта болѣзненность проявляется при ходьбѣ и мало отличается от ревматическаго заболѣванія этого сустава, с которым ее часто и смѣшивают. Для дифференціальной діагностики полезно знать, гдѣ именно при этом находятся болѣзненные точки и как их обнаружить.

Если имѣется заболѣваніе крестцово-подвздошнаго сочлененія, то, при надавливаніи в области *spina posterior superior*, кнутри от этого выступа встрѣчается болѣзненная точка.

Если при этом помѣстить ладони на выдающіяся части *spinae ilei* и пытаться сдвигать их по направленію к средней линіи (см. рис. 10; 7), то вызывается боль в пораженном крестцово-подвздошном сочлененіи.

Если боль, ощущаемая женщиной при ходьбѣ, зависит от страданія сѣдалищнаго нерва, то точка около *spina posterior superior* будет совершенно не чувствительна; напротив, малѣйшее давленіе в области сѣдалищнаго нерва (рис. 10; 4) вызывает сильную боль. Если при этом болѣзненная точка будет лежать на N é l a t o н'овской линіи, то это может зависѣть от страданія тазобедреннаго сустава. Здѣсь вопрос рѣшается тѣм, что ниже N é l a t o н'овской линіи по тракту *nervi ischiadici* будет такая же точно чув-

ствительность, как и на высотѣ этой линіи, если заинтересован нерв, и только как раз на этой линіи,—если сустав. Ближайшее изслѣдованіе сустава, характерное положеніе конечности, приведенной и повернутой кнутри, болѣзненность при давленіи и постукиваніи по направленію стрѣлки (рис. 10; 6) позволяют выяснитъ значеніе состоянія сустава при объясненіи причины

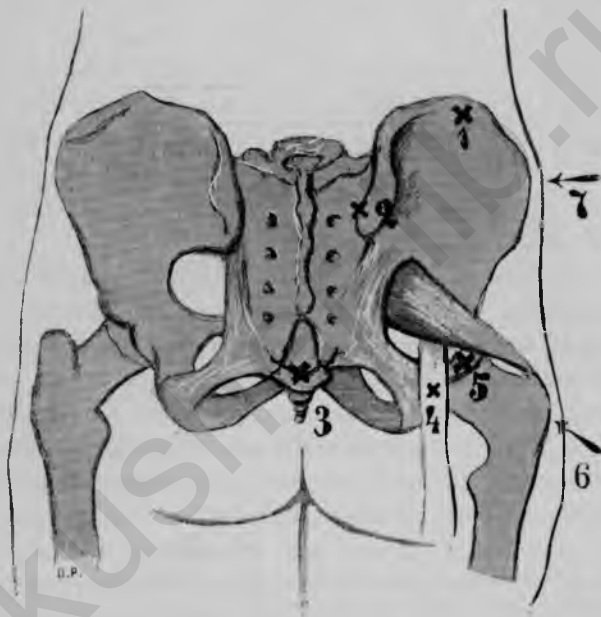


Рис. 10. Объясненіе рисунка. Схематическое изображеніе болѣзненных точек, находимых при ощупываніи таза, онѣ обозначены крестиками. 1 болѣзненная точка на мѣстѣ прохожденія подкожного нерва (*ramus iliacus nervi ileo—hypogastrici*) через фасцію; 2 точка у внутренняго края *spinæ posterioris superioris* (*nervus cutaneus femoris anterior externus*); 3 сочлененіе копчика с крестцом; 4 *nervus ischiadicus*; 5 тазобедренный сустав; 6 стрѣлка показывает давленіе, вызывающее боль при страданіи тазобедреннаго сустава; 7, то же при страданіи крестцово-подвздошнаго сочлененія.

боли, которую удалось констатировать. Наконец, сзади на верхушкѣ крестца может встрѣтиться болѣзненная точка, зависящая от страданія копчикового сочлененія. Вопрос рѣшается внутренним изслѣдованіем, позволяющим обследовать часть этого сочлененія.

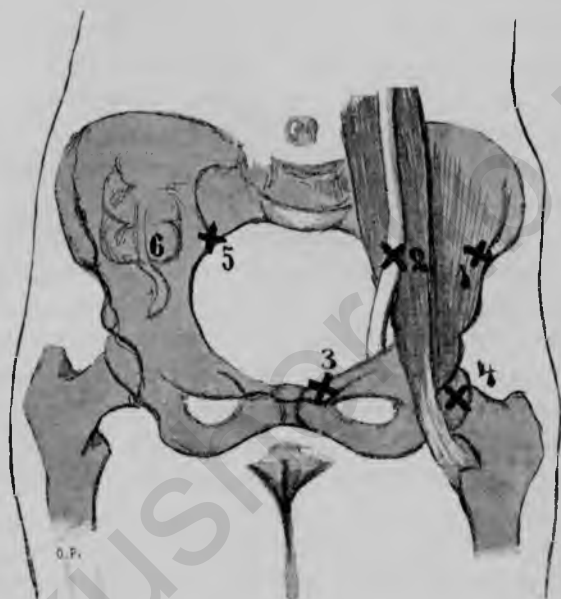


Рис. 11. Объясненіе рисунка. Схема болѣзненных точек, наблюдаемых при ощупываніи передней поверхности тазовой области. 1 мѣсто прохожденія *nervi cutanei femoris anterioris externi*; 2 точка, гдѣ ощущается боль, зависящая от мочеочника; 3 мѣсто наружнаго паховога кольца внутри от *tuberculum pubis*; 4 головка бедренной кости, болѣзненная точка при заболѣваніях сустава; 5 сочлененіе крестцово-подвздошное; 6 область слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

На краю наружной губы подвздошной кости около *crista ilei* может быт встрѣчена болѣзненная точка в мѣстѣ выходенія подкожнаго нерва. Здѣсь, как

извѣстно, *ramus iliacus nervi ileo-hypogastrici* прободаетъ фасцію и выходитъ въ видѣ подкожнаго нерва (это есть, собственно, прободающая боковая вѣтвь *ramus perforans lateralis* перваго поясничнаго нерва—*nervus ileo-hypogastricus*).

Точно такая же болѣзненная точка встрѣчается обыкновенно вмѣстѣ съ только что описанной на мѣстѣ выхожденія *nervi cutanei femoris anterioris externi* (вѣтвь II и III нерва поясничнаго сплетенія), там, гдѣ этотъ нервъ прободаетъ широкую фасцію, т.-е. какъ разъ около внутренняго края *spinae anterioris superioris ossis ilei* (см. рис. 11, 1).

Наконецъ, третья болѣзненная точка, нерѣдко наблюдаемая одновременно съ обѣими, только что описанными, помѣщается кнутри отъ *tuberculum pubis* на мѣстѣ наружнаго отверстія паховаго канала и можетъ зависѣть или отъ чувствительности нерва, сопровождающаго круглую маточную связку (вѣточка *nervi genito-cruralis*: II вѣтвь поясничнаго сплетенія); или отъ болѣзненности на мѣстѣ прохожденія черезъ фасцію прободающей передней вѣтви I нерва поясничнаго сплетенія: *ramus perforans anterior nervi ileo-hypogastrici*, который здѣсь становится подкожнымъ, выйдя тотчасъ надъ наружнымъ отверстіемъ паховаго канала черезъ особое отверстіе въ сухожиліи *musculi obliqui abdominis externi* (собственно черезъ внутреннюю ножку этого сухожилія *crus internum hujus musculi*).

Всѣ эти три болѣзненные точки встрѣчаются одновременно у истерическихъ и нервныхъ больныхъ, и болѣзненность въ нихъ появляется обыкновенно періодически, исчезая по временамъ совершенно. Болѣзненная точка въ области наружнаго отверстія паховаго канала (рис. 11, 3) наблюдается также иногда при воспалительныхъ

заболѣваніяхъ придатковъ соотвѣтственной стороны и можетъ указывать на присутствіе сращеній в ихъ окружности. Эта чувствительность наблюдается также при расширеніи вен яичника и широкой связки—*varicocele*.

Проф. Снегиревъ недавно обратилъ вниманіе на значеніе этихъ болѣзненныхъ точекъ при дифференціальной діагностикѣ *endometritis fundi*.

Надавливаніе на лонное сочлененіе можетъ вызвать боль при воспалительныхъ заболѣваніяхъ симфизеального хряща, который хорошо доступенъ ощупыванію.

Черезъ брюшную стѣнку прощупываются в большомъ тазу слѣдующія болѣзненные точки.

В правой *fossa iliaca* чувствительность вслѣдствіе страданій червеобразнаго придатка (рис. 11, 6), или слѣпой кишки.

Положеніе воспаленнаго червеобразнаго отростка опредѣляется точкою Мас-Вигнеу: отъ правой *spina anterior superior* проводится линія къ пупку и на разстояніи двухъ дюймов (5 см.) отъ этого костнаго выступа около *linea innominata* ощупывается червеобразный отростокъ. Проф. Сонпенбургъ опредѣляетъ положеніе червеобразнаго отростка линіей, соединяющей обѣ *spinae anteriores*. То мѣсто, гдѣ эта линія пересѣкаетъ *lineam innominatam pelvis* соотвѣтствуетъ какъ разъ положенію отростка. Ясно, что это и будетъ собственно то же самое мѣсто, которое опредѣляется точкою Мас-Вигнеу.

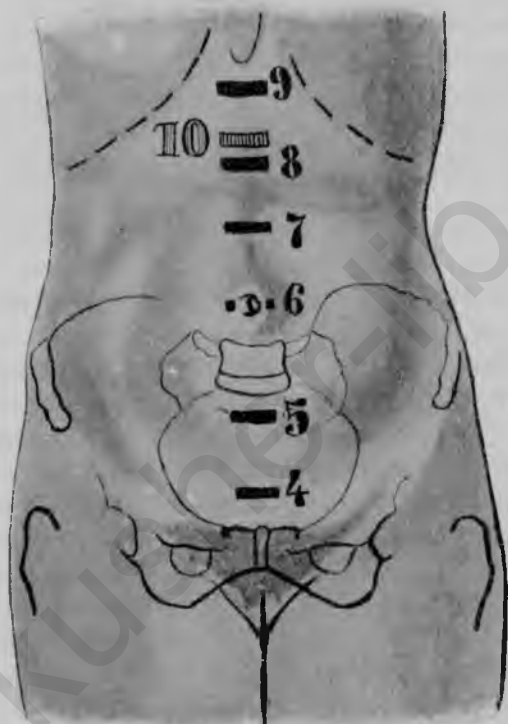
Далѣе на передней поверхности *musculi psoatis majoris* обследуется область прохожденія мочеточника: болѣзненная точка ощущается тамъ, гдѣ этотъ протокъ пересѣкаетъ *lineam innominatam*. Наконецъ, при очень податливой брюшной стѣнкѣ можно достигнуть крестцово-подвздошнаго сочлененія и отмѣтить боль в точкѣ 5, рис. 11.

Отыскиваніе дна беременной матки и опредѣленіе срока беременности по ея величинѣ.

Небеременная матка может иногда быт прощупана над симфизой, но для этого нужно, чтобы она стояла высоко, или чтобы она была увеличена, вслѣдствіе каких-нибудь патологических измѣненій. Для отысканія дна матки обслѣдуется концами пальцев через брюшную стѣнку весь вход в таз, при этом дно матки можно чаще встрѣтить при прощупываніи по средней линіи (по линіи, идущей от верхняго края симфизы к *promontorium*). Дно матки выходит из малаго таза в началѣ четвертаго мѣсяца. До этого срока ощупываніе не позволяет судить о возрастѣ беременности и он опредѣляется помощью двойного изслѣдованія. В концѣ четвертаго мѣсяца матка выходит из таза и дно ея легко прощупывается над *symphysis* (см. рис. 12). В пятом мѣсяцѣ она находится посрединѣ между *symphysis* и пупком; в шестом на уровнѣ пупка; в седьмом на три пальца выше пупка; в восьмом посрединѣ между пупком и *processus xiphoides*; в девятом под этим отростком; в самом концѣ беременности немного выше, чѣм в восьмом мѣсяцѣ.

Положеніе дна матки в концѣ беременности (цифра 10, рис. 12) наблюдается обыкновенно в послѣднія двѣ недѣли. Считается, что у первородящих это явленіе (опусканіе дна) совершается за 15 дней до родов, а у многорожавших в теченіе послѣдней недѣли. Это явленіе может служить хорошим средством для провѣрки вычисленія срока родов, но связывать его появленіе с цифрами 15 дней, или 6 дней нѣтъ никакого основанія. Очень нерѣдко можно видѣть повторнوبرеменных, у которых это явленіе обнаруживается за двѣ недѣли до

родов, или же только за нѣсколько суток до них. Опущеніе матки находится в прямой зависимости от вступле-



С. РЕНДЛЬ

Рис. 12. Объясненіе рисунка. Диаграмма, показывающая высоту стоянія дна матки по мѣсяцам беременности. Лунные мѣсяцы беременности обозначены цифрами. Кроме того здѣсь видны различныя части скелета, интересныя в акушерском отношеніи ¹⁾.

¹⁾ Для полноты приводим размѣры матки в первые мѣсяцы беременности, добываемые двойным изслѣдованіем: в первом мѣсяцѣ увеличивается передне-задній діаметр, в концѣ второго ея величину сравнивают с апельсином, в третьем мѣсяцѣ с дѣтскою головкой,

нiя подлежащей части плода в полость таза и от состоянiя брюшного пресса; если стѣнки живота не ослабѣли от предшествующих родов, то при послѣдующих беременностях явленiя, зависящiя от брюшного пресса, могут быт тождественны съ тѣмъ, что было при первой беременности. Принимая во вниманiе состоянiе брюшных стѣнок, можно, при исчисленiи срока беременности, внести соотвѣтственную поправку и тогда этот признак (опущенiе дна матки) может давать болѣе точные выводы.

Приведенное нами опредѣленiе размѣров матки в различные сроки беременности, хотя и отличается большими удобствами, вслѣдствiе своей простоты, но не может быть точным, потому что самыя точки отпавленiя этого измѣренiя довольно измѣнчивы: так, высота стоянiя пупка подвержена индивидуальным измѣненiям и самое разстоянiе между *processus xyphoideus* и *symphysis* не постоянно, потому что точки эти подвижны и разстоянiе между ними измѣняется, в зависимости от сгибанiя позвоночника. Болѣе точное опредѣленiе высоты стоянiя матки выражается измѣренiем разстоянiя ея дна от *symphysis*. Такое измѣренiе производится или мѣркой, раздѣленной на сантиметры, или прямо рукой, принимая во вниманiе, что, в большинствѣ случаев, ширина четырех пальцев руки равняется восьми сантиметрам, а cadaго пальца двум сантиметрам. Для того, чтобы имѣть право пользоваться шириной пальцев для цѣлей измѣренiя, надо провѣрить эту ширину и хорошенько, раз навсегда запомнить, в каком именно мѣстѣ ширина четырех пальцев равняется восьми сантиметрам, т.-е. на высотѣ какого именно сустава.

Вот нѣкоторыя данныя о разстоянiи дна матки от

верхняго края лоннаго сращенія, по мѣсяцам беременности (по W i e l a n d).

На 4 мѣсяцѣ	5—6	сантиметров	
» 5	»	8—9	»
» 9	»	22—24	» высшая точка.
» 10	»	20	

Баллотированіе головки можно ощущать с конца четвертаго мѣсяца, но подробности об изслѣдованіи этого явленія будут приведены ниже, при описаніи ощупыванія во второй половинѣ беременности.

Ощупываніе во второй половинѣ беременности.

Ощупываніе в началѣ второй половинѣ беременности дает тѣ же результаты, что и в первой половинѣ. Но в концѣ беременности оно позволяет опредѣлять данныя, имѣющія существенное в акушерском отношеніи значеніе, ибо помощью его не только можно опредѣлить положеніе плода, но и выяснитъ многія стороны предсказанія относительно теченія ожидаемых родов. Такое ощупываніе бывает всего цѣлесообразнѣе и плодотворнѣе в девятом и, в особенности, в десятом лунном мѣсяцѣ. Оно имѣет задачу: опредѣлить положеніе плода, дабы, если нужно, исправить его, а также опредѣлить положеніе *placentae* и отношенія размѣров плода к размѣрам родовых путей матери.

Чтобы ощупываніе плода могло дать все то, что оно может дать, необходимо знать, что можно прощупать и что нужно искать. Для ощупыванія плода надо знать его форму (на подробностях которой мы здѣсь останавливаемся не будем, отсылая читателя к учебникам акушерства) и тѣ положенія, которыя он может принимать,

а также и причины, которыя обусловливают эти положенія. Мы займемся разсмотрѣніем этих данных, насколько это нужно для производства ощупыванія.

Принципы дѣленія положеній или позицій и ихъ номенклатура.

Разсуждая теоретически, можно представить себѣ безконечное число положеній младенца в полости матки. И дѣйствительно в старину отмѣчали 6 позицій и 102 предлежанія; все это только затемняло пониманіе этого простаго дѣла. Не останавливаясь на историческом развитіи различныхъ классификацій положеній, мы ограничимся разсмотрѣніемъ тѣхъ изъ нихъ, которыя встрѣчаются в дѣйствительности, оставляя в сторонѣ, допускаемыя теоретически, положенія плода.

Положенія плода могутъ быть или п р о д о л ь н ы я или п о п е р ч н ы я .

Они раздѣляются на двѣ группы, соотвѣтственно тому, гдѣ, относительно матери, находится спинка плода при продольныхъ положеніяхъ и его головка— при поперечныхъ. Такимъ образомъ позиціи дѣлятся на п р а в ы я и л ѣ в ы я — *Positiones dextrae et sinistrae*.

Такъ какъ чаще всего встрѣчается лѣвое головное положеніе, т.-е. такое положеніе, при которомъ головка находится внизу, а спинка смотритъ в лѣвую сторону матери, то всѣ лѣвыя позиціи принято называть п е р в ы м и (нотому что первое головное положеніе занимаетъ первое мѣсто по числу родовъ, которые приходится наблюдать: оно встрѣчается в 66⁰/₁₀₀). Это первое о чемъ думаетъ акушер). Слѣдующее, по частотѣ, положеніе плода при нормальныхъ родахъ бываетъ точно такъ же головное, т.-е. с головкой внизу, но со

спинкой в п р а в о, то на том же основаніи п р а в ы я продольныя положенія принято называть в т о р ы м и.

Так как для уясненія механизма родов представляется чрезвычайно важным знать, какая именно часть плода будет проходить первую через тазовое кольцо и в каком именно положеніи эта часть войдет в это неподатливое мѣсто родовых путей, то является надобность обозначать точнѣе эту часть плода, т.-е. опредѣлить: какая именно часть п р е д л е ж и т и как она п р е д л е ж и т.

Говорить о подробностях предлежанія можно только тогда, когда предлежащая часть неподвижна и когда можно опредѣлить в точности ея отношеніе к тазу матери. Самое слово «предлежаніе» означает, что известная часть плода вступает первую в родовые пути и, при внутреннем изслѣдованіи, первая становится доступною нашему ощупыванію.

При продольных положеніях плода может быт три случая: или предлежит согнутая головка, или головка разогнутая, или, наконец, предлежит таз плода.

Для ближайшаго опредѣленія положенія предлежащей части, по отношенію к тазу матери, и для построенія номенклатуры, пользуются анатомическими названіями частей тазоваго кольца, в частности, почти исключительно, подвздошной кости (*os ileum*); отсюда позиціи называются *iliacae*, потому что тѣ точки на предлежащей части, которыми руководствуются для опредѣленія предлежанія, помѣщаются около этой кости (*os ilei*). На предлежащей части избираются такія точки, которыя легче прощупываются, и такія положеніе коих имѣет большое значеніе при наблюденіи механизма родов. Выбираются эти точки для того, чтобы опредѣлить положеніе средней линіи предлежащей

части плода относительно средней линии таза матери и слѣдить за перемѣщеніем предлежащей части во время различных моментов механизма родов. Кромѣ того положеніе их позволяет судить, напр. о степени сгибанія головки и т. п.

Таковыми точками являются для головки расположенныя на ея средней линіи: затылочный бугор и малый родничек — для затылочных предлежаній, и верхушка подбородка для лицевых предлежаній. Для тазоваго конца плода берется лежащая на его средней линіи верхушка крестца или его остистые отростки.

Если предлежит согнутая голока, а спинка плода смотрит напр. в лѣво, то может быть три случая: или средняя линія головки плода стоит прямо поперек таза матери (1), или она расположена косвенно: в послѣднем случаѣ затылочный бугор может быть обращен или кпереди (2), или кзади (3). Если при этом затылочный бугор смотрит кпереди, то говорят—это первая, или лѣвая позиція, означают буквою S (*sinistra*, или буквою G—*gauche* по-французски), потому что спинка обращена влѣво; это головное положеніе, потому что головка входит первую в таз; вмѣстѣ с тѣм, это затылочное положеніе, потому что головка согнута и затылочный бугор опускается первым, — обозначают буквою O (*occiput*); наконец, это передній вид, потому что затылочный бугор находится окло того конца средней линіи головки, который направляется косвенно кпереди; обозначают буквою A (*anterior*); а так как затылочный бугор лежит ближе к лѣвой *os ileum*, то прибавляют еще букву I (*iliaca*). Вся позиція пишется так: O. I. S. A. (*occipito iliaca sinistra anterior*) или по-русски: передній вид первого (т.-е. лѣваго) затылочнаго положенія.

Если бы затылок смотрѣлъ вправо и кзади, слѣдовательно и спинка плода также вправо, то позиція была бы O. I. D. P. (*occipito iliaca dextra posterior*) или задній вид втораго (т.-е. праваго) затылочнаго положенія.

Если бы предлежаніе было лицевое: спинка влѣво, а подбородок вправо и кпереди, то было бы: M. I. S. A. (*mento iliaca sinistra anterior*) или передній вид перваго лицеваго положенія.

В случаѣ ягодичнаго предлежанія, положеніе крестца рѣшаетъ вопросъ о видѣ. Напр. ягодичное положеніе, спинка плода обращена влѣво и кпереди, крестец тоже, конечно, влѣво и кпереди. Позиція будет называться S. I. S. A. — (*sacro iliaca sinistra anterior*), или передній вид перваго ягодичнаго положенія.

При поперечныхъ положеніяхъ позицію опредѣляютъ по положенію головки, а вид позиціи по спинкѣ: если спинка смотритъ кпереди, то говорятъ, — это передній вид; если она обращена кзади, относительно матери, то это задній вид. Поперечныя положенія обозначаютъ точно так же буквами, напр. T. D. A. (*transversa dextra anterior*), или A. I. D. A. (*acromio iliaca dextra anterior*), потому что предлежитъ *acromion*, — означаетъ, что головка лежитъ в правой *fossa iliaca*, а спинка обращена кпереди, — по-русски, передній вид втораго поперечнаго положенія.

Другія подробности, которыя опредѣляютъ относительно предлежащей части, касаются осложненій, напр. выпаденіе ручки при поперечномъ положеніи, или когда ножки остаются выше тазоваго конца плода при ягодичныхъ положеніяхъ; всѣ онѣ наблюдаются, главнымъ

образом, во время самых родов и рассмотрѣніе их в нашу задачу не входит; то же относится и к так-называемым лобным положеніям.

Подробности предлежанія плода опредѣляются только при продольных положеніях; при поперечных позиціях все дѣло сводится к опредѣленію положенія головки и спинки плода. Болѣе точное опредѣленіе положенія предлежащей части, при поперечных позиціях, не имѣет практическаго значенія, потому что плод (живой и доношенный) в поперечном положеніи родиться не может и он должен или сам перейти в продольное положеніе, или его надо перевести в это положеніе помощью искусства, или сдѣлать иную операцію, по требованію случая. Болѣе точное обозначеніе подробностей предлежанія при поперечном положеніи, для уясненія особенностей механизма родов, может понадобиться только при изученіи чрезвычайно рѣдких случаев самоизворота (*evolutio spontanea*), но это интересное явленіе наблюдается только при мертвом и обыкновенно недоношенном плодѣ.

Практическія замѣчанія о положеніяхъ и предполагаемыя причины положеній.

Положеніе ребенка в полости матки может быть разсматриваемо с различных точек зрѣнія. Мы уже сказали, что с чисто теоретической точки зрѣнія можно допускать возможность всякаго положенія и, быть может, можно найти в дѣйствительности большую часть этих различных положеній, при исключительных особенностях отдѣльных случаев. Но практическаго значенія эти разнообразныя положенія имѣть не могут, потому что самый механизм родов при них не встрѣчает затрудненій, вслѣдствіе малости плода, обширности

родовых путей, отсутствия плотности при плодах мацерированных, — словом вследствие тех условий, от которых зависят эти случайные разнообразныя позиціи.

Для практических цѣлей важно знать, какое положеніе может принимать плод доношенный, или почти доношенный, вообще жизнеспособный, т.-е. в концѣ беременности. Физическія условія, в которых находится плод во второй половинѣ беременности, изучены довольно подробно и на основаніи их мы имѣем полное



Рис. 13. Объясненіе рисунка. Форма полости матки в различные періоды беременности (по Webster¹⁾. 1) В началѣ беременности, 2) в третьем и четвертом мѣсяцѣ, 3) в началѣ пятого мѣсяца, 4) в концѣ беременности.

право объяснять возможность происхожденія и причины всѣх положеній плода, которыя имѣют практическое значеніе, хотя, конечно, ручаться за полную достовѣрность этого объясненія мы не можем.

Вмѣстѣлице, в котором плавает плод,—полость матки, характеризуется своей овальной формой, глад-

¹⁾ C. Webster. Researches in female pelvic anatomy. Edinb. 1892. pag. 118.

костью стѣнок и вліяніем сокращеній маточной стѣнки на эту форму, а также вліяніем окружающих матку органов, брюшного пресса и формы самой брюшной полости.

Разсматривая слѣпки маточной полости, сдѣланные в различные періоды беременности, мы можем отмѣтить, что полость эта, представляя уплощенный конус в началѣ беременности, становится почти шарообразной в серединѣ ея и снова возвращается к первоначальной формѣ уплощенного спереди назад конуса с вершуккой, обращенной вниз, в концѣ ея.

Пока пузырь цѣл, форма маточной полости сохраняется, именно, эти очертанія. Во время схваток и сокращенія маточной мышцы, форма маточной полости не может измѣняться значительно, потому что, по физикѣ, жидкости почти вовсе не сжимаемы. Единственное измѣненіе, которое при этом может происходить и дѣйствительно наблюдается, это незначительное увеличеніе передне-задняго діаметра и соотвѣтственное этому уменьшеніе поперечнаго діаметра. Прикрѣпленіе послѣда, если оно расположено нормально, находится в верхнем отдѣлѣ этой полости; оно может съузить широкую часть этой полости, но не может, в этом случаѣ, уничтожить преобладаніе продольнаго діаметра этой полости над всѣми остальными. Уже одних этих данных достаточно, чтобы понять, почему продольныя положенія должны встрѣчаться чаще всяких других. Длинный діаметр плода неминуемо должен стремиться принять продольное положеніе, — расположиться по длинному діаметру этой полости. Для того, чтобы это не могло случиться, необходимо, или чтобы самая полость была иной формы, или чтобы какіе-либо моменты измѣнили эту форму. И то и другое, дѣйствительно,

наблюдается. Форма маточной полости может быть изменена двояким образом: или полость эта до такой степени будет растянута, что не будет никакого соответствия между ее диаметрами и диаметрами плода, как это бывает при *hydramnios* — многоводии; или вследствие врожденной особенности самой матки, напр. в случае существования у ее дна продольной зачаточной перегородки, разделяющей зачаточные рога матки. В этом случае матка увеличивается во время беременности, главным образом, в поперечном направлении и такое же направление принимает наибольший диаметр ее полости. Если само собой понятно, что при многоводии, плод может принимать всевозможные положения, то при той врожденной особенности, которую мы сейчас привели, он, конечно, должен расплоскнуться в поперечном направлении.

Если ось матки, а следовательно и ее полости, будет находиться под углом к оси таза, то может получиться такое наклонение этой оси, что длинный диаметр этой полости расплоскнется поперечно, а если при этом полость матки утратит возможность смещаться и возвратиться к тому положению, которое соответствует нормѣ, то совпадающее с осью матки поперечное положение плода может быть стойким. Это и бывает при некоторых опухолях и новообразованиях: кисты, фибромы и т. п. Если тѣло и дно матки приобретают патологическія сращения, настолько прочныя, что маточная полость не может увеличиваться в продольном направлении, то она начинает увеличиваться в поперечном направлении и тоже появляются условия для поперечнаго положенія. То же самое бывает и тогда, когда матку укрепляют в противополоственном для нея положеніи помощью операций, напр. *ventro* или *vagino* —

фиксациі. Когда *placenta* прикрѣпляется в нижнем сегментѣ макти, она может настолько сузить эту и без того наиболѣе узкую часть конуса маточной полости, что практически длинный діаметр этой полости утратит свое значеніе для приспособленія плода, потому что концы плода не будут помѣщаться в этом отдѣлѣ, по недостатку мѣста. В этом случаѣ возможно или поперечное положеніе, или продольное ягодичное, потому что ягодичный конец плода может занимать меньше мѣста, чѣм головной. Все изложенное относится только к грубому приспособленію большаго діаметра плода, к наибольшему діаметру маточной полости. Само собой понятно, что брюшной пресс может только увеличивать вліяніе этого момента на положеніе плода.

Дабы выяснитъ ближайшія причины положеній, которыя должен принимать плод во время беременности, необходимо разсмотрѣть и другіе из упомянутых нами выше моментов: вліяніе самого плода и его физических и физиологических особенностей, его активных движеній и вліяніе особенностей брюшной полости на происхожденіе различных позицій.

Форма плода в первой половинѣ беременности существенно отличается от его формы во второй половинѣ этого процесса. Плод имѣет форму яйца, узкій конец котораго соотвѣтствует в началѣ беременности тазовому концу, потому что в это время головка значительно преобладает по величинѣ над всѣми остальными его частями. Туловище плода всегда находится в согнутом положеніи, конечности его тоже находятся в согнутом положеніи. Удѣльный вѣс его мало отличается от удѣльнаго вѣса той жидкости, в которой он плавает. Движеній он в это время не дѣлает, и вліять активно на приспособленіе своего тѣла, и к наиболѣе

для него удобным діаметрам полости, в которой он плавает, он не может. Поэтому приспособленіе положенія плода к полости матки в это время может зависѣть только от небольших сокращеній матки (так-называемыя безболѣзненные сокращенія *contactions indolores*). Нѣтъ ничего удивительнаго, что самая объемистая часть плода—головка может и даже должна при этом расположиться в верхнем отдѣлѣ матки, там, гдѣ для нея больше мѣста. Проф. Р і n a r d ¹⁾ думает, что это есть нормальное для начала беременности положеніе плода. Он подкрѣпляет свое мнѣніе примѣром *hydrocephalus*, т.-е. того случая, когда в концѣ беременности размѣры головки плода преобладают над всѣми остальными частями его тѣла и гдѣ первичныя ягодичныя положенія встрѣчаются очень часто. Положеніе плода во время первой половины беременности имѣет значеніе только теоретическое, и может объяснить нам причину происхожденія нѣкоторых первичных ягодичных позицій, но считать его постоянным явленіем мы не имѣем права, потому что знаем, что в первой половинѣ беременности количество околоплодной жидкости настолько велико, по отношенію к величинѣ самаго плода, что он находится в условіях такой же подвижности, какая бывает при *hydramnios*, а слѣдовательно, должен легко мѣнять свое положеніе. Что тяжесть головки тут совершенно ни при чем и ее, в объясненіи происхожденія положенія, принимать во вниманіе не приходится — этого доказывать нечего. Близость удѣльнаго вѣса головки к удѣльному вѣсу околоплодной жидкости, а также постоянное измѣненіе женщиной положенія исключают этот момент; а наблюде-

¹⁾ loco citato.

нія показывают, что если женщина лежит в течение всего времени беременности, то головное положение плода получается еще с большим постоянством и удерживается лучше, чѣм тогда, когда она находится в движеніи, напр. ходит.

Во второй половинѣ беременности, а в особенности в концѣ ея, тазовой конец плода становится значительно больше (объемистѣе), и около него являются новыя силы: движенія конечностей, которыя начинают реагировать на всякое виѣшнее раздраженіе, отыскивая такое положеніе в полости матки, при котором онѣ подвергались бы наименьшему стѣсненію. Если принять во вниманіе движенія нижних конечностей плода, то объем тазоваго конца, или собственно точиѣе, того пространства, которое необходимо для спокойствія и удобства этого конца, представляется значительно большим, чѣм объем его, достаточный для головнаго конца. Здѣсь проявляется со всею рѣзкостью закон покойнаго профессора P a j o t, который очень упрощает изложеніе условій, от коих зависят положенія плода в полости матки. Знаменитый учитель Парижской акушерской школы так формулировал этот закон: «Если плотное тѣло заключено в другом плотном тѣлѣ, если притом тѣло заключающее подвержено постоянным движеніям, смѣняемым покоем, и если поверхности, отдѣляющія эти тѣла, скользкія и ровныя (мало выступов), то тѣло заключенное будет постоянно стремиться приспособить свою форму и діаметры к формѣ и вмѣстимости тѣла заключающаго ¹⁾».

¹⁾ Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siége d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses le contenu tendra sans

Вслѣдствіе воздѣйствія этого закона плод должен помѣститься головой вниз, а тазовым концом около дна матки, т.-е. в самом широком мѣстѣ ея полости. Это есть положеніе, при котором плод встрѣчает наименьшее стѣсненіе и в котором, слѣдовательно, он меньше всего будет дѣлать движеній, дабы перемѣнить свое положеніе на болѣе для него удобное. Это положеніе самое благопріятное для его кровообращенія, потому что сосуды нигдѣ не сдавливаются (нѣтъ усиленнаго сгибанія конечностей и других подобных моментов). Головка в нижнем отдѣлѣ встрѣчает удобное мѣсто, на которое она может опираться, не испытывая виѣшних вліяній и оставаясь в то же время относительно неподвижной. Вслѣдствіе всего вышеизложеннаго, головное положеніе должно быть разсматриваемо, как самое естественное, вытекающее из условій, в которых находится плод в полости матки, в концѣ беременности. И дѣйствительно, это самое частое положеніе, которое наблюдается в этом періодѣ беременности (93%). Наблюдаемое иногда первичное ягодичное положеніе зависит от различных аномалій, которыя не всегда можно с точностью вѣяснить. Мы уже упоминали, что при большой головкѣ, напр. при *hydrocephalus*, ягодичныя положенія встрѣчаются часто. Проф. P i n a r d отмѣтил, что при недоношенных плодах это есть также явленіе очень частое, в особенности, при мертвом плодѣ. Послѣднее вполне понятно, потому что головной конец мертваго плода несомнѣнно имѣет болшій объем, чѣм его тазовой конец (вслѣдствіе отсутствія активных движеній нижних конечностей).

cesse à accommoder sa forme et ses dimensions au formes et à la capacité du contenant. P a j o t Travaux d'obstétrique et de gynécologie. Paris 1889 pag. 79.

Все, что суживает широкое мѣсто маточной полости, напр. опухоли и все, что увеличивает головной конец плода, может обуславливать первичное ягодичное положение. Сдавливаніе верхняго отдѣла матки хорошо развитымъ брюшнымъ прессомъ — собственно придавливаніе дна матки къ позвоночнику — можетъ вызвать то же явленіе. Но вліяніе брюшнаго пресса и формы брюшной полости не ограничивается этимъ.

Извѣстно, что матка не помѣщается центрально: дно ея обыкновенно уклоняется в правую половину брюшной полости и самая форма маточной полости от этого измѣняется. Зависит ли уклоненіе матки вправо от вліянія растяженія толстыхъ кишокъ, какъ это предполагаютъ и какъ это дѣйствительно весьма вѣроятно, окончательно еще не выяснено, но самый фактъ отклоненія матки сомнѣнію подлежать не можетъ. Если брюшной прессъ дѣйствуетъ хорошо, то понятно, что онъ долженъ придавливать лѣвый уголъ матки къ выступу позвоночника, и графически это вліяніе на полость матки, около ея дна, должно выразиться такъ (см. рис. 14).

Принимая во вниманіе вышеприведенный законъ Рајотъ и зная, что конечности плода будутъ постоянно реагировать движеніемъ, пока онѣ будутъ испытывать сдавленіе, мы не можемъ себѣ представить, чтобы плодъ, при этихъ условіяхъ, могъ найти болѣе удобное для себя положеніе, чѣмъ то, которое онъ приметъ, если средняя линія его спинки помѣстится какъ разъ противъ точки, обозначенной * на рис. 14. При всякой перемѣнѣ этого положенія онъ долженъ испытывать стѣсненіе в движеніяхъ конечностей и в распредѣленіи кровообращенія. Описанное положеніе для него является самымъ удобнымъ: при всякомъ другомъ положеніи плодъ долженъ бы упираться ногами или в выступ позвоночника, или в переднюю стѣнку матки; — только тогда, когда его

позвоночник будет помещаться в точкѣ *, конечности его будут менѣе всего упираться в стѣнку матки. Такое положеніе и будет собственно то, которое называется передним видом первой (или лѣвой) головной позиціи, т.-е. то положеніе, которое встрѣчается чаще всѣх других. Что позиціи плода во время беременности не могут зависѣть от приспособленія подлежащей части плода, — это доказывается тѣм, что головку, если она подвижна, можно смѣщать в разныя стороны,



Рис. 14. Объясненіе рисунка. Схема поперечнаго разрѣза матки около ея дна вмѣстѣ съ стѣнками брюшной полости, в которой она заключается. *с. у.* *cavum uteri*. *d.* правая сторона. *s.* лѣвая сторона. *V* позволочник. * —положеніе спинки (позвоночника) плода.

а туловище при этом нисколько не мѣняет своего положенія. Легко убѣдиться, что при попытках смѣститъ головку, она снова возвращается в свое первоначальное положеніе, в зависимости от положенія туловища. *Маттеї* давно обратил вниманіе на это явленіе ¹⁾.

¹⁾ Конечно, здѣсь говорится о незначительных смѣщеніях, напр. при изслѣдованіи *ballotement*.

О том, что брюшной пресс должен благоприятствовать продольным положеніям, можно бы и не упоминать: это вытекает из самой формы брюшной полости, длинная ось которой расположена именно в том направленіи, которое принимает плод при продольных положеніях. Излишнее вліяніе брюшного пресса может обусловить, как было уже упомянуто, то первичное ягодичное положеніе, которое дѣйствительно иногда встрѣчается у совершенно здоровых и крѣпких, но уже пожилых первородящих. Несостоятельность брюшного пресса может совершенно измѣнить форму маточной полости и дать повод к случайной позиціи, как это бывает у многорожавших с одряхлѣвшим животом. Итак, вліяніе брюшной стѣнки, форма брюшной полости, вмѣстѣ с положеніем матки и формой ея полости — вот тѣ причины, от которых зависят не только позиціи, но и виды их во время беременности. Примѣненіе знакомства с этими моментами может быть очень полезно, при объясненіи происхожденія всяких позицій во время беременности.

Если имѣются условія, о которых мы уже говорили выше, для образованія поперечнаго положенія, то понятно, что позвоночный столб матери, вдавливая заднюю стѣнку матки и придавая ея полости форму почковидную, не позволит плоду помѣститься спинкою кзади, потому что для этого ему пришлось бы или находиться в полуразогнутом положеніи, или концы его (полюсы) упирались бы в переднюю стѣнку матки. Такое неудобное положеніе плода должно вызывать рефлекторныя движенія и спинка должна стремиться перемѣститься кпереди. Это в дѣйствительности и наблюдается, и передніе виды поперечных положеній встрѣчаются гораздо чаще задних. Если вліяніе позвоночника на

форму полости матки ослаблено, или отсутствует, то плод может расположиться в заднем видѣ поперечнаго положенія, напр. в случаѣ отвислаго живота, или когда слишком много воды и т. п.

Вліяніе позвоночника отражается и на продольных положеніях, потому что и при них плод не может прилежать спинкою к позвоночнику матери, и спинка его должна помѣщаться или сбоку от позвоночника, или впереди от него.

Разсматривая рис. 14, нетрудно убѣдиться, что этими особенностями можно воспользоваться для объясненія происхожденія всѣх видовъ позицій. Попытка к этому была сдѣлана еще *Mattei* в 1855 году. Стремясь, как мы уже сказали, опредѣлить условія, при которых возможны нормальные, фізіологическіе роды, он занялся изученіемъ тѣхъ моментов, которые отличаютъ беременность простыхъ деревенскихъ жительницъ отъ беременности жительницъ городовъ и классовъ болѣе достаточныхъ, у которыхъ теченіе этого процесса совершается съ болѣе большими отклоненіями отъ нормы и чаще сопровождается осложненіями. Оказалось, что помимо лучшаго дѣйствія брюшнаго пресса, у жительницъ деревни количество водъ бываетъ меньше, тогда какъ у классовъ, требующихъ обыкновенно акушерской помощи, помимо сухости тканей, замѣтно предрасположеніе къ относительному многоводію. Кромѣ того у жительницъ городовъ, по его наблюденіямъ, оказалось болѣе частое и болѣе рѣзко выраженное отклоненіе матки в правую сторону и, кромѣ того, оказалось, что у нихъ чаще бываютъ позиціи ненормальныя, считая нормальной позиціей передній видъ перваго затылочнаго положенія *O. I. S. A.*

Послѣ *O. I. S. A.* изъ головныхъ положеній чаще другихъ встрѣчается *O. I. D. P.* (задній видъ втораго

затылочнаго положенія). Происхожденіе его можно объяснить точно так же, как и перваго затылочнаго положенія.

Предположим, что плод установился во время беременности в переднем видѣ лѣваго (перваго) затылочнаго положенія. Спинка его своими остистыми отростками помѣщается в точкѣ 1 рис. 15. Если матка, вслѣдствіе вялости кишечника, привычнаго растяженія толстых кишок и вообще вялости тканей, уклонена вправо болѣе, чѣм это бывает обыкновенно; если, кромѣ того, количество вод нѣсколько болѣе обильно, то это положеніе плода оказывается не столь устойчивым и он легко перемѣщается, становясь спинкой в точкѣ 2а (рис. 15). Но положеніе это не удобно для плода, потому что ножки его упираются в выступ позвоночника и движенія плода легко переведут среднюю линію его спинки в другое мѣсто, напр. в точку 2 (рис. 15), т.-е. плод помѣстится в заднем видѣ втораго (праваго) черепнаго положенія (O. I. D. P.). Можно было бы прослѣдить вліяніе этих моментов и при других позиціях, но и сказаннаго достаточно, чтобы уяснить принципы, по которым могут происходить всѣ эти явленія.

В случаѣ отвисанія живота и вообще отклоненій тѣла и дна матки кпереди, плод хотя и может сохранить продольное положеніе, но туловище его подвергается большому сгибанію и становится почти поперечно. Для того, чтобы это случилось, необходимо, конечно, чтобы головка была уже в малом тазу, потому что если этого не произойдет или не может произойти, то она должна ускользнуть в одну из *fossa iliaca*, и тогда получится настоящее поперечное положеніе. Такое усиленное сгибаніе туловища плода обуславливается измѣненіем формы маточной полости, которая увеличена в попереч-

ном направленіи вслѣдствіе несостоятельности брюшного пресса.

В этом бѣглом обзорѣ мы перечислили всѣ головныя позиціи, которыя наблюдаются во время беременности; нам остается упомянуть только о лицевых положеніях, которыя были наблюдаемы во время беременности *m-me Lachapelle, Velpeau* (два случая) и в последнее время *Ribemont-Dessaigne* и друг. Уже из того, что, говоря о первичных лицевых положеніях во время беременности, приходится цитировать



Рис. 15. Объясненіе рисунка. То же что рис. 14. Значеніе цифр объяснено в текстѣ.

имена авторов, ясно, что они должны встрѣчаться чрезвычайно рѣдко. И дѣйствительно, эта аномалія относится к большим рѣдкостям. Не подлежит сомнѣнію, что большинство (почти всѣ) лицевых положеній развивается непосредственно перед родами, или при их началѣ, когда матка начинает сокращаться и шейка растягиваться. Для того, чтобы образовалось лицевое положеніе, необходимо, чтобы плод не мог согнуть

головку, потому что разогнутое положеніе для него не естественно и, при мѣлѣйшей подвижности, плод должен стремиться ее согнуть.

Таким образом, из всѣх теоретически возможных позицій во время беременности, практически возможны только слѣдующія:

- I. Продольныя. { (a) Г о л о в н ы я затылочные (очень часто).
(b) Т а з о в ы я ягодичныя (рѣдко).
II. Поперечныя (рѣдко).
III. Первичныя лицевыя (очень рѣдко).

Когда подлежащая часть вступает в полость таза, то может быть одно из двух: или первичная позиція закрѣпляется и остается таковой до конца родов, или вслѣдствіе каких-либо особенностей таза, родовых путей, матки, или ея положенія и т. п., превращается в другую позицію. Если это будет головное положеніе, то вслѣдствіе разгибанія ея может получиться лицевое. Если головка устанавливается не вполне, а опирается на край тазового входа, то результат может получиться такой же. Если головка при этом соскальзывает в *fossa iliaca*, то получается положеніе поперечное; то же самое получается, если головка не может по своим размѣрам вступить в таз, напр. при его суженіях.

Таким образом, правильная и благополучная, первоначально позиція, может при началѣ родов перейти в неправильную, требующую помощи нашего искусства. Это обстоятельство послужило исходной точкой разсужденіям, отрицающим всякую пользу и надобность в опредѣленіи позиціи до начала родов, и к сожалѣнію надолго отсрочило пользованіе такими могучими приемами, как ощупываніе живота беременных и профила-

ктическое исправленіе неправильных положеній плода. В Парижѣ проф. Тагпіег, и в особенности, проф. Ріпагд и их ученики с пользою и успѣхом пользуются повязками, удерживающими плод в исправленном, болѣе благопріятном положеніи, иногда за нѣсколько недѣль до начала родов, наглядно доказывая всю гелословность еще встрѣчающихся во многих учебниках теоретических возраженій против этого образа дѣйствія.

Необходимость изученія положенія плода во время беременности и возможных измѣненій этих положеній, а также той послѣдовательности, в которой они совершаются, надо считать внѣ всякаго сомнѣнія.

Практическія соображенія могут резюмировать наши свѣдѣнія об этом в слѣдующей формѣ.

Мы можем встрѣтить во время беременности, или перед самыми родами:

1. Головное положеніе, головка в тазу в положеніи сгибанія — прочная головная позиція, чаще всего лѣвая передняя (первая позиція передній вид). Заключение — все обстоит благополучно и можно спокойно ожидать начала родов.
2. Головка подвижна над тазом. Положеніе головное, но не прочное: может измѣниться перед родами, или при их началѣ и перейти в положеніе лицевое, или даже поперечное, если есть к тому условія. Такое состояніе вещей может или перейти в такое, как описано под № 1, или потребовать нашей помощи перед родами или во время их. Заключение — случай требует на блюденія, а при появленіи осложненій, может потребовать немедленной помощи

3. Положеніе яго дичное, но все нормально. При родах позиція эта почти всегда сохраняется. Заключение для матери благоприятное. Для плода: живой плод можно получить профилактическим поворотом (наружным) на головку, т.-е. приведеніем случая к условіям № 1, или внимательным устраненіем во время родов осложнений: выпаденія пуповины, сдавленія ея при прохожденіи головки и т. п. Шансы на живой плод в послѣднем случаѣ уменьшены.
4. Поперечное положеніе, но роды возможны (нѣтъ органических препятствій). Заключение — профилактической поворот и ждать до начала родов. Ждать и наблюдать.
5. Первичное лицевое положеніе. Случай очень рѣдкій. Заключение — попытаться исправить наружными приѣмами; если не удастся ждать начала родов и терапія, смотря по показаніям.

Познакомившись в общих чертах с позиціями и их значеніем, перечислим задачи, которыя рѣшаются наружным изслѣдованіем, во время второй половины беременности; онѣ суть слѣдующія. Должно опредѣлить: 1, наличность беременности; 2, ея срок; 3, жизнь или смерть плода (или плодов); 4, его положеніе; 5, его размѣры по отношенію к размѣрам матери; 6, размѣры матери и измѣненія в ея организаціи, неблагоприятныя для родов. Это изслѣдованіе может, кромѣ того, выполнить нѣкоторыя терапевтическія показанія: исправить положеніе плода наружными приѣмами и положеніе матки приѣмами ортопедическими.

Примѣненіе знанія позицій. Методическое ощупываніе къ концу беременности.

Женщина помѣщается в положеніе лежачее на спинѣ с вытянутыми нижними конечностями. Ложе не должно быть высокое и должно быть без пружин. Ноги должны быть вытянуты, потому что при этом положеніи весь вход в таз становится доступным для ощупыванія. Сопротивленіе брюшных мышц при этом нисколько не мѣшает прощупыванію матки и ея содержимаго, потому что брюшныя мышцы находятся в состояніи вытяженія, а продолжительное вытяженіе мышц, как извѣстно из хирургіи (напр. при лѣченіи переломов), есть одно из лучших средств ослабить их сокращенія. Грудная клѣтка помѣщается на одном уровнѣ с туловищем, а под голову помѣщается небольшая подушка (у нас в клиникѣ валик). Совершенно горизонтальное положеніе полезно при ощупываніи еще и потому, что позвоночник (передняя его поверхность) подается при этом кпереди и матка становится болѣе доступной ощупыванію. Ощупываніе в стоячем положеніи примѣняется иногда, при обслѣдованіи содержимаго верхняго отдѣла матки, около ея дна, о чем будет сказано ниже. При изслѣдованіи в стоячем положеніи женщина прислоняется спиной к стѣнѣ, а руками опирается на плечи изслѣдующаго, который сидит против нея на стулѣ.

При ощупываніи пытаются отыскать прежде всего ту часть плода, которую легче и вѣрнѣе других можно прощупать,—такую частью представляется головка плода. Особенности, которыми отличается головка от других частей плода, слѣдующія:

Головка предстает совершенно круглым, твердым тѣлом, и на ней лучше всего и раньше всего (е 5-го мѣсяца) наблюдается явленіе баллотированія (*ballottement*). Если твердое тѣло плавает в жидкости и если сообщить ему толчок, то оно легко перемѣщается до тѣх пор, пока не встрѣтит препятствія со стороны противоположной стѣнки полости, в которой оно плавает. Изслѣдованіе этого явленія (*ballottement*) производится или одной рукой или обѣими руками. Если баллотированіе изслѣдуется одной рукой, то изслѣдуемое тѣло просто толкают концами пальцев при этом оно удаляется от изслѣдующих пальцев и, если толчок был достаточно силен, то вскорѣ возвращается назад, и рука чувствует толчок от прикосновенія этого тѣла, когда оно возвратится на прежнее мѣсто. Это явленіе называется простым баллотированіем, в отличіе от двойного, или комбинированнаго баллотированія, которое получается при изслѣдованіи этого явленія двумя руками. Если при этом одна из изслѣдующих рук (или палец) помѣщается во влагалищѣ или в прямой кишкѣ, то это называется абдомино-вагинальное, или абдомино-ректальное баллотированіе. *Ballottement* ¹⁾, добываемое послѣдними методами, можно обнаружить раньше, чѣм при простом ощупываніи через брюшныя стѣнки. При изслѣдованіи двумя руками, обѣ руки попеременно получают впечатлѣніе толчка. Баллотированіе есть особенность, свойственная почти исключительно головкѣ плода. Кромѣ головки,

¹⁾ Перевести это французское слово на русскій язык довольно трудно: глагол баллотировать (напр., шарами) для сего совсѣм не пригоден, точно так же, как баллотировка, что для русскаго словопроизводства естественнѣе, чѣм баллотированіе, но замѣнить пока нечѣм.

это явление может давать весь плод цѣликом, перемѣщаясь в полости матки. Ягодичный конец тоже дает ощущение баллотирования, но оно выражено гораздо слабѣе. Никакія другія части плода баллотирования не дают. По этому признаку можно отличать тазовой конец плода от плечика, колѣна, локтя и т. п., на которых этого явления вызвать нельзя. Головка можно баллотировать во всѣх направленіях, потому что она связана с туловищем очень подвижно. Баллотированіе головки не передается остальному туловищу, и только при очень сильном сгибаніи ея, напр. при ягодичном предлежаніи, или если головка совсѣм пригнута и касается подбородком до грудной клѣтки, возможно, что толчки будут передаваться всему туловищу по длинной его оси. В этом случаѣ нетрудно, измѣняя положеніе головки, убѣдиться в том, что она легко баллотировать в поперечном направленіи, и притом противоположном ея сгибанію. Ягодичный конец может баллотировать только в направленіи сгибанія туловища и во всѣх положеніях передает туловищу всѣ толчки по направленію длинной оси тѣла. Перемѣщеніе ягодичнаго конца при баллотированіи совершенно ничтожно, по сравненію с перемѣщеніями головки и с потребною для этого силою. Интензивность явления баллотирования зависит от двух моментов: от количества околоплодной жидкости и от степени сокращенія матки.

Во время беременности, в особенности в концѣ ея, матка подвергается постоянным, так-называемым, безболѣзненным сокращеніям. Явленіе это объективно выражается большею плотностью ея консистенціи и болѣе рѣзкими контурами, которые обнаруживает матка при ощупываніи. Эти безболѣзненные сокращенія хотя и

препятствуют ощупыванію, но не исключают его возможности. Их не слѣдует смѣшивать с настоящими сокращеніями матки, в которыя они легко могут переходить во время изслѣдованія, и лучше переждать нѣсколько секунд или минут, пока они ослабѣют. Оба эти вида сокращеній представляют очень цѣнный признак для дифференціальной діагностики, потому что служат несомнѣнным признаком того, что данная опухоль есть именно матка. В сомнительных случаях дѣлают методическое растираніе, вродѣ массажа, и если это беременная матка, то можно добиться ея сокращеній, отчего она дѣлается совершенно твердой как дерево, и тогда контуры ея прощупываются очень легко. О возможности сокращеній мочевого пузыря мы уже говорили выше. При внѣматочной беременности сокращеніе мѣшка, в которой заключен плод конечно, имѣть мѣста не может. Другой случай, гдѣ сокращенія маточной ткани очень помогает при дифференціальной діагностикѣ,—это фибромы маточной стѣнки, которыя можно смѣшать с мелкими частями плода. Здѣсь сокращенія матки рѣшаются дѣло: если это фибромы, онѣ выступают рѣзче во время сокращеній; если это мелкія части, то их в это время вовсе нельзя прощупать. Подвижность частей плода и баллотированіе тоже почти не возможно изслѣдовать во время сокращеній матки. Нерѣдко сокращенія матки вызываются психическими моментами, потому что сопровождают сокращенія брюшной стѣнки при первой же попыткѣ приступать к ощупыванію. Поэтому никогда не слѣдует приступать к этому изслѣдованію сразу, а необходимо подготовить к нему женщину разговором, напр. разспросом о том, в каком именно мѣстѣ она чувствует или чувствовала движеніе плода и помѣщая сначала руку на живот

через сорочку. Только убѣдившись, что брюшной пресс не напрягается при прикосновеніи к животу, можно приступать к обследованію обнаженнаго живота, хотя, собственно, большую часть ощупыванія можно сдѣлать и через рубашку.

Кромѣ состоянія маточной стѣнки, как мы сказали, на силу толчка при баллотированіи вліяет количество околоплодной жидкости. Не требует объясненія возможность болѣе обширных движеній баллотирующаго тѣла при большем количествѣ жидкости; однако, при прочих равных условіях сила толчка, сообщеннаго головкѣ при изслѣдованіи *ballottement*, ослабляется менѣе при большем количествѣ околоплодной жидкости и головка перемѣщается быстрѣе.

Кромѣ *ballottement*, головку можно отличить по тѣм подробностям, которыя на ней можно прощупать. На головкѣ легче всего прощупывается лоб, затѣм затылок и иногда и нижняя челюсть.

Послѣ головки яснѣе других частей прощупывается спинка, а на ней иногда остистые отростки позвонков, в видѣ цѣпи небольших бугорков. На тазовом концѣ прощупывается крестец (не всегда) и сѣдалищные бугры в видѣ плотнаго тѣла. Плечики и пятки тоже иногда прощупываются; то же можно сказать и о колѣнях. Верхнія конечности прощупываются случайно, когда онѣ лежат между головкой и изслѣдующими пальцами, напр. на краю таза при головных положеніях.

Вообще мелкія части всего лучше прощупываются во время их движеній, тогда онѣ выдаются очень рѣзко. В исключительных случаях можно ясно прощупать стопу и пятку, захвативши их пальцами. Активныя движенія плода нерѣдко проявляются во время изслѣдованія. Они представляют очень цѣнный признак, потому что

доказывают присутствіе живого плода, и положеніе их помогает при выясненіи его позиціи. Активныя движенія верхних конечностей мало передаются рукѣ пелѣдующаго, и сама женщина тоже получает впечатлѣніе движенія плода, главным образом, от дви-

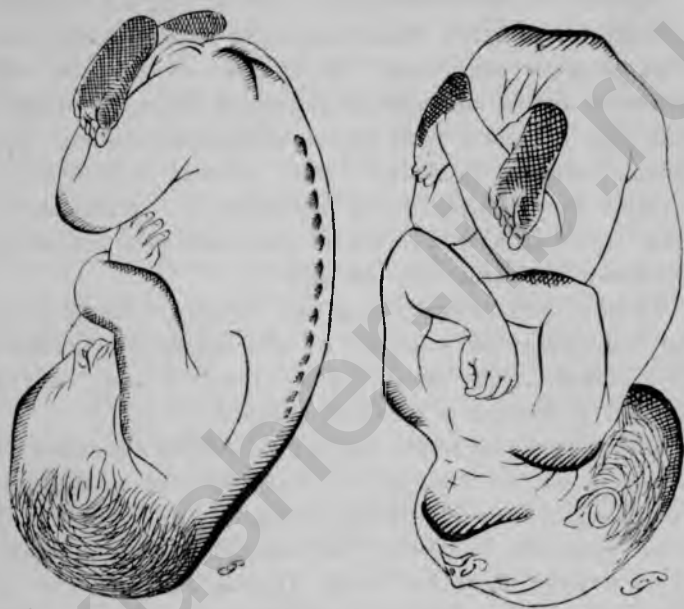


Рис. 16 и Рис. 17. Объясненіе рисунков. Схематическое изображеніе доношеннаго плода: рис. 16—с согнутой головкой, рис. 17—с разогнутой. Тѣ части, которыя легче прощупываются, отмѣчены простою тушевкой параллельными линиями, а тѣ, которыя дают впечатлѣніе активных движеній, затушеваны перекрещивающимися линиями.

женій нижних его конечностей. Это ощущеніе отмѣчается обыкновенно довольно точно, и разпрос показывает, что женщина замѣчает или замѣчала движенія в опредѣленном мѣстѣ, на которое она прямо и указы-

васт. Очень часто на вопрос, гдѣ именно чувствуется движенія плода, вверху или внизу, можно получить



Рис. 18. Объясненіе рисунка. Головное положеніе. Головка доношеннаго плода стоит подвижно над входом в таз. Прочной позиціи еще нѣтъ, потому что головка в таз еще не вступила и о видѣ позиціи мы судить еще не можем: он еще не установился. Это положеніе не вполне устойчивое. Оно может перейти в поперечное положеніе, если головка почему-нибудь соскользнет в *fossa iliaca*. Оно может ввертаться в лицевое положеніе, если головка разогнется и вступит в таз в разогнутом положеніи. Пока она вполне подвижна, плод тотчас ее согнет, потому что согнутое положеніе для него естественнѣе и удобнѣе. Все таки, это п е р в о е или л ѣ в о е положеніе, потому что спинка плода смотрит влѣво.

опредѣленный отвѣтъ; то же самое относится и к сторонѣ правой, или лѣвой, гдѣ ощущаются эти движенія. Если движенія прощупываются вверху, т.-е. около дна матки, то ясно, что нижнія конечности плода находятся наверху, а головка внизу, слѣдовательно положеніе головное; если при этом движенія наблюдаются в правой половинѣ, то значит спинка плода лежит влѣво— это лѣвая или первая головная позиція. Как признак, подтверждающій діагностику, мѣсто, гдѣ ощущаются активныя движенія, заслуживает вниманія. В тѣх случаях, когда головка прилежит к брюшной аортѣ, напр. когда головка находится влѣво и кверху (при ягодичном положеніи), рука может ощущать пульсацію, которая передается головкѣ; никакая другая часть тѣла плода этого явленія дать не может. Пульсацію, синхроническую с пульсом матери, можно иногда ощущать вдоль боковой поверхности матки, чаще на правой ея сторонѣ в том мѣстѣ, гдѣ вдоль матки проходит большая артеріальная дуга: анастомоз *arteriae uterinae cum arteria ovarica*. Ощущеніе пульсаціи этой артеріи не трудно отличить от только-что описанной пульсаціи, передаваемой головкой, перемѣщая ощупывающую руку, а также помощью аускультации.

Туловище плода также может обнаруживать активныя движенія, но они бывают медленныя и никогда не проявляются в видѣ толчка; то же относится и к головкѣ. Всякія быстрыя движенія туловища зависят от движеній конечностей.

Если плод очен подвижен и легко мѣняет свое положеніе, напр. при многоводіи, то опредѣленіе положенія не может имѣть практическаго значенія. Для того, чтобы опредѣлять положеніе, надо, чтобы была нѣкоторая устойчивость этого положенія, поэтому

всего лучше дѣлать изслѣдованіе в самом концѣ беременности, когда подлежащая часть уже стремится установиться во входѣ в таз, или тогда, когда она начинает в него вступать. В это время опредѣленіе позиціи находится в наилучших условіях и вмѣстѣ с тѣм наиболѣе желательно.

Изслѣдованіе начинается с того, что кладут обѣ руки плашмя на низ живота. Изслѣдующій помѣщается сбоку, спиной к головѣ изслѣдуемой (см. рис. 20 и 21). Концы пальцев вытянуты и ставятся как раз против середины Пупартовых связок и прощупывают край таза. Послѣ этого, немного сгибая ладони, стараются свести концы пальцев над входом в таз, на уровнѣ *linea innominata pelvis*. Иногда пальцы удается свести вмѣстѣ и между ними ничего не ощущается, кромѣ захваченных брюшных стѣнок и нижняго отдѣла матки, т.-е. мы не встрѣчаем здѣсь никакой подлежащей части. Это может зависѣть от различных причин, которыя мы еще разсмотрим, но это бывает рѣдко. Чаще всего мы встрѣтим круглое тѣло, величиной с головку плода, совершенно твердое и гладкое. Тѣло это может быть подвижно и давать ясное ощущеніе баллотированія. Сомнѣнія не может быть—это и есть головка, и это бывает чаще всего.

Нащупать такую головку, конечно, можно и одной рукой, если напр. помѣститься между бедер женщины, когда она лежит на креслѣ для изслѣдованія, и поставить большой палец напр. правой руки на то мѣсто, гдѣ, при только-что описанном выше пріемѣ помѣщались концы пальцев правой руки, а концы остальных пальцев помѣстить там, гдѣ находились концы пальцев лѣвой руки, и схватить рукой то, что помѣщается над входом в таз, то можно и одной рукой поймать головку и убѣ-

даться в том, что это—круглое, твердое, подвижное и баллотирующее тѣло. Этот прием особенно высоко цѣнит L e o r o l d, и он дѣйствительно удобен, если другая рука занята напр. внутренним изслѣдованіем; но замѣнить приема ощупыванія двумя руками он не может, потому что дает гораздо менѣе точныя свѣдѣнія, и, кромѣ того, причиняет боль, потому что головка при этом захватывается, главным образом, между двумя пальцами (большим и средним), и тѣ точки, гдѣ эти пальцы придавливают брюшную стѣнку, испытывают бѣльшее давленіе, чѣм от концов пальцев обѣих рук, когда давленіе распространяется на большую поверхность брюшной стѣнки. Поэтому, послѣ ощупыванія одной рукой, могут появиться синяки, и оно болѣе чувствительно для изслѣдуемой. Мы не рекомендуем этот прием, и пользуемся им только в вышеуказанном случаѣ.

Было бы глубокой ошибкой, если бы мы, приступая к ощупыванію и зная, что всего вѣроятнѣе мы встрѣтим над входом в таз головку плода, только об этой головкѣ и думали и только ее и искали. Не надо забывать, что результаты ощупыванія только тогда и могут быть вполнѣ точны и достовѣрны, когда мы будем допускать возможность всякаго из тѣх положеній, которыя встрѣчаются в дѣйствительности. Поэтому, конечно, прежде всего надо отказаться от всякой предвзятой мысли, потому что при этом только и возможна объективность сужденія о данном случаѣ. Слѣдовательно, головка отыскивается только потому, что ее легче найти, и ищут ее там, гдѣ она дѣйствительно чаще всего бывает для того, чтобы прежде всего исключить этот частный случай, который встрѣчается чаще других.

Возвращаемся к нашему изслѣдованію. Предполо-

жим, что головка уже стала приспособливаться к входу в таз и находится уже в согнутом положеніи, а не в



Рис. 19. Объясненіе рисунка. Ощупываніе головки, находящейся во входѣ в таз; способ L e o r o l d.

безразличном, как это изображено на предыдущем рисункѣ (см. рис. 18). Может-быть, она уже лишилась части своей подвижности, потому что затылок уже всту-

пает в полость малаго таза. В этом случаѣ руки, помѣщенные так, как описано выше, наталкиваются на головку при попыткѣ ощупать вход в таз. Онѣ останавливаются при этом на различной высотѣ: одна рука — та, которая встрѣчает лоб плода, останавливается выше другой (встрѣчая твердый выступ); в то же время другая рука легко проскальзывает до *linea innominata*, а если головка уже опустилась в таз, то даже проникает ниже этой линіи. Во всяком случаѣ, в этом ощущеніи характерно то, что одна рука наталкивается на твердое, гладкое тѣло и останавливается выше, чѣм другая; на рис. 20 это будет правая рука, а твердое тѣло, на которое она натолкнулась, есть лоб младенца. Нетрудно убѣдиться на фантомѣ, что если головка плода дѣйствительно будет согнута, то затылочная область при том положеніи, которое изображено на рис. 20, представляется как бы продолженіем спинки плода и контуры спинки, почти прямо, переходят по одной линіи в контуры затылка. Вдавленіе шеи при этом представляется совершенно ничтожным. Лоб плода (см. рис. 20) представляется изслѣдующей рукѣ в видѣ небольшого выступа округленной формы, если позиція передняя, как на рис. 20, потому что здѣсь рука прощупывает боковую часть лба. Если бы позиція была задняя, то правая рука прощупывала бы значительно большее пространство на лбу, и на ощупываемой поверхности можно даже при этом иногда прощупать верхній орбитальный край вмѣстѣ с надбровными дугами. Край этот прощупывается в видѣ болѣе выдающагося мѣста на круглом тѣлѣ, на которое наталкивается изслѣдующая рука. Иногда при тѣх же задних видах, можно прощупать подковообразныя очертанія нижней челюсти, если прощупывающую руку перемѣстить к средней линіи.

Как при задних, так и при передних видах затылочного положения можно иногда встретить между голов-



Рис. 20. Объяснение рисунка. Положение рук при ощупывании входа в таз. Первый прием ощупывания (способ P i n a r d). Передний вид затылочного первого (лѣваго) положения (O. I. S. A.). Головка вступает в таз. Правая рука исследователя останавливается выше лѣвой, встречая твердый выступ лба; лѣвая рука проникает до *linea innominata* и ниже ея.

кой и изслѣдующей рукой верхнюю конечность плода: она легко при этом смѣщается, удаляясь кверху из-под ошупывающих пальцев. Уже этих, только-что описанных данных, добываемых при ошупываніи входа в таз, достаточно, чтобы сдѣлать многія заключенія и исключить существованіе многих нежелательных осложнений.

Найдя головку уже приспособившуюся к тазу в согнутом положеніи, мы имѣем право сказать, что положеніе головное и в частности затылочное. Мы имѣем право сказать, что плод или доношенный, или почти доношенный,—слѣдовательно, составляем себѣ приблизительное представленіе о срокѣ беременности. Это представленіе может быть гораздо точнѣе, чѣм вывод, основанный на опредѣленіи высоты стоянія дна матки. По высотѣ, на которой стоит это дно, мы еще не можем судить, находится ли беременность в восьмом или в девятом мѣсяцѣ, потому что в это время дно матки стоит на одинаковой высотѣ, и надо еще знать, вошла ли предлежащая часть в полость таза или находится над его входом. Если предлежит головка, и она уже опустилась в полость таза, то мы с полным правом можем сказать, что женщина должна родить через двѣ, три, иногда одну недѣлю, потому что мы знаем, что именно в это время наблюдается это явленіе. Когда головка уже совершенно вошла в таз, то подвижность ея исчезает и явленіе баллотированія уже вызвать нельзя. Это показывает, что головка выполняет полость таза, слѣдовательно она настолько велика, что соотвѣтствует размѣрам таза, т.-е. плод или доношенный, или почти доношенный. Кромѣ того, если головка уже находится в тазу, то значит, что она прошла через вход в таз, т.-е. ея размѣры подходят к размѣрам таза и главныя осложненія от суженій, или аномалій таза отсутствуют.

При изслѣдованіи входа в таз, изслѣдующіе пальцы могут не встрѣтить никакой предлежащей части, и получается впечатлѣніе, как-будто пальцы можно свести над тазом. Это и случается иногда с начинающими.



Рис. 21. Объясненіе рисунка. Задній вид второго (правого) затылочнаго положенія (O. I. D. P.). Лѣвая рука прощупывает лоб, а иногда и нижнюю челюсть. Первый прием изслѣдованія (способ P i n a r d). Изслѣдование входа в таз.

В этом случаѣ слѣдует продвинуть концы рук в глубину, в полость таза, и тогда пальцы обыкновенно легко наталкиваются на головку. Она представляется при этом совершенно неподвижной, но вышеуказанныя особенности сохраняются и выступ лба стоит выше, чѣм доступная ощупыванію часть затылка. Само собой понятно, что при этих условіях можно с полным правом судить не только о позиціи, но и о видѣ ея. Если головка еще не вошла в таз и обладает нѣкоторою подвижностью, но уже приспособилась к его входу, то не перемѣняя положенія рук, можно ее протолкнуть по направленію к полости таза и сдѣлать, таким образом, примѣрное измѣреніе, т.-е. судить о том, подходят ли ея размѣры к размѣрам таза. Если головка при этом не упирается в края таза, то таз по всей вѣроятности не сужен; если головка легко перемѣщается в этом направленіи, то это может зависѣть от того, что плод не доношен. Во всяком случаѣ, уже по разстоянію между пальцами, ощупывающими противоположные полюсы головки, можно до нѣкоторой степени судить о ея величинѣ. Эта часть изслѣдованія дает только приближительные результаты; болѣе точныя свѣдѣнія о размѣрах головки получаются при измѣреніи, о котором будет сказано в своем мѣстѣ.

Свойства стѣнок матки, напр. ея сокращенія, могут также быть отмѣчены при этом моментѣ изслѣдованія, т.-е. не перемѣщая рук.

Если головка стоит совершенно подвижно, то можно, по степени ея подвижности, судить о количествѣ околоплодной жидкости. При многоводіи можно не найти никакой предлежащей части ни над входом в таз ни в его полости.

При плодѣ мертвом можно получить, помощью все

того же приёма, ощущение подвижности черепных костей и констатировать изменение консистенции головки, если она предлежит.

Покончивши с ощупыванием головки во входѣ в таз, перемѣщают руки вдоль боковых поверхностей матки и стараются найти то мѣсто, гдѣ контуры головки прямо переходят в контуры другой, наиболее легко ощупываемой части плода, в контуры его туловища и в частности его спинки. Перемѣщая руки и надавливая ими одновременно на боковыя поверхности матки, мы на одной сторонѣ, на той, гдѣ помѣщается затылок, встрѣчаем равномерное сопротивление от плотного, ровнаго тѣла; а на другой встрѣчаем почти полное отсутствіе сопротивления: стѣнки матки здѣсь вдавливаются гораздо глубже (см. рис. 20).

Перемѣщая руки при подвижном прощупываніи, лѣвою рукой можно прощупать ясное сопротивление, если вид передній (см. рис. 22), и менѣе ясное, если вид задній. При переднем видѣ позиціи можно нерѣдко прощупать ряд остистых отростков позвоночника; при задних ощупывается боковая поверхность туловища и получается ощущение болѣе мягкаго тѣла. Иногда можно при переднем видѣ натолкнуться на выступ плеча или колѣна, послѣднее узнается по подвижности и участію в активных движеніях. Правая рука, в нашем случаѣ, наталкивается на мелкія части: верхнія конечности, с слабыми активными движеніями, и на нижнія конечности, дающія при движеніях ясно ощущимые толчки. Поднимаясь вверх, по задней поверхности плода (в нашем случаѣ лѣвая рука), доходим до тазового конца. Он производит впечатлѣніе крупной, подвижной в направленіи сгибанія, части, а при передних видах можно иногда прощупать и крестец. Если

во время этого изслѣдованія ясно ощущаются активныя движенія плода, то имѣется несомнѣнное указаніе на то, что плод жив; но для этого необходимо, чтобы эти движенія — обыкновенно нижних конечностей, ощущались ясно и отчетливо. Прощупываніе туловища желательнo и необходимо по многим причинам. Помощью его провѣряется правильность опредѣленія позиціи по головкѣ, выясняется, как мы уже сказали, вопрос о жизни плода, отмѣчается количество околоплодной жидкости и исключается вопрос о многоплодности или присутствіи урoда.

При ощупываніи туловища описанным нами способом встрѣчаются разныя особенности, которыя могут мѣшать нашему изслѣдованію и которыя надо умѣть устранять.

Нерѣдко бывает, что при вполнѣ мягких стѣнках живота части плода, особенно его туловище, прощупывается плохо. Это может зависѣть от того, что туловище плода помѣщается сбоку от позвоночника матери и, вслѣдствіе относительнаго обилія вод или мягкости маточной стѣнки, помѣщается глубже, т.-е. ближе к задней стѣнкѣ брюшной полости. В таком случаѣ, примѣняется пріем *Mattēi*, который состоит в том, что приближают туловище плода к передней брюшной стѣнкѣ, стараясь продвинуть руки позади матки. Если плод легко возвращается при этом на свое первоначальное мѣсто, то поручают помощнику удерживать боковыя стѣнки живота, производя давленіе на заднебоковыя части матки, и в это время производят ощупываніе.

Благодаря этому пріему, картина иногда рѣзко мѣняется, и части плода становятся вполнѣ доступными изслѣдованію.



Рис. 22. Объяснение рисунка. Схема положения плода в маткѣ в момент прощупыванія туловища: лѣвая рука придавливает стѣнку матки к спинкѣ плода; правая вдавливает эту стѣнку и встрѣчает околоплодную жидкость. Здѣсь, кромѣ того, видно положеніе *placentae*, которая на тактильное ощущеніе не вліяет. Положеніе круглых маточных связок указывает на мѣсто, которое она занимает; она помѣщается вправо и кади. 1-е затылочное положеніе, передній вид (O. I. S. A.).

Если нужно прощупать части плода, находящіяся сверху, около дна матки, то изслѣдованіе в стоячем положеніи с тѣми предосторожностями, которыя только-что описаны, может много облегчить дѣло, когда недоступность для оцупыванія зависит от только-что описанной причины.

Если женщина многорожавшая и живот дряблый, наклонный к отвисанію, то, при оцупываніи туловища плода, обѣ руки могут получить одинаковое впечатлѣніе мягкаго сопротивленія. Это может зависѣть от того, что обѣ руки одинаково вдавливают стѣнку матки и дѣлают вдавленіе только в околоплодной жидкости, не достигая частей плода. В рѣзкой формѣ это бывает при многоводіи, при котором иногда вовсе ничего нельзя прощупать, и только при повторном изслѣдованіи можно иногда натолкнуться на маленькія части, преимущественно в то время, когда онѣ дѣлают активныя движенія. Другой случай, когда спинка прощупывается труднѣе, бывает тогда, когда она, вслѣдствіе тяжести нѣсколько отвисающаго живота, находится в болѣе сильном сгибаніи. Это явленіе наблюдается обыкновенно тогда, когда головка или уже вступила в таз или начала в него вступать. Здѣсь ощущеніе недоступности туловища и неясное его прощупываніе зависит от того, что плод при этом нѣсколько выпрямляется и руки, наталкивающіяся на спинку, смѣщают ее и она ускользает из-под пальцев.

В таких случаях необходимо придерживаться выше-описаннаго приема *P i n a r d*, который состоит в том, чтобы не терять из виду связь и непосредственный переход очертаній задней поверхности головки в очертанія спинки.

Полезно помнить, что туловище (собственно спинка)

никогда не прощупывается параллельно средней линии матери: оно бывает наклонено в зависимости от положения матки, или от влияния движений конечностей плода.



Рис. 23. Объяснение рисунка (составлен. по P i n a g d). Туловище плода расположено поперечно, вследствие усиленного его сгибания, зависящего от дряблости матки, или от некоторого избытка вод и т. п. причин. Если сдавливать матку с боков, то плод несколько выпрямится, и подвижность туловища будет маскировать его очертания.

Наконец, боковыя смѣщенія матки могут перемѣщать ощущенія движеній конечностей и они будут обнаруживаться ниже, а самая спинка примет направление косвенное по отношенію к средней линіи матери. Если такое косвенное положеніе матки и длинной оси ея содержимаго выражено значительно, а головка еще не вошла в таз, то имѣются налицо условія, при которых могут образоваться различныя случайныя, в частности, лицевыя и поперечныя положенія.

Мы уже говорили, что большая часть лицевых предлежаній образуется перед самыми родами, и что первичное лицевое положеніе, констатированное за нѣсколько дней до родов, принадлежит к рѣдкостям, которыя считаются в литературѣ единицами. Мы не будем входить в объясненіе причин происхожденія этой аномаліи, потому что нам пришлось бы излагать только то, что имѣется в учебниках акушерства, а это не входит в нашу задачу. Отмѣтим только, что если головка уже опустилась в таз в согнутом положеніи, то условія превращенія этого положенія в лицевое уже отсутствуют. С другой стороны, пока головка стоит подвижно над входом в таз, исключить возможность этого превращенія мы еще не можем, в особенности, если существуют условія благопріятствующія этому, будет ли это со стороны таза, или со стороны положенія матки, ея дряблости, или слабости брюшных стѣнок и т. п.

Данныя, добываемыя наружным изслѣдованіем при лицевых предлежаніях, получаются точно так же, как и при затылочных позиціях.

Изучая это положеніе, нетрудно убѣдиться даже на фантомѣ, что разогнутая головка должна образовать большую, круглую опухоль со стороны спинки плода. Если мы имѣем дѣло с задним видом лицевого положе-

нія, то на той стороні, гдѣ находится спинка плода, рука наталкивается на огромную круглую опухоль, вышолняющую весь вход в таз (см. рис. 24).



Рис. 24. Объясненіе рисунка. Задній вид второго (праваго) лицевого положенія (М. І. Д. Р.). На правой сторонѣ видна огромная опухоль (затылок). Она отдѣляется глубоким вдавленіем от спинки. Весь плод кажется длиннѣе, и дно матки стоит выше, чѣм при затылочном положеніи, потому что головка не опускается в т. з.

Другая рука прощупывает мягкое сопротивленіе шеи плода и, нѣсколько глубже, нижнюю челюсть. При переднем видѣ можно иногда прощупать всю нижнюю челюсть, в видѣ подковообразнаго тѣла (признакъ *V u d i n*).

При попытках прощупать туловище, рука не сразу достигает спинки, потому что она отдѣляется от стѣнки матки слоем околоплодной жидкости. В обоих случаях, т.-е. и при передних и при задних видах, выдающаяся часть затылка отдѣляется от поверхности спинки глубоким вдавленіем, и надо дѣлать нѣкоторыя усилія, чтобы прослѣдить переход очертаній головки в очертанія спинки. Условія, в которых находятся мелкія части, тѣ же, что и при затылочных предлежаніях, только движенія плода ощущаются нѣсколько выше. Это зависит отчасти от удлиненія длинной оси плода, вслѣдствіе разгибанія, отчасти от того, что ни одна из крупных частей плода еще не вошла в таз.

На спинкѣ, при лицевых положеніях, остистые отростки прощупываются хуже, потому что они, вслѣдствіе разгибанія шеи, не выступают вовсе ни на шеѣ ни на грудной части позвоночника (см. рис. 24); их можно еще иногда прощупать в поясничной области. Остистые отростки, противно тому, что бывает при затылочных предлежаніях, бывают обращены кпереди при задних видах лицевых положеній, потому что здѣсь только позиція опредѣляется по спинкѣ, а ея вид по подбородку—здѣсь взято другое основаніе для дѣленія. Крестец, при лицевых положеніях, можно прощупать так же, как и при затылочных.

Покончивши, таким образом, с описаніем ощупыванія при головных положеніях, потому что лобныя положенія, о которых мы не говорили, конечно не

могут встрѣтиться в тѣх случаях, когда можно обойтись без внутренняго изслѣдованія, а также и потому, что трудно доказать, чтобы такое положеніе было возможно



Рис. 25. Объясненіе рисунка. Передній вид второго лицевого положенія (М. I. D. A.). Выступ затылка прощупывается меньше, а нижняя челюсть болѣе, чѣм в случаѣ изображенном на рисункѣ 24.

или с достовѣрностью діагносцировано до начала родов¹⁾ мы перейдем к явленіям, наблюдаемым при предлежащих ягодичным концом.

¹⁾ Хотя, конечно, прощупывая головку, нетрудно отмѣтить ея недостаточное сгибаніе—руки будут останавливаться на одной высотѣ.

Изслѣдованіе начинается также, как при головных положеніях. Руки, изслѣдующія вход в таз, или не находят ничего—вход свободен, или наталкиваются на тѣло меньшее, чѣм головка, и не столь твердое, или наконец, встрѣтивши такое тѣло, замѣчают, что оно ускользает кверху, при попытках свести пальцы пад входом в таз и дѣйствительно позволяя их свести.

Если над входом в таз ничего нѣтъ, то надо тотчас итти в глубину таза и убѣдиться, что там нѣтъ головки. Убѣдившись, что ни в тазу ни над ним головки нѣтъ, переходят к ощупыванію туловища и по нему поднимаются вверх до дна матки, потому что головку теперь надо искать там. Во время этого ощупыванія туловища может случиться, что мы ничего не встрѣтим, но тогда не слѣдует останавливаться на этой части изслѣдованія, а лучше вернуться к нему, по нахожденіи головки в верхнем отдѣлѣ матки. Иногда головку прощупать сразу не удастся, потому что она лежит кзади, глубоко сбоку от позвоночника. В этом случаѣ может оказаться удобнѣе стать лицом к изслѣдуемой женщинѣ и переставить руки (см. рис. 27).

Иногда у первородящих головка помѣщается почти под реберным краем. Если она помѣщается на лѣвой сторонѣ позвоночника (как на рис. 27), то она может передавать пульсацію брюшной аорты.

Прощупываніе головки иногда значительно облегчается при изслѣдованіи в стоячем положеніи, по указанному выше способу. Баллотированіе головки во всѣх направленіях, за исключеніем продольнаго, т.-е. по оси младенца в том случаѣ, когда она пригнута, и когда толчки передаются всему плоду, твердость и округлость ея формы позволяют с увѣренностью сказать, что это именно и есть головка.

Отыскавши головку, отмѣчают в какой полови-
нѣ живота она находится. Она обыкновенно бывает



Рис. 26. Объясненіе рисунка. Передній видъ перваго (лѣваго) ягодичнаго положенія (S. I. S. A.). Ягодицы подвижны над входомъ в таз. Первый пріемъ изслѣдованія: обследуется входъ в тазъ (способъ Р и н а г d). Руки в этомъ случаѣ сводятся под плодомъ.

в сторонѣ противоположной той, гдѣ находится спинка. (См. рис. 26 и 27).

Если ощущение движений плода отмѣчается женщиной опредѣлительно внизу и на той же сторонѣ, гдѣ нахо-



Рис. 27. Объясненіе рисунка. Задній вид второго (праваго) ягодичнаго положенія (S. I. D. P.); положеніе рукъ при ощупываніи головки.

дится головка, то это подтверждает предположеніе о ягодичной позиціи и ея видѣ. Этот послѣдній признак

приобрѣтает, конечно, большее значеніе, если он отмѣчается самым изслѣдующим. Послѣ этого отыскивается спинка, по тѣм же правилам и помощью тѣх же приѣмов, как при головных положеніях, т. - е. отыскивается там, гдѣ головка переходит в очертанія спинки. Конечно, эта часть изслѣдованія ведется сверху вниз, т. е. в направленіи обратном тому, по которому оно продѣлывается при головных предлежаніях.

Дойдя до тазового конца, который помѣщается в данном случаѣ внизу, подвергают его болѣе тщательному обслѣдованію. Еще раз убѣждаются, что это не головка, для чего изслѣдуют очертанія этого тазового конца, пробуют его баллотированіе (оно возможно только в направленіи сгибанія и в направленіи разгибанія). При задних видах явленіе *ballottement* выражено яснѣе (*P i n a r d*). Обыкновенно таз плода опирается на край *linea innominata*, чаще около одной из *fossae iliacaе*, и большая часть ягодичнаго конца плода находится над входом в таз. Мы уже видѣли, что ягодичный конец обыкновенно нѣсколько отклонен в сторону, противоположную той, гдѣ находится головка: таким образом таз плода опирается болѣе на лѣвую половину таза матери при лѣвых, или первых позиціях, и на правую при правых, или вторых. Виды позицій опредѣляются по положенію нижних конечностей, по степени ясности прощупыванія спинки (иногда остистые отростки при передних видах), иногда по выдающейся оси крестца.

Понятно, что при ягодичном положеніи, если тазовой конец еще не вошел в полость таза, руки можно свести над его входом и лежащая часть при этом поднимется кверху. Если ягодицы уже вошли в

таз, то подвижность подлежащей части уменьшается, но окончательно, до самого начала родов, не исчезает.



Рис. 28. Объяснение рисунка. Передний вид первого (лѣваго) ягодичнаго положенія (S. I. S. A.). Тазовой конец плода хотя и вошел в таз матери, но его можно оттуда приподнять помощью наружных, или внутренних приѣмов.

Мы уже упоминали выше, что выдающаяся поясничная часть позвоночника (матери) вдавливает зад-



Рис. 29. Объяснение рисунка. Передний вид первого (лѣваго) поперечнаго положенія (T. S. A.). Головка здѣсь могла проскользнуть в лѣвую *fossa iliaca*, и это положеніе могло образоваться из перваго затылочнаго. Спинка плода обращена прямо вперед и расположена удобно для прощупыванія остистых отростков.

ною стінку матки, и должна служити умовіем не благопріятельствующим приспособленію плода спишкою



Рис. 30. Объясненіе рисунка. Задній вид перваго (лѣваго) поперечнаго положенія (Т. S. P.). Головка в лѣвой *fossa iliaca*. Эта позиція могла произойти из задняго вида второго головнаго (напр., затылочнаго) положенія.

кзади, потому что спишка тоже вышукла, как и выступ позвоночника. Поэтому, если брюшныя стѣнки не расслаблены, как, напр, у первородящих, и живот не

отваливается впереди, то имѣются условія, благопріятствующія образованію передних видов.



Рис. 31. Объясненіе рисунка. Передній вид перваго (лѣваго) (Т. С. А.) поперечнаго положенія при началѣ родовъ тотчас по истеченіи вод. Туловище плода приняло болѣе продольное положеніе (ср. с рис. 29).

Опредѣленіе поперечныхъ положеній производится такъ же, какъ и опредѣленіе продольныхъ. Уже самая форма живота обыкновенно бросается въ глаза. Животъ растянутъ, главнымъ образомъ, въ поперечномъ направленіи, и с

перваго взгляда* можно подумать даже о двойнях. Ощупываніе показывает полное отсутствіе подлежащей части: вход в таз и его полость совершенно свободны. Концы ощупывающих рук могут быть сведены над входом в таз. Уже при ощупываніи входа в таз рука может натолкнуться, в одной из *fossa iliaca*, на головку.

Убѣдившись, что вход в таз свободен, и переходя к ощупыванію боковых частей матки, мы можем натолкнуться на головку в лѣвой или правой подвздошной ямкѣ. Если бы это не удалось, мы стали бы искать ее вверху около дна матки и, убѣдившись, что ея там нѣтъ, должны бы были возвратиться к обследованію боковых частей, гдѣ и нашли бы ее наконец. Опредѣливши положеніе головки, и отыскивая спинку, мы можем встрѣтить два случая: или спинка доступна, когда она обращена кпереди (передніе виды), в этом случаѣ иногда очень ясно прощупываются остистые отростки позвонков, а мелкія части плода вовсе не попадают; или, напротив, сопротивление спинки отсутствует, а мелкія части попадают легко, когда вид задній.

Сокращенія матки перемѣщают к средней линіи тот полюс плода, который болѣе нарушает симметрію матки, и плод может расположиться совершенно поперек: головка поднимается в верхній отдѣл *fossae iliacaе* и может даже помѣститься на краю *ossis ilei* (см. рис. 29). Но обыкновенно головка помѣщается в самом глубоком мѣстѣ *fossae iliacaе*, а ягодичный конец поднимается выше края соответственной подвздошной кости, так что туловище плода принимает болѣе или менѣе косвенное положеніе.

При наступленіи родов, когда пузырь лопнет, тазовой конец плода обыкновенно приподнимается и приближается к средней линіи (см. рис. 31).

Многоплодная беременность.

Опредѣленіе многоплодной беременности всегда представляло трудности, и самая постановка діагностики в этих случаях заключает в себѣ нѣкоторую условность: признаков несомнѣнных очень немного, почему ошибки в этом случаѣ и в настоящее время допускаются большинством авторов.

80-тилѣтній *Sarison*, послѣ пятидесяти лѣтъ акушерской практики и преподавательской дѣятельности, говорил проф. *Rajot*: «Друг мой, есть только один вѣрный способ узнать, что женщина беременна двойнями,—когда видишь, что уже родился один ребенок и ощупываешь в животѣ другого, тогда можно быть увѣренным, что их было два»¹⁾. Конечно, в настоящее время это замѣчаніе уже нельзя принять цѣликом, и этим мы обязаны, главным образом, усовершенствованію методов ощупыванія и аускультациі.

Один из первых признаков, который наводит на предположеніе о многоплодной беременности, это большой объем живота, не соотвѣтствующій сроку беременности (точное опредѣленіе объема живота будет описано в главѣ об измѣреніи). Если увеличеніе живота зависит от увеличенія матки, то может быть только четыре случая: или это пузырный занос, но тогда будут налицо различные симптомы: кровотеченіе, быстрый рост и т. п., и это вообще случай очень рѣдкій; или это будет опухоль, новообразованіе в стѣнкѣ матки, или по ея сосѣдству; или *hydramnios*—многоводіе; или наконец многоплодная беременность.

¹⁾ *Rajot*, loco citato, pag. 58.

На пузырном заносѣ мы останавливаться не будем, потому что данныя, добываемыя при этом осложненіи путем ощупыванія, уже по физическим условіям очень близки к тому, что бывает при многоводіи. Присутствіе интерстиціальной фибромы исключается ощупываніем, во время сокращеній матки. При этом фибромы выпячиваются и прощупываются яснѣе, а части плода, вслѣдствіе твердости маточной стѣнки, не ощупываются вовсе. Затрудненіе может быть в том случаѣ, когда опухоль находится в задней стѣнкѣ матки и прощупыванію не доступна. Здѣсь помогает діагностикѣ то, что такая огромная опухоль, которая могла бы навести на мысль о двойнях, разумѣется была бы замѣчена больною до беременности и вообще дала бы себя знать в анамнезѣ.

Практически чрезмѣрное увеличеніе живота заставляет чаще всего думать или о многоводіи или о многоплодіи. В обоих случаях имѣется несоотвѣтствіе размѣров матки с возрастом беременности и в обоих случаях имѣется склонность к досрочному наступленію родов. Отечное состояніе нижней части живота и в особенности наружных половых частей, а нерѣдко и нижних конечностей и *regionis pubis*, может быть наблюдаемо в обоих случаях. Раннее появленіе отека указывает на двойни (A h l f e l d). Развитіе вен то же. Особенности, отличающія многоводіе, состоятъ в округлости очертаній маточной опухоли, в присутствіи флюктуации (потому что стѣнки матки истончены), в трудности и даже невозможности прощупать какую-нибудь часть плода; в чрезмѣрной подвижности плода, когда его удастся найти; в чрезвычайной измѣчивости мѣста, гдѣ чувствуются движенія плода; наконец, в субъективных ощущеніях женщины, которая не чув-

ствует облегченія в концѣ беременности, потому что предлежащая часть в таз не опускается.

При многоплодной беременности ощупываніе начинается так же, как и в других случаях: обследуется вход в таз и его полость. Если в полости таза встрѣчают предлежащую часть, напр. головку, а дно матки стоит на той же высотѣ, как при девятимѣсячной беременности, то ясно, что та часть плода, которая прощупывается в днѣ матки, не может принадлежать тому плоду, котораго головка находится в тазу, потому что в таком случаѣ плод был бы слишком длинен.

Болѣе точные выводы из ощупыванія требуют знакомства с тѣми положеніями, в которых встрѣчаются плоды при многоплодной беременности.

Расположеніе младенцев при тройнях и при большем числѣ плодов еще не изучено и толковать об этом вопросѣ было бы преждевременно при имѣющихся теперь данных. Вопрос о расположеніи плодов при двойнях изучен лучше. Здѣсь возможны три случая: 1) оба плода расположены продольно, один в правой половинѣ, другой в лѣвой половинѣ матки; 2) один плод располагается ниже другого и в 3) один плод находится спереди другой сзади.

Наиболѣе частое расположеніе продольное, при чем или оба плода находятся в головных положеніях, или один в головном, а другой в ягодичном; в послѣднем случаѣ тот, который находится в ягодичном положеніи, чаще родится первым. При продольных положеніях наблюдается общій закон, что спинки плодов обращены кнаружи, обыкновенно в разныя стороны, хотя бывает, что обѣ спинки обращены в одну сторону, но никогда плоды не располагаются так, чтобы спинки их соприкасались.

Если, при продольном положеніи обоих плодов, подлежащая часть одного из плодов уже опустилась в таз, то соответствующая ему половина дна матки стоит ниже другой половины. Нерѣдко при этом на днѣ матки можно ощупать вдавленіе, соответственно границѣ между обѣими плодовыми яйцами. Это вдавленіе может напоминать то, которое мы описали при объясненіи происхожденія нѣкоторых видов поперечнаго положенія, зависящих от врожденной особенности матки (зачаточная двурогость ея). Величина и расположеніе маточной опухоли выясняют дифференціальную діагностику; вдавленіе от этой причины при *hydramnios* еще наблюдаемо не было, но теоретически допустимо.

Другой случай, когда плоды расположены один над другим. Если бы оба плода находились в продольном положеніи, то для них нехватало бы мѣста в брюшной полости: матка должна была бы упереться в діафрагму и даже подняться выше ея, что очевидно, невозможно и никогда не бывает (при доношенных плодах). Возможны и дѣйствительно наблюдаются три случая: или 1) оба плода расположены один над другим в поперечном положеніи, или 2) один находится в поперечном положеніи, вверху, а другой в продольном внизу, — они расположены в видѣ буквы T (*V u d i n*), или наконецъ тоже в видѣ буквы T, только поставленной вверх ногами \perp , т.-е. верхній плед находится в продольном, а нижній в поперечном положеніи.

Расположенные в поперечныхъ позиціях плоды при этомъ слѣдуютъ общимъ законамъ и передніе виды встрѣчаются чаще заднихъ. Если оба плода расположены поперечно и головки ихъ находятся в противоположныхъ сторонахъ живота, то по движеніямъ нижнихъ конечностей и расположенію головокъ можно подумать, что оба плода

лежат продольно; один в головном положеніи, а другой в ягодичном. Сообщая боковыя движенія одному из плодов, можно узнать, передаются ли толчки находящейся на одной высотѣ крупной части (по продольной оси поперечно лежащаго плода). Иногда удобнѣе фиксировать то, что принимают за плод, помѣстивши объ руки на оба его полюса, а помощнику поручить перемѣщать одну из крупных частей, которую считают принадлежащей другому плоду. Во всяком случаѣ, если одна из головок еще не вошла в таз, то показуется тщательно исключить возможность поперечнаго положенія обоих плодов прѣжде, чѣм выводить заключеніе об их расположеніи. Если плоды расположены в видѣ Т, то предлежащая часть того из них, который расположен продольно, может быть найдена опустившеюся в таз, чего при расположеніи J конечно не будет.

При расположеніи плодов одного спереди, а другого сзади выслушиваніе тонов находящагося сзади младенца может быть совершенно невозможным. При этом расположеніи живот значительно выпячивается вперед, а ощупываніе передняго плода может быть облегчено.

В и d i п обратил вниманіе на чрезвычайную иногда затруднительность ощупыванія частей плодов при двойнях. По истеченіи вод, это ощупываніе может быть значительно облегчено.

Что многоплодную беременность можно смѣшать с различными формами уродов, это понятно само по себѣ, но данных для опредѣленія, путем ощупыванія, присутствія урода мы не имѣем, и если это осложненіе опредѣляют иногда зараннѣе, то совершенно случайно.

Резюмируя производство ощупыванія при многоплодной беременности, отмѣтим главные моменты,

Ощупываніе начинается с изслѣдованія входа в таз. Если в тазу находится подлежащая часть, то, отправляясь от нея, стараются отыскать спинку и противоположный полюс плода. Нащупав один плод, обслѣдуют остальную часть живота и, найдя другую головку, стараются выяснить положеніе другого плода, отыскивая его спинку и постоянно провѣряя результаты помощью аускультации.

Опредѣленіе мертваго плода.

Все вышеизложенное относилось к ощупыванію живого плода и предполагалось, что при изслѣдованіи всякій раз находились явныя доказательства жизни плода, в видѣ активных его движеній и т. п.

Признаков, указывающих на смерть плода и добываемых ощупываніем, весьма немного. В первой половинѣ беременности она констатируется повторным изслѣдованіем и выражается остановкой роста маточной опухоли (точнѣе размѣры опредѣляются измѣреніем). Величина матки не соотвѣтствует возрасту беременности; консистенція матки может быть твердая, как дерево, что указывает на готовящійся выкидыш, или, напротив, совершенно мягкая, так что контуры матки отыскать трудно. Во второй половинѣ беременности можно наблюдать всасываніе околоплодной жидкости (P i n a g d) и постепенное исчезновеніе контуров плода; иногда можно наблюдать костную крепитацию от тренія черепных костей (признак N e g g i), или ощущение пергамента (A h l f e l d). Мацерация плода сопровождается перегибаніем его туловища. Иногда бывает необыкновенная мягкость контуров матки, так что ее почти невозможно

прощупать. Это зависит от отсутствія сокращеній матки.

Очень поучительный примѣръ этого явленія представляет случай P i n a r d.

Утром Проф. T a g n i e r изслѣдовал больную и ничего не мог прощупать у нея в животѣ: он достигал до *pro-montorium* и не было возможности прощупать матку. У этой женщины регулы отсутствовали девять мѣсяцев. Вечером P i n a r d и B u d i n, изслѣдуя эту женщину, во время практических упражненій со студентами, констатировали во время ощупыванія живота матку которая сначала не была замѣтна, но достигала пупка и стала ясно прощупываться вслѣдствіе сокращеній под вліяніем ощупыванія; больную снова отправили в Maternité и Проф. T a g n i e r принял ее в родильное отдѣленіе. На другой день Проф. T a g n i e r опять не удалось вызвать сокращеній этой матки а также прощупать ее. Вечером C h a m p r e t i e r d e R i b e s тогда еще совсѣм молодой человек, нашел то же, что P i n a r d и B u d i n, т.-е. матку, доходящую до пупка, а через два дня женщина эта разрѣшилась мертвым мацерированным плодом в 33 сантиметра длины и 640 gr. вѣсу.

Этот случай поучителен по трудности постановки діагностики: здѣсь плод умер мѣсяцѣм на шестом, и послѣ его смерти прошло, по крайней мѣрѣ, три мѣсяца.

В теченіе перваго мѣсяца послѣ смерти плода, даже если он мацерируется, его все-таки можно бывает иногда прощупать, как это нам пришлось встрѣтить (во второй половинѣ беременности) в прошлом семестрѣ (осень 1896), хотя измѣненія, зависящія от мацерации, могут быть уже значительно выражены даже через 10 дней послѣ смерти плода. Чѣм моложе плод, тѣм явленія эти совершаются скорѣе.

Вообще діагностика смерти плода представляет много трудностей, и вѣрных признаков ея очень немного. Они сводятся к измѣненіям, зависящим от разложенія плода, и выражается мацерацией или мумификаціей

его. В тѣх случаях, когда плод подвергается гніенію, діагностика конечно упрощается (тимпанія, зловоніе). Выдѣленіе молозива в значительном количествѣ считается за один из признаков смерти плода. Прекращеніе беременности вслѣдствіе родов или вслѣдствіе смерти плода всегда сопровождается сильным нагрубеніем грудей. Послѣ родов это наблюдается главным образом на третій день; послѣ смерти плода не родившагося явленіе это появляется немного раньше, но в концѣ беременности тоже на третій день. Постепенное исчезновеніе внѣшних признаков беременности тоже относится к признакам смерти плода.

Нѣкоторыя другія данныя, добываемыя ощупываніемъ во время беременности.

Кромѣ опредѣленій положенія плода и его частей, ощупываніе может дать нѣкоторыя указанія также о подробностях, относящихся к плодному яйцу и его частям. Мы уже сказали, что при многоплодной беременности иногда удается найти границу между двумя плодными мѣшками; но ощупываніе может еще дать указанія о том, гдѣ находится *placenta*. Если *placenta* попадает между изслѣдующими пальцами и плодом, то она нѣсколько мѣшает изслѣдованію, затрудняя отыскиваніе мелких частей плода, как это должно быть, напр., в случаѣ, изображенном на рис. 22, хотя вліяніе это ничтожно. Прямо прощупать дѣтское мѣсто не представляется возможным. Даже тогда, когда оно помѣщается между ощупывающей рукой и таким твердым тѣлом, как головка, все вліяніе его ограничивается ощущеніем мягкости, маскирующей очертанія головки.

Положеніе круглых маточных связок, которыя почти

всегда можно прощупать, а также и мѣсто прикрѣпленія труб, как это указал L e o r o l d, дает довольно прочную точку отправленія для опредѣленія мѣста, гдѣ находится *placenta*. Если дѣтское мѣсто прикрѣпляется к передней стѣнкѣ матки, то, развиваясь, оно растягивает эту стѣнку, которая, быть-может, даже принимает большее участіе в разрастаніи этого органа вслѣдствіе беременности. Результатом этого является большее разстояніе между точками прикрѣпленія круглых маточных связок и большая их длина: онѣ прощупываются в видѣ длинных тяжей, идущих до самых углов матки, как это можно видѣть на имѣющемся у меня препаратѣ матки с дѣтским мѣстом, прикрѣпленным к передней стѣнкѣ матки (женщина погибла от *placenta praevia*). Если *placenta* прикрѣпляется к задней стѣнкѣ матки, то круглыя связки представляются болѣе короткими, а разстояніе между ними меньше.

Если, как это бывает чаще, *placenta* прикрѣпляется к боковой части, то угол образуемый прикрѣпленіем трубы, которую также можно прощупать, и круглой маточной связкой, бывает менѣе острый, а соответственная круглая связка длиннѣе и прощупывается лучше, как это видно на нашем рис. 22, гдѣ правая связка нарисована даже слишком толстою. Однако метод этот допускает ошибки.

Ощупываніе во время родовъ.

Ощупываніе во время родов может быть производимо во всѣх трех періодах.

В періодѣ раскрытія оно дает немного указаній; в періодѣ изгнанія плода, а в особенности в послѣдовом

періодъ, данныя, добываемыя наружным изслѣдованіемъ, представляются особенно цѣнными.

В періодъ раскрытія, по твердости матки можно судить о силѣ схватокъ, об ихъ періодичности и характерѣ (слабость, судорожность и т. п.). В промежуткахъ между схватками можно убѣдиться в степени опущенія предлагающей части и опредѣлить позицію и ея видъ, но судить о степени раскрытія маточнаго зѣва нельзя, и этотъ вопросъ рѣшается внутреннимъ изслѣдованіемъ. Наружное изслѣдованіе можетъ дать только общее представленіе о положеніи маточнаго зѣва и того мѣста, гдѣ его можно найти при внутреннемъ изслѣдованіи, потому что это положеніе измѣняется при смѣщеніяхъ матки.

При началѣ родовъ, в періодъ раскрытія, сокращенія маточной мышцы становятся сильнѣе и сопровождаются болью. Это такъ-называемыя родовыя схватки или потуги. Во время потуги матка становится совершенно твердою и принимаетъ болѣе округлую форму, такъ что уже глазомъ можно отмѣтить, что животъ какъ бы нѣсколько выпячивается. Если матка во время схватки принимаетъ совершенно шарообразную форму, то это можетъ указывать на избытокъ водъ, на отвислый животъ, на поперечное положеніе плода, на многоплодіе и т. п., т.-е. вообще есть указаніе неблагопріятное; если, напротивъ, на высотѣ схватки матка имѣетъ правильную грушевидную или яйцевидную форму, то это указываетъ на продольное положеніе, на умѣренное количество водъ и разсматривается какъ условіе, предсказывающее скорые и благополучные роды (W i g a n d).

Чѣмъ правильнѣе и симметричнѣе представляется грушевидная форма матки во время потуги, тѣмъ лучше, потому что это указываетъ на равномерное сокращеніе маточной мышцы. В противоположность этому, если

одна половина матки представляется в видѣ выступа, или не вся ея поверхность имѣет одинаковую консистенцію, то это указывает или на неправильное положеніе плода или на неправильности маточных схваток. Правильныя схватки характеризуются тѣм, что онѣ всегда чередуются с паузами, т.-е. послѣ сокращенія маточной мышцы наступает отдых, во время котораго она бывает совершенно расслаблена. Если расслабленіе не распространяется на всю маточную мышцу и часть ея начинает сокращаться в то время, когда другая еще расслаблена, то это неправильная схватка.

Отдѣльныя схватки появляются в послѣдніе дни беременности; иногда за недѣлю и ранѣе (чаще по утрам), но до тѣх пор, пока промежутки между схватками не сдѣлаются совершенно правильными, еще нельзя говорить о началѣ родовой дѣятельности. При началѣ родов обыкновенно дѣло происходит так. Схватки начинают повторяться через час, через 40 минут, через полчаса. Каждая схватка развивается постепенно, и когда матка сдѣлается совершенно твердою, почти как дерево, то женщина ощущает боль. Такое состояніе вещей продолжается полминуты, 40 секунд, рѣдко до одной минуты, затѣм постепенно наступает пауза: боль исчезает и матка становится мягкою. Через нѣкоторое время и чѣм ближе к родам, тѣм скорѣе начинается новая схватка. Обыкновенно принимают, что роды начались, если схватки появляются через полчаса и этот промежуток времени с каждой схваткой уменьшается, доходя до 5 минут во время энергической родовой дѣятельности. Сила и продолжительность потуг опредѣляется рукой, положенной на живот женщины; а время отмѣчается по часам.

Если потуги продолжаются болѣе минуты, а тѣм

болѣе, если паузы становятся при этом очень короткими и во время их матка сохраняет нѣкоторую консистенцію, а женщина продолжает испытывать характерную для потуг боль, то такіа схватки носят названіе судорожных и от них до тетаніи матки один шаг. Такія схватки истощают изгоняющія силы и могут повести к различным осложненіям как во время изгнанія плода, так и періодѣ послѣдовом.

В періодѣ изгнанія плода ощупываніем можно иногда отмѣтить момент лопанья пузыря и излитія вод. При относительном многоводіи и, в особенности при двойнях и при настоящем *hydramnios*, по излитіи вод, отыскиваніе частей плода может значительно облегчиться и можно иногда прощупать позицію плода, которую вовсе не удавалось найти, вследствие вышеприведенных причин. Если количество излившихся вод значительно, то поверхность матки становится неровною, потому что на ней отражается форма заключеннаго в ней плода. Это явленіе выступает рѣзче при полном излитіи вод (напр., при переречных положеніях и вообще, когда подлежащая часть не закупоривает отверстія матки). При повторном изслѣдованіи входа в таз и его полости, можно слѣдить за степенью опусканія подлежащей части, напр. головки; иногда можно даже отмѣтить внутренней ея поворот, хотя, конечно, за механизмом родов и его подробностями удобнѣе и точнѣе можно слѣдить помощью внутренняго изслѣдованія. Вхожденіе плечиков в полость таза обыкновенно тоже удается прослѣдить. Практическое значеніе имѣет опредѣленіе того мѣста, гдѣ маточная стѣнка растягивается всего больше, и положеніе границы этого наиболѣе истонченнаго мѣста маточной стѣнки. Граница эта носит названіе кольца сокращенія (*Bandl*), и

при родах патологических может вліять на показанія и предсказаніе. Собственно здѣсь никакого кольца не образуется, а это только то мѣсто, гдѣ находится граница между тою частью матки, которая сокращается и гонит плод, и тѣм мѣстом, которое только растягивается и пропускает его.

Вслѣдствіе особенностей расположенія волокон маточной мышцы, которое характеризуется преобладаніем круговых, кольцеобразно расположенных волокон в шейкѣ матки и обиліем продольных и косвенно расположенных в тѣлѣ и днѣ ея, сокращенія этих волокон должны выражаться различными послѣдствіями. Мышечныя волокна расположенныя исключительно в одном направленіи, напр., круговыя волокна шейной части матки, должны болѣе утомляться, чѣм волокна остальной части этого органа, потому что, при разнообразном расположеніи этих волокон, явленія сдавленія (и затрудненія в кровообращеніи) должны на них вліять менѣе и они должны легче возстановлять свои силы послѣ cadaго сокращенія. Поэтому кольцевыя волокна шейной части матки должны постепенно растягиваться, вслѣдствіе сокращеній матки. Когда предлежащая часть начинает вступать в этот отдѣл матки, условія для утомленія этих волокон еще болѣе увеличиваются, потому что растянутая шейка и во время промежутков между сокращеніями все-таки остается растянутой. По мѣрѣ опусканія предлежащей части, напр. головки, наибольшему растяженю подвергается то мѣсто, которое соотвѣтствует ея наибольшему діаметру. Маточная стѣнка, находящаяся непосредственно выше этого мѣста, продолжает сокращаться; ея толщина должна увеличиваться, потому что содержимое ея полости уменьшается; кромѣ того, продольныя волокна,

сокращаясь, перетягивают часть маточной ткани выше границы этого наиболее широкаго мѣста подлежащей части. В результатѣ при ощупываніи получается как бы перехват, отдѣляющій ткань той части маточной мышцы, которая гонит плод от того ея мѣста, которое его только пропускает. Матка как бы слѣзает с подлежащей части и стремится подняться, сползти выше ея. Понятно, что чѣм выше поднимается граница истонченной части маточной стѣнки, тѣм больше должно быть истонченіе (если плод не подвигается, напр., если есть препятствіе для родов). Явленіе это было отмѣчено еще *Mikaelis*¹⁾, который думал, что при этом весь или почти весь плод помѣщается в растянутом влагалищѣ, и если головка еще не вступила или не может вступить в таз, то являются условія для разрывов. Заслуга *Vandl*²⁾ состоит в том, что он доказал, что плод в это время находится не во влагалищѣ, как думал *Mikaelis*, а в нижнем отдѣлѣ матки, главным образом ея шейной части, и что эта часть обыкновенно и разрывается при разрывах матки, зависящих от этой причины.

Явленіе это проще всего объясняется расположеніем мышечных волокон матки, если признать вѣрным то расположеніе этих волокон, которое описано *Sappey*³⁾, а практически выражается ясно прощупываемой границей между верхним утолщенным и болѣе плотным отдѣлом маточной стѣнки и нижним растя-

¹⁾ *Mikaelis*. Das enge Becken. Herausgegeben von Litzmann. Leipzig 1865, pag. 176.

²⁾ *Ludwig Vandl*. Ueber Ruptur Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien 1875.

³⁾ *Sappey*. Traité d'anatomie descriptive. Paris. 1889, t. IV.

нутым и истонченным во время прохожденія плода. При нормальных родах это так-называемое кольцо *Bandl* или кольцо сокращенія постепенно приподнимается по мѣрѣ опусканія и прорѣзыванія частей плода. При нормальных родах граница эта (кольцо сокращенія) выражена не рѣзко и наблюдается постепенный переход верхняго утолщеннаго отдѣла маточной стѣнки в нижній утонченный; его можно и не найти вовсе. Напротив, при суженіях таза и вообще при препятствіях, встрѣчаемых подлежащею частью в родовом каналѣ, оно тотчас становится ясно ощутимым.

Если поступательное движеніе плода останавливается, то кольцо может продолжать подниматься, и чѣм выше оно при этом поднимается, тѣм хуже и тѣм серьезнѣе осложненіе родов. Чѣм рѣзче граница прощупываемаго утолщенія маточной стѣнки, тѣм больше растяженіе нижележащаго отдѣла и тѣм слѣдовательно больше препятствіе, мѣшающее опущенію плода.

Верхняя граница дна матки не может рѣшать вопроса о поступательном движеніи плода, потому что между находящеюся вверху частью плода и стѣнкою матки помѣщается околоплодная жидкость и верхній полюс плода, по мѣрѣ хода родов, отдѣляется от дна матки слоем воды, который передает ему давленіе дна матки.

Самое ощупываніе производится по тѣм же принципам, как и во время беременности. Обыкновенно, при началѣ родов, дно матки бывает нѣсколько смѣщено вправо и сама матка повернута вокруг своей оси так, что лѣвый ея край нѣсколько обращен впереди, что замѣтно по положенію лѣвой круглой связки при первой затылочной позиціи. Кольцо сокращенія поднимается выше на лѣвой сторонѣ, и лѣвая круглая связка вытягивается

больше правой,—она становится длиннѣе, хотя разстояние между кольцом сокращенія и мѣстом прикрѣпленія круглой связки при этом не должно мѣняться и, повидимому, дѣйствительно не мѣняется. В это время судить по длинѣ круглой маточной связки о предполагаемом мѣстѣ нахождения послѣда нельзя.

Ощупываніе въ послѣдовомъ періодѣ.

В послѣдовомъ періодѣ наружное изслѣдованіе дает самое точное представленіе об отдѣленіи послѣда, осложненіях, которыя сопровождают этот процесс, а также и о том отдѣлѣ родовых путей, гдѣ в данный момент находится *placenta*.

Отдѣленіе послѣда происходит вслѣдствіе сокращенія матки и уменьшенія поверхности, к которой прикрѣпляется дѣтское мѣсто. В *a u d e l o s q u e* отличал два типа отдѣленія послѣда: по первому, болѣе часто встрѣчающемуся типу, дѣтское мѣсто отдѣляется сначала в центрѣ и поверхность послѣда, обращенная к плоду, выходит первою; по второму типу дѣтское мѣсто отдѣляется с краю и край его рождается первым. Но это было еще в двадцатых годах нынѣшняго столѣтія ¹⁾, в настоящее время описаніе *B a u d e l o s q u e* забыто, и принято первый тип отдѣленія послѣда называть, по *S c h u l t z e*, а второй по *D u n s a n' u*, хотя сущность дѣла от этого не измѣнилась.

Отдѣленіе послѣда по первому типу (по *S c h u l t z e*, первый тип *B a u d e l o s q u e*), начинается с центра плаценты и, по мѣрѣ ея отдѣленія, между нею и стѣнкой матки образуется кровяной сгусток, который

¹⁾ *B a u d e l o s q u e*. L'art des accouchements. Paris 1820, sixième édition. t. I, pag. 395.

передает краям давление, производимое сокращениями матки (см. рис. 32). Сначала отдѣляется дѣтское мѣсто, а за ним начинается отдѣленіе оболочек, которыя отдираются кровяным сгустком, который образуется между стѣнкою матки и материнскою поверхностью дѣтскаго мѣста. Постепенно плодная поверхность *placentae* опускается в шейный канал матки (собственно в тот отдѣл, который был ниже кольца сокращенія) и, наконец, весь послѣд оказывается в этом нижнем отдѣлѣ матки (см. рис. 33).

Но не всегда дѣло идет так гладко, как изображено на рис. 33; иногда дѣтское мѣсто уже перемѣстилось в нижній отдѣл и матка приподнялась, а в полости ея еще остается часть неотдѣлившихся оболочек. В таком случаѣ всякая попытка вытянуть послѣд может имѣть слѣдствіем оставленіе оболочек в полости матки, т.-е. явленіе вовсе нежелательное; такой случай изображен на рис. 34.

Отдѣленіе послѣда по второму типу *Vau de l'oc que*, по так-называемому *Dupis* аповскому типу, совершается слѣдующим образом. Послѣд начинает отдѣляться с края дѣтскаго мѣста, и *placenta* располагается вдоль полости матки. Кровь, которая при первом типѣ находилась позади послѣда и наружу вытекать не могла, в этом случаѣ, течет во все время отдѣленія послѣда. Матка стоит на той же высотѣ, т.-е. на уровнѣ пупка и даже ниже его (*Pinard*). Она представляется не столь округлой, как в первом случаѣ, и принимает болѣе продолговатую форму, которую сохраняет и тогда, когда дно матки поднимается выше пупка т.-е., когда *placenta* уже опустится в нижній отдѣл матки.

Естественно, что оба эти типа могут быть выражены

не так резко, как мы их описали, и что возможны различные модификации, вследствие комбинации их обонх;



Рис. 32. Объяснение рисунка ¹⁾. Первая наиболее частая форма отдѣленія послѣда, по так-называемому Schultze'вскому типу. *Placenta* уже отдѣлилась и держится на оболочках; между материнскою ея поверхностью и стѣнкою матки виден кровяной сгусток. Здѣсь дно матки помѣщается на уровнѣ пупка, или даже ниже его, как это и бываетъ тотчас по рожденіи плода. Только мѣсто прикрѣпленія пуповины опустилось ниже кольца сокращенія.

¹⁾ Schroeder und Stratz in Schroeder. Der schwangere und kreissende Uterus. Bonn 1886, pag. 96; fig. 35.

но мы не будем останавливаться на этих подробностях, потому что сказанного достаточно для производства



Рис. 33. Объяснение рисунка ¹⁾. Тот же тип отдѣленія послѣда как и на предыдущем рисункѣ (рис. 32). Дальнѣйшій стадій отдѣленія. *Placenta* помѣщается в нижнем источенном отдѣлѣ матки ниже кольца сокращенія. Кровяной сгусток тоже помѣщается внѣ главной полости матки которая сократилась и имѣет уже толстыя стѣнки. Дно матки приподнялось и стоит выше пупка.

¹⁾ По Schroeder ibid.

наблюденіи помощью наружнаго изслѣдованія в послѣдовом періодѣ родов.

Мы уже сказали, что тотчас послѣ родов матка находится или на уровнѣ пупка, или даже ниже его. Проф. P i n a r d на большом числѣ наблюдений убѣдился, что она даже всегда стоит ниже пупка. По

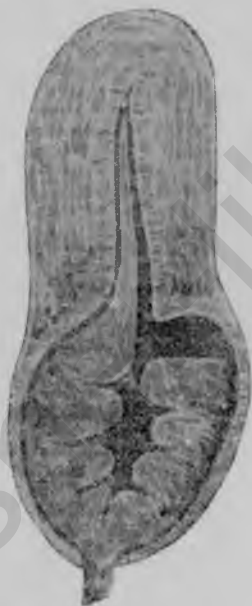


Рис. 34. Объясненіе рисунка. (Заимствован у P i n a r d.)
Placenta отдѣлилась и находится в шейкѣ ниже кольца сжатія, а оболочки еще в полости матки.

для этого необходимо, чтобы мочевоі пузырь был совершенно пуст и прямая кишка тоже. Нам приходилось чаще наблюдать дно матки, или выше пупка, или на его уровнѣ, тотчас послѣ рожденія младенца. Эта разница может, конечно, зависѣть от особенно-

стей того матеріала, которым пользовался проф. Ріпагд, но во всяком случаѣ практически можно принять, что тотчас по рожденіи плода, т.-е. при самом началѣ послѣдоваго періода, верхняя граница матки стоит на уровнѣ пупка. Очень рѣдко матка при этом помѣщается как раз по средней линіи. Обыкновенно



Рис. 35. Объясненіе рисунка. Послѣд отдѣляется не серединой, а краем: он отдѣляется по так-называемому Дипсовскому типу. *Placenta* еще находится в полости матки, хотя большая ея часть уже находится в шейной части.

венно она бывает смѣщена вправо. Пока в полости ея находится послѣд, матка так и остается на этом уровнѣ, приподнимаясь немного, вследствие незначительнаго растяженія ея полости кровью, скопляющеюся позади *placentae* (см. рис. 32); в это время она прощупывается в видѣ плотнаго, почти шарообраз-

наго тѣла, величиною в два кулака и становится тверже во время сокращеній. Если из половой щели течет в это время кровь, то матка принимает удлинненную, яйцевидную форму и тоже представляется плотной. Это бывает когда дѣтское мѣсто отдѣляется по типу, описанному Duplan. В таком положеніи дѣло остается нѣкоторое время, от 20 до 40—50 минут, а иногда и нѣсколько часов. Затѣм *placenta* перемѣщается в нижній отдѣл матки, а дно матки поднимается сантиметров на 5—6 над пупком (см. рис. 33). Когда вся *placenta* взойдет в нижній отдѣл и растянет его, то вслѣдствіе сокращеній матки этот нижній отдѣл расправляется и, становясь болѣе плотным, приподнимает тѣло и дно матки, чѣм собственно и объясняется описанное явленіе поднятія дна. В то же время, то мѣсто, гдѣ раньше находилось кольцо сокращенія, становится замѣтным в видѣ перехвата, отдѣляющаго тѣло и дно матки от нижняго ея отдѣла, в котором находится *placenta* (см. рис. 33 и рис. 36).

В этот момент *placenta* еще не находится в полости влагалища, но уже отдѣлилась совершенно; оболочки могут еще оставаться в полости матки (см. рис. 34).

Через нѣкоторое время дно матки начинает опускаться, но еще не доходит до пупка. Когда *placenta* помѣщается во влагалищѣ, то она все-таки продолжает приподнимать матку, потому что дѣйствует подобно влагалищному тампону. Когда послѣд находится во влагалищѣ, то границы перехвата видѣляются гораздо слабѣе и сама опухоль, зависящая от *placentae*, помѣщается в полости таза, ниже, чѣм в тот момент, который изображен на рис. 36. По истеченіи большаго или меньшаго промежутка времени, когда *placenta* совершенно спустится во влагалище и когда изслѣдующій палец

легко доходит до прикрѣпленія пуповины, или когда это прикрѣпленіе уже стало видным, ее удаляют по общим



Рис. 36. Объясненіе рисунка. Вид живота роженицы в то время когда дно матки приподнялось выше пупка (вслѣдствіе отдѣленія послѣда и перемѣщенія его в нижній отдѣл). Видно ясно двѣ опухоли: верхняя, состоящая из тѣла и дна матки, другая, отдѣленная от нея перехватом, нижняя, заключающая в себѣ *placenta*'у. Перехват между ними есть кольцо сокращенія. Матка немного только смѣщена вправо, но она может быть смѣщена, при этом, совершенно в боковую половину живота.

правилам, если раньше не было показаний к ее удалению, или она не выйдет сама. Принято ждать самопроизвольного отделения послѣда от получаса до цѣлаго часа. У нас в клиникѣ ждут 40 минут. Наблюдения показывают, что *placenta* может родиться сама и через нѣсколько часов, но ждать так долго практически не представляется удобным. Такое задержаніе послѣда, которое нельзя было бы устранить через нѣсколько часов, наблюдается только тогда, когда было примѣнено *secale cornutum*, или его препараты, о назначеніи коих во время родов полезно помнить совѣтъ R a j o t: «Лучше давать их только тогда, когда в маткѣ ничего нѣтъ».

Ощупываніем опредѣляются разныя осложненія послѣдоваго періода. Мягкость маточной стѣнки и увеличивающійся объем маточной опухоли могут указывать на кровотеченіе в полость матки.

Появленіе отдѣльной опухоли на поверхности матки может указывать на ущемленіе части послѣда в толщѣ маточной стѣнки,—на так-называемое *enchatonnement*. В тѣх случаях, гдѣ наблюдалось это осложненіе, оно развивалось послѣ назначенія спорыньи и ея препаратов. Удаленіе таких ущемленных долек требует большой осторожности, потому что стѣнка матки может быть очень истончена в этом мѣстѣ, и ее можно разорвать при ручном отдѣленіи.

Ущемленіе всего дѣтскаго мѣста в полости матки было наблюдаемо только послѣ неумѣтнаго назначенія спорыньи.

Ощупываніем контролируется консистенція матки во время послѣдоваго періода, а растираніем—массажем, способствуют ея сокращенію. Выдавливаніе послѣда описано во всѣх учебниках по акушерству, и в

нацу задачу не входит. Растирание матки и продолжительное придавливание ея к *symphysis* может контролировать нѣкоторыя формы атоніи маточной мышцы. Для этого (по рожденіи *placentae*), матка перегибается вперед, переводится в искусственную *anteflexio* и придавливается в перегнутом видѣ, вся *en masse*, к *symphysis*



Рис. 37. Объясненіе рисунка. Ущемленіе дольки послѣда в толщѣ маточной стѣнки *enchatonnement* (по Негролю).

ossium pubis. Такое придавливаніе производится до тѣх пор, пока возбуждающими средствами, обильными в нѣсколько стаканов клистирами горячей соленой воды, удерживаемыми в кишкѣ пальцами акушерки, зажимающей отверстіе *anus*, удастся выиграть время и добиться возвращенія пульса, послѣ сильных кровотеченій,

при полной дряблости матки¹⁾. Не знаю, описан ли способ такого продолжительнаго прижатія перегнутой матки, как метод лѣченія атонических кровотеченій, но у нас в клиникѣ он примѣняется около трех лѣтъ и выработан практически старшим ассистентом клинники, докторандом П а л ь х о в с к и м . Придавливаніе производилось иногда болѣе часа и ни разу не представилось надобности прибѣгать к придавливанію брюшной аорты, чтобы остановить послѣродовое кровотеченіе. Препараты спорыньи (*cornutin Kobert*) при этом примѣнялись только послѣ возстановленія пульса.

Послѣ рожденія послѣда дно матки помѣщается приблизительно на высотѣ пупка. Брюшныя стѣнки в это время представляются совершенно разслабленными, и через них чрезвычайно легко прощупываются кости таза, придатки матки и другія подробности. Такое состояніе вещей продолжается в теченіе первых дней, и даже первой недѣли послѣ родов. В это время очень удобно можно сдѣлать всякаго рода измѣренія таза, что, конечно, может имѣть значеніе только для провѣрки ранѣе добытых данных и для предсказанія при послѣдующих родах; в особенности, в случаѣ суженій таза оно не должно быть забываемо.

Мы уже видѣли, что послѣ рожденія послѣда матка находится на уровнѣ пупка; в первый дни послѣ родов она постепенно уменьшается, и к 9—10 дню дно ея находится на уровнѣ *linea innominata*. Обыкновенно принимают, что дно матки в первыя сутки опускается

¹⁾ В акушерских случаях мы пользуемся предпочтительно клистирами и прибѣгаем к подкожному впрыскиванію солянаго раствора только в случаях крайней надобности, и если успѣют прокипятить всѣ инструменты, что продолжается все-таки нѣсколько минут.

на один поперечный палец (2 сантиметра). Все расстояние между пупком и *symphysis* равняется 8-ми поперечным пальцам.

Это постепенное уменьшение матки составляет начало процесса ея инволюции, который заканчивается обыкновенно к концу шестой недѣли и болѣе подробное разсмотрѣніе котораго не входит въ нашу задачу, ибо он дает немного данных, добываемых одним наружным изслѣдованіем.

III.

ВЫСЛУШИВАНІЕ.

Акушерское выслушиваніе производится только во время беременности и во время родов; в послѣродовом состояніи акушеру выслушивать уже нечего.

Во время беременности выслушиваніе производится или в первой ея половинѣ, или во второй.

В первой половинѣ беременности данныя, добываемыя выслушиваніем, очень немногочисленны и относятся, почти исключительно, къ концу этого времени; во второй половинѣ беременности данныя, получаемыя выслушиваніем, имѣют огромное значеніе и могут вліять на показанія къ различнымъ серьезнымъ мѣропріятіямъ.

Совершенно не безразлично — выслушивать ли прямо ухом или помощью стетоскопа. Помимо побочных моментов: стыдливости женщины, чувства брезгливости врача и т. п. условій, выслушиваніе прямо ухом не позволяет вовсе услышать многое из того, что можно услышать помощью хорошаго стетоскопа. Есть много случаев, когда, напр., надавливая стетоскоп и отдавливая им околоплодную жидкость, можно услышать сердечные тоны плода в такомъ мѣстѣ, гдѣ прямо ухом ничего вовсе не слышно. Изолировать слуховыя впечатлѣнія, получаемыя от ограниченного мѣста, и устранить побочныя звуковыя впечатлѣнія от сосѣднихъ органов, напр. кишок, кровеносныхъ сосудов и т. п., возможно

только помощью стетоскопа; непосредственно ухом этого сдѣлать физически невозможно.

Для того, чтобы воспользоваться всѣми выгодами и преимуществами стетоскопа, необходимо имѣть хорошій инструмент. Стетоскоп, употребляемый в медицинской практикѣ, для акушерскихъ цѣлей совершенно не пригоден. Специальные, акушерскіе стетоскопы, к сожалѣнію, почти вышли из употребленія и ими еще пользуются только во Франціи. Вид этого инструмента нѣсколько отличается от употребительной формы стетоскопа, и представляется на первый взгляд стран-



Рис. 38. Объясненіе рисунка. Акушерскій стетоскоп. Модель употребляемая в Парижѣ (пріобрѣтен у С o l l i n).

ным, каким то старинным; но познакомившись ближе с его примѣненіем, нетрудно убѣдиться в его преимуществах.

Конусообразное расширеніе этого инструмента чрезвычайно напоминает трубку, употребляемую глухими для усиленія звука. Сравнивая ясность, с которой прослушиваются всякіе тоны с помощью этой трубочки, с тѣми впечатлѣніями, которыя получаются при пользованіи обыкновенным стетоскопом, разница в пользу этого инструмента получается замѣтная: в него слышно и яснѣе и громче, что для цѣлей акушерскихъ очень важно. В дальнѣйшем описаніи мы будем предполагать, что выслушиваніе дѣлается всегда стетоскопом и притом стетоскопом акушерским.

В концѣ первой половины беременности отмѣчаются три явлѣнія: 1) в срединѣ четвертаго мѣсяца появля-

ются дующіе материнскіе шумы; 2) в началѣ пятаго мѣсяца появляются сердечные тоны плода и наконец 3) в четвертом, пятом и началѣ шестого—толчок плода (*Choc foetal* Rajot). Изслѣдованіе двухъ первыхъ явленій будетъ рассмотрѣно при описаніи выслушиванія во второй половинѣ беременности, и мы ограничимся здѣсь описаніемъ явленія толчка плода.

Это любопытное явленіе было замѣчено проф. Р а j o t и не раз помогало ему ставить дифференціальную діагностику, при очень затруднительныхъ случаяхъ. Явленіе это зависитъ отъ активныхъ движеній плода, проявляющихся въ вышеуказанный промежутокъ времени, не ранѣе трехъ и не позднѣе шести мѣсяцевъ. Оно наблюдается при помощи стетоскопа слѣдующимъ образомъ: стетоскоп ставится посерединѣ выдающейся опухоли, которую принимаютъ за беременную матку; необходимо помѣстить трубочку совершенно перпендикулярно и, разъ оставив ее, не слѣдуетъ смѣщать ее во время выслушиванія и не надавливать ею сильно. Явленіе (*Choc foetal*) обнаруживается въ видѣ рѣзкаго толчка, сопровождаемаго небольшимъ шумомъ, и служитъ выраженіемъ такого движенія плода, которое тактильными ощущеніями пальцевъ еще не можетъ быть обнаружено. На пятомъ мѣсяцѣ его нетрудно наблюдать, особенно, въ концѣ этого мѣсяца; въ четвертомъ намъ до сихъ поръ это не удавалось.

Во второй половинѣ беременности аускультацией изслѣдуются два явленія: 1, шумы материнскіе и 2, сердечные тоны плода.

Выслушиваніе начинается съ разыскванія сердечныхъ тоновъ плода, потому что, находя ихъ тамъ, гдѣ, какъ мы предполагаемъ, находится сердце плода, мы можемъ подтвердить нашу діагностику, основанную на другихъ методахъ изслѣдованія.

Общее правило расположения сердечных тонов такое: их надо искать там, гдѣ мы предполагаем положеніе сердца плода; но есть мѣста, гдѣ они выслушиваются чаще. На передней поверхности живота, их рѣдко (развѣ при двойнях) можно слышать выше, чѣм на два поперечных пальца выше линіи, проведенной через пупок. Если предлежащая часть вступила в таз, то сердечные тоны выше пупка слышны быть не могут. Боковыя границы для аускультации тонов находятся на боковой поверхности живота, на передней аксиллярной линіи.

При передних видах позицій, тоны выслушиваются поверхности и лучше всего на передней поверхности живота; при задних надо глубоко надавить трубочку стетоскопа, чтобы их слышать, приставивши инструмент к передней поверхности живота. При задних видах сердечные тоны слышатся также сбоку живота, придавливая стетоскоп к тому мѣсту, гдѣ находится грудная клѣтка плода. Высота, на которой слышатся тоны, зависит от глубины стоянія предлежащей части. При головных и при ягодичных положеніях высота эта почти одинаковая.

При поперечных положеніях тоны слышны только ниже пупка.

Переходим к самому выслушиванію. Тоны младенца слышатся в видѣ частых ударов, очень похожих на то, что слышится, если помѣстить карманные (анкерные) часы под подушку, и слушать их стук через эту подушку.

При выслушиваніи сердечных тонов опредѣляется, прежде всего, есть они или нѣтъ. Вопрос этот мог бы показаться излишним, но наблюденія показывают, что сердечные тоны можно смѣшать с другими явленіями, и надо знать источники возможных ошибок.

Здѣсь на первом мѣстѣ стоит возможность смѣшать их с пульсаціей матери; для отличія необходимо одновременно с аускультацией тонов сердца плода сравнивать их с біеніем радіальной артеріи матери. Иногда источником ошибки может быть пульс самого изслѣдующаго, в особенности когда он стоит с наклоненной головой; в таких случаях надо сравнить число собственных пульсацій с тѣми, которыя прослушиваются; иногда, впечатлѣнія собственной пульсаціи можно устранить, перемѣстивши нѣсколько ушную раковину, приложенную к стетоскопу. Далѣе, изслѣдуют, сколько различных фокусов пульсаціи плода можно найти помощью выслушиванія, в особенности, если ставится дифференціальная діагностика многоплодія. Убѣдиться, что в двух мѣстах имѣются тоны различной частоты не так легко, как это казалось бы теоретически. Всего лучше, если пульсаціи двух отдѣльных плодов изслѣдуются двумя наблюдателями, и один из них считает вслух число слышимых им ударов. Если изслѣдующій один, то он должен при этом считать сердечные тоны в каждом мѣстѣ, по крайней мѣрѣ, минуту или полторы, иначе легко возможны ошибки. Число ударов плода бывает обыкновенно около 140 в минуту. У мальчиков число ударов меньше, чѣм у дѣвочек; но точных цифр дать для этого нельзя. Предполагают, что, если число ударов болѣе 144, то это указывает на плод женскаго пола; а если менѣе 135, то мужскаго. Важным представляется не только сосчитать число ударов, но найти то мѣсто или тѣ мѣста, гдѣ эти тоны слышатся всего яснѣе. Если позиція извѣстна в точности, то сдѣлать это очень легко; в противном случаѣ, иногда весьма затруднительно. Поэтому само по себѣ мѣсто, гдѣ слышатся сердечные тоны, для діагностических цѣлей есть

признак неудобный, но как проверка діагностики — прекрасный. Точки, гдѣ яснѣе прослушиваются сердечные тоны, перемѣщаются вмѣстѣ с перемѣщеніями плода, и по ним можно иногда судить об этом перемѣщеніи, а также и о том направленіи, в котором оно совершилось. Особенность сердечных тонов младенца — это раздвоенность тона: он слагается из двух тонов, раздѣленных очень коротким промежутком, за которым слѣдует нѣсколько большая пауза между двумя пульсаціями.

Если слышится біеніе пуповины, то слышны дующіе шумы с присвистом, совпадающіе по времени с сердцебіеніями плода. Такіе же дующіе шумы могут быть наблюдаемы и на мѣстѣ сердечных тонов плода и тогда они зависят от пороков развитія сердца.

Аускультационныя явленія, зависящія от материнскаго организма, бывают различнаго происхожденія. Мы уже сказали, что иногда слышится пульсація матери, но во время беременности существуют еще и особенные дующіе шумы, которые послужили исходной точкой разных теорій и истинное происхожденіе которых окончательно еще не выяснено, но которые имѣют несомнѣнное практическое значеніе. Повидимому, несомнѣнно, что шумы эти исходят из кровеносной системы матери, потому что они совпадают с ея пульсаціями. Эти дующіе шумы извѣстны под названіем плацентарных. Несомнѣнно, что они имѣют отношеніе к *placenta* и к расширенным сосудам около нея, потому что слышатся сильнѣе около мѣста ея прикрѣпленія. Правда, эти шумы наблюдаются и послѣ выхожденія плода, но это наблюдается не всегда, и факт этот—отсутствіе связи между этими шумами и мѣстом материнской *placenta*—доказать, конечно, не может. Практи-

чески их полезно находить, потому что они все-таки, с нѣкоторою вѣроятностью, указывают на мѣсто, гдѣ прикрѣпляется *placenta*, в чем я имѣл возможность убѣдиться в случаѣ кесарскаго сѣченія, гдѣ при операціи *placenta* оказалась там, гдѣ ее прикрѣпленіе было предположено на основаніи этих шумов. Правда, бывает, что шумы эти слышатся во многих мѣстах, но все-таки сильнѣе всего слышатся они по сосѣдству с *placenta* и, с хорошим стетоскопом, можно различить их силу и найти, гдѣ именно они слышатся сильнѣе. При продольных положеніях плода они слышатся, обыкновенно, на сторонѣ противоположной той, гдѣ лежит спинка плода, т.-е. там, гдѣ обыкновенно и находится дѣтское мѣсто. Как признак вспомогательный, для опредѣленія положенія дѣтскаго мѣста, эти шумы заслуживают большаго вниманія, чѣм то, с которым к ним стали относиться с тѣх пор, как их пляцентарное происхожденіе стали опровергать.

Кромѣ того, можно слышать кишечные шумы, зависящіе от перистальтики кишечника матери, и шум от переливанія околоплодной жидкости.

Аускультация во время родов имѣет своей задачей слѣдить за состояніем плода во время этого акта и ставить показанія к различным мѣропріятіям, на основаніи состоянія пульса плода.

Различныя условія вліяют на измѣненіе этого пульса. Здѣсь, прежде всего, слѣдует отмѣтить вліяніе маточных сокращеній. Во время схватки, маточная ткань, сокращаясь, сжимает пляцентарные сосуды, и доступ материнской крови к дѣтскому мѣсту затрудняется или даже прекращается; вслѣдствіе этого происходят измѣненія в количествѣ ударов; они немного учащаются, а потом нѣсколько замедляются, но явле-

ніе это преходящее и его не слѣдует смѣшивать с колебаніями в количествѣ сердцебіеній плода, зависящими от асфиксіи. На высотѣ схватки тоны могут совершенно исчезать. Моментом, благопріятствующим выслушиванію во время родов, является излітіе вод: чѣм меньше воды, тѣм тоны слышнѣе. Движенія плода быстро учащают его пульсацію и, чѣм сильнѣе эти движенія, тѣм быстрѣе дѣлаются сердцебіенія плода. Мѣсто, на котором выслушиваются сердечные тоны, перемѣщается по мѣрѣ опусканія плода, и перед прорѣзываніем головки они слышатся ниже середины разстоянія между пупком и *symphysis*; — в этот момент легко оцѣнить преимущества выслушиванія стетоскопом, а также и преимущества длины этого инструмента, потому что лицо выслушивающаго помѣщается почти против лобка изслѣдуемой женщины.

По ясности, с которой слышатся сердечные тоны, и по их числу, судят о состояніи плода. Если сердечные тоны колеблются между 140—160, то это будет еще в предѣлах фізіологических колебаній, конечно, если они, без видимой причины, не проявляют эти колебанія часто и сила их не слабѣет. Тоны чаще 160 указывают на нѣкоторую опасность для плода. Тоны, постепенно становящіеся болѣе рѣдкими: до 110 и даже до 100, указывают на болѣе серьезное положеніе плода, а тоны менѣе 100 уже указывают на настоящую опасность, и чѣм они рѣже, тѣм опаснѣе для жизни плода. Sir J. Simpson формулировал значеніе этого явленія так: в то время как для матери частый пульс хуже, чѣм рѣдкій, для плода, наоборот, рѣдкій пульс хуже частаго. Для того, чтобы слышать тоны чаще 160, надо упражненіе; можно приучить себя считать 180 и даже 185 тонов в минуту.

IV.

АКУШЕРСКОЕ ИЗМѢРЕНІЕ.

Измѣренію предшествуетъ разспросъ о состояніи костнаго скелета в дѣтствѣ. Спрашиваютъ: на которомъ году женщина стала ходить? Если окажется, что позже двухъ лѣтъ, то это можетъ возбудить подозрѣніе объ аномаліяхъ скелета, вслѣдствіе болѣзней дѣтскаго возраста. Всматриваются въ общее впечатлѣніе и отмѣчаютъ особенности сложенія и движеній (походка). Для полноты измѣренія необходимо смѣрить ростъ. Для этого в клиникахъ пользуются аппаратомъ въ родѣ того, который употребляется при приѣмѣ новобранцевъ. За неимѣніемъ спеціального аппарата, ставятъ изслѣдуемую женщину в однихъ чулкахъ, подостлавши на пол коверъ или в нѣсколько разъ сложенную газетную бумагу, около стѣны, спиной къ стѣнѣ. Затѣмъ, берутъ какую-нибудь линейку или книгу и горизонтально приставляютъ ее къ темени, а на стѣнѣ отмѣчаютъ карандашомъ высоту, на которой находится нижняя поверхность линейки. Необходимо освѣдомиться, нѣтъ ли шпилекъ в прическѣ, дабы не причинить боли. Отмѣченный на стѣнѣ ростъ измѣряется лентой, раздѣленной на сантиметры. Такая лента есть необходимая принадлежность всякаго акушерскаго измѣренія. Самая простая и удобная форма этой ленты, — это обыкновенная мѣрка, употребляемая при кройкѣ. Блѣе прочные сорта внутри состоятъ изъ продельно за-

тканной в ткань ленты проволоки. Лента выкрашена масляной краской с дѣленіями на сантиметры и на дюймы. Таковую ленту можно мыть щеткой с мылом и погружать в раствор сулемы, от которой только чернѣют мѣдныя пластинки, находящіяся на концах.

Измѣривши рост, приступают к опредѣленію объема живота. Для этого, при лежачем положеніи женщины, измѣряют объем выдающейся части живота, на высотѣ пупка. Если наиболѣе выдающаяся часть находится выше или ниже пупка, то дѣлается измѣреніе и на этом уровнѣ. Принято считать, что в концѣ беременности объем живота равняется 99—100 сантиметрам. Если объем живота равняется 107 или болѣе сантиметров, то является подозрѣніе о двойнях или о *hydramnios*. Не надо однако забывать, что и у тучных мужчин нерѣдко объем живота равняется 115 и даже 117 сантиметрам. Если имѣются измѣненія скелета, то дѣлают дополнительные измѣренія конечностей по правилам, примѣняемым в хирургіи.

Измѣреніе таза производится или руками с помощью мѣрки (сантиметра), или инструментальное. Послѣднее, конечно, точнѣе, хотя практическим цѣлям удовлетворяет и первое.

Инструментальное измѣреніе производится помощью циркуля со шкалой, дающей размѣры в сантиметрах. Употребляется циркуль Collin, очень портативный и очень удобный для всѣх измѣреній, кромѣ измѣренія наружной *conjugatae*, потому что его приходится при этом помѣщать между бедер женщины. Болѣе громоздкая форма акушерскаго циркуля и болѣе удобная для измѣренія наружной конъюгаты устроена по модели Baudelocque с незначительными модификаціями Martin'a (старика). Инструмент снабжен винтом для

фиксированія браншей, что позволяет разсматривать результат не в момент наложенія инструмента, а по снятіи его и чего с циркулем Collin сдѣлать нельзя. (Циркули Collin и Martin изображены в руководствах по акушерству и в каталогах инструментальных мастеров, гдѣ их нетрудно найти.)

Циркулем измѣряются разстоянія между определенными точками скелета — выступами костей. Самый интересный размѣр по тѣм выводам, которые из него дѣлаются, есть прямой размѣр таза. Этот размѣр инструментально опредѣляется слѣдующим образом. Женщина лежит на боку или стоит; одну ножку циркуля помѣщают сзади на связку, находящуюся между остистым отростком нижняго поясничнаго и верхняго крестцоваго позвонка (*crista sacralis media.*) Для нахождения этой точки полезно помнить, что она помѣщается выше боковых углов ромба *Mikaelis*, т.-е. выше линіи, проведенной через *spinae posteroressi superiores*. Положеніе этой точки видно на рис. 8, стр. 00. Другая ножка циркуля помѣщается на середину самой выдающейся части передней поверхности хряща симфизеальнаго.

Этот размѣр называется наружным, прямым размѣром или діаметром *Vaudelocque*; его обозначают двумя буквами: D.V. Он равняется 20—21 сантиметрам. Вычитая $9\frac{1}{2}$ сантиметров, получается размѣр внутренней конъюгаты (*conjugata vera;*) около 11 сантиметров. Этот размѣр позволяет, в большинствѣ случаев, довольно точно судить о размѣрах входа в таз. Только в рѣдких случаях, напр., при спондилолистезисѣ, когда поясничные позвонки сползают во вход в таз и суживают его, а также в нѣкоторых других случаях суженій таза, зависящих от новообразованій в его полости, этот размѣр пригоден для сужденія об истинном размѣрѣ таза

Весьма полезно поэтому помнить совѣтъ *Mikaelis*, что нельзя довольствоваться размѣрами одного или нѣскольких діаметров таза, а всегда слѣдует сравнивать результаты измѣренія всѣх діаметров и из сравненія



Рис. 39. Объясненіе рисунка. Измѣреніе наружнаго, прямого, размѣра (діаметр *V a u d e l o s q u e*). Видны точки, куда ставят ножки циркуля (по *N o r r i s*).

их выводить заключение. Обыкновенно принимают, что если диаметр *Baudelocque* равняется 17—18 сантиметрам, то это указывает на возможность сужения, и необходимо измерение внутреннего диагонального диаметра помощью внутреннего исследования.

Кромѣ продольнаго или наружнаго прямого размѣра, измѣряются циркулем три поперечных диаметра: 1, разстояніе между *spinae anteriores superiores*, для чего пуговки циркуля ставятся на самую выдающуюся часть *spinarum*, — этот размѣр равняется 26 сантиметрам; 2, разстояніе между *cristae ilei*, — концы циркуля ставятся на самую выдающуюся точку на краю *ossis ilei*, этот размѣр равен 29 сантиметрам; наконец, 3, разстояніе между выдающимися точками на наружной поверхности больших вертелов — оно равняется 31 сантиметру. Для краткости обозначают эти диаметры двумя их начальными буквами: D.S.; D.C. и D.T.

Примѣры измѣреній.

ТАЗЫ.	Д И А М Е Т Р Ы.						ПРИМЪЧАНІЕ.
	D.V.	D.S.	D.C.	D.T.	C.D.	C.V.	
Нормальный	20,5	26	29	3,1	12,5	11	
Рахитическій	17	27	27	31	10,0	8,5	
Плоскій	16,0	21,0	25,0	(31,5)	10,5	8,6	Mikaelis и собственное измѣр. пие.
Кифотическій	22	27	30	31	12,3	11,7	
Малый (Zwerg-Becken)	15,0	17,0	20,5	24,5	9,5	8,5	Mikaelis непосредственное измѣрение.

D.V.	Diameter	Baudelocque	
D.S.	»	Spinarum	
D.C.	»	Cristarum	
D.T.	»	Trochantericus	
C.D.	Conjugata	Diagonalis	—из нея надо вычитать 1,5—2,0 сантиметр. (а по Litzmann min. 0,5; max.—2,8).
C.V.	»	vera.	

Просматривая эту таблицу можно, видѣть, что помимо наружнаго прямого діаметра D.V., и поперечные дают разныя отклоненія от нормы. Отклоненія эти незначительны, но позволяют уже дѣлать нѣкоторыя заключенія. Так, уменьшеніе размѣров может быть в двух верхних, поперечных діаметрах таза (D.S. и D.C.) в то время, как нижній, поперечный діаметр (D.T.), может быть не измѣнен, напр., в рахитических тазах. При суженіях выхода таза, напр., при кифотическом тазѣ, всѣ верхніе размѣры могут быть удлинены, а между тѣмъ есть отдѣлы (выход таза), гдѣ этот таз будет сужен, и т. д. Отсюда вывод такой: всякое отступленіе от нормальных размѣров показывает тщательное измѣреніе таза помощью внутренняго изслѣдованія. Нормальные размѣры, полученные при измѣреніи и предшествующіе совершенно нормальным родам, могут позволить высказаться за правильность таза и исключить надобность в дальнѣйшем изслѣдованіи его размѣров.

Показанія к различным оперативным пособіям, и возможность окончить роды помощью того или другаго оперативнаго метода, в зависимости от длины конъюгаты (*conjugata vera*), были резюмированы Sir James Simpson'ом так:

С. V. в дюймах.	Тоже в сантиметрах.	Показанія; можно окончить.
$3\frac{1}{4}$	8,25	Щипцы.
$1\frac{3}{4}$ — $3\frac{1}{4}$	3,2—8,3	Embryulcia
$1\frac{3}{4}$ и менше	3,1	Кесарское сѣчснне.
$2\frac{1}{4}$ — $3\frac{1}{2}$	5,7—9	Преждевременные роды.

Операцию *symphyseotomiae* можно дѣлать при С. V. 9,0—9,5 сантиметров: она дает увеличеніе С. V. на 1,5, 2,0, 2,2 сантиметра (Morisani, Roma 1894). Замѣнившая эту операцию пубіотомія, т. е. разсѣченіе лобковых

костей параллельно хрящу симфизеальному, дает нѣсколько большее расширеніе. В послѣднее время, впрочем, операции, назначенныя для расширенія костнаго таза, снова отходят на второй план, уступая мѣсто брюшному (так-называемому консервативному) Кесарскому сѣченію, сдѣлавшемуся безопасным, благодаря успѣхам абдоминальной хирургіи. В случаѣ косо-сѣуженнаго таза, и вообще при асимметрических тазах, примѣняется измѣреніе разстоянія между точками на средней линіи и симметрическими костными выступами на передней, или на задней поверхности таза, и, конечно, в этих случаях одним наружным измѣреніем обойтись нельзя, а необходимо тщательное изученіе таза помощью внутренняго изслѣдованія.

Кромѣ того, примѣняется непосредственное измѣреніе входа в таз, через брюшныя стѣнки, помощью линейки, один конец которой доводят до *promontorium*, а на другом отмѣчают число дѣленій до передней поверхности *symphysis*. Чтобы опредѣлить длину *conjugatae yerae*, остается вычесть 2 сантиметра—толщину *symphysis*.

Мы уже описали выше простой способ ручнаго измѣренія (верхней) *conjugatae* (см. стр. 1). Собственно, только один діаметр *V a u d e l o s q u e* нельзя опредѣлить с точностью ручными приемами, но если сдѣлать непосредственное измѣреніе верхней конъюгаты, то без этого можно обойтись, потому что истинная конъюгата уже известна ¹⁾. Измѣреніе поперечных размѣров таза производится ручными приемами слѣдующим образом: концы ленты, раздѣленной на сантиметры, захваты-

¹⁾ Когда подлежащая часть вступает в таз, то конечно измѣрить через брюшныя стѣнки разстояніе до *promontorium* нельзя; а когда головка уже опустилась в таз и прошла вход, то это измѣреніе уже не нужно.

ваются между большим и указательным пальцами обеих рук, и она натягивается поперечно, на уровне *montis Veneris*. Пальцы вытягиваются, и концы сред-

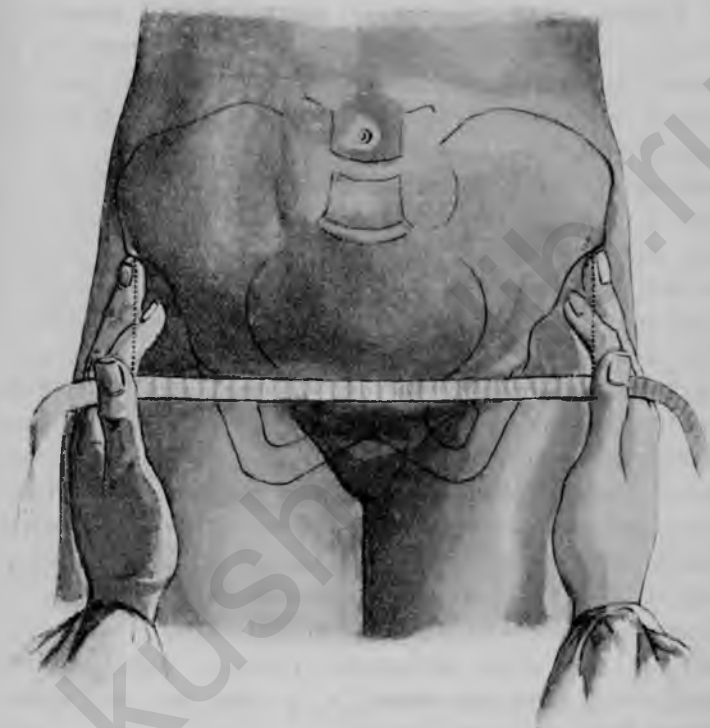


Рис. 40. Объяснение рисунка. Расположение рук при измерении расстояния между передними остями, D.S. (Способ М а 1-1 e i).

них пальцев ставятся на обѣ *spinae anteriores superiores*. При этом необходимо, чтобы средние пальцы стояли совершенно параллельно и углы между ними и лентой были совершенно прямые (см. рис. 40).

Такое измѣреніе, как показывает опыт, дает очень точные результаты: ошибка бывает на $\frac{1}{2}$ сантиметра по сравненію с измѣреніем циркулем, а при нѣкотором навыкѣ и того меньше.

Опредѣливши разстояніе между *spinae anteriore* (D.S.), отыскивают выдающіяся точки *cristarum ilei* и ставят на них указательные пальцы, а большіе пальцы ставят на *spinae anteriores*. Отмѣчают угол, который образуется если соединить мысленно точки, на которых находятся большой и указательный палец (каждой руки), с линіей, проведенной через точку на *crista ilei* гдѣ находится конец указательнаго пальца, и направляющуюся прямо кпереди, т.-е. как раз параллельно тому направленію, в каком были расположены пальцы при измѣреніи разстоянія между остями, по только-что описанному способу (см. рис. 40). По величинѣ этого угла нетрудно опредѣлить, насколько каждая половина разстоянія между *cristae* выдается за концы линіи, соединяющей *spinae*. Стоит только прибавить к каждому концу этой линіи эту разницу — и получится разстояніе между *cristae* (D.C.). Разстояніе между вертлугами (D.T.) опредѣляется так же, как D.C., т.-е. сравнивая разстояніе между *spinae iliacaе* с этим діаметром, или, если позволяют условія, измѣряя это разстояніе непосредственно, т.-е. так же, как измѣрялся D.S.

Данныя, получаемыя этим методом, достаточно точны для практических цѣлей; ошибка здѣсь бывает на один сантиметр, а при упражненіи и того меньше. Для упражненія полезно провѣрять данныя, добытыя ручным измѣреніем, измѣреніем циркулем: этим вырабатывается привычка и глазомѣр, необходимые для того, чтобы этот метод давал точные результаты.

Измѣреніе тазового выхода производится помощью внутреннего изслѣдованія; но можно непосредственно смѣрить лентой разстояніе между обоими сѣдалищными

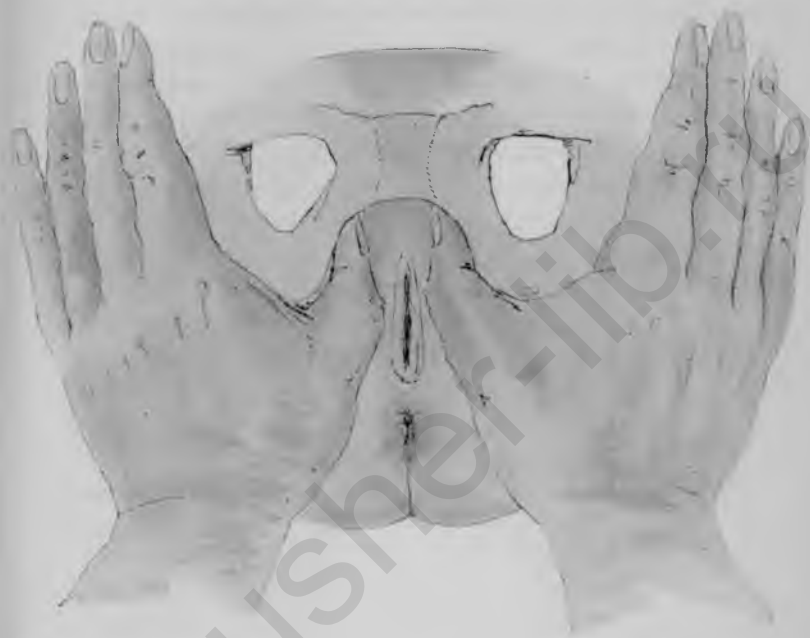


Рис. 41. Объясненіе рисунка. Изслѣдованіе выхода таза по способу проф. Негар. Нормальный таз. Можно видѣть, что сѣдалищные бугры помѣщаются как раз на межпальцевой складкѣ между большим и указательным пальцем. Надавивши ладонями на мягкія части, можно ощупать и в то же время даже увидать очертанія сѣдалищных бугров.

буграми. Для этого очень полезно отмѣтить чернилами выдающіяся точки на сѣдалищных буграх.

Для обследованія формы выхода таза и для ручного

измѣренія костныхъ его частей примѣняется способъ проф. Негар. Для этого женщина помѣщается на креслѣ или на поперечной постели съ согнутыми и разведенными бедрами. Врачъ помѣщается противъ нея и распола-

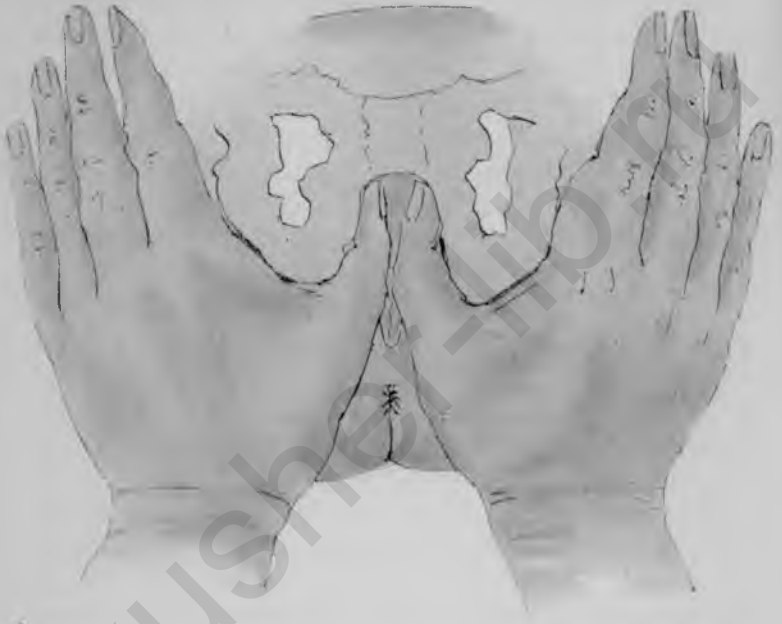


Рис. 42. Объясненіе рисунка. Изслѣдованіе выхода таза объѣмными руками по способу Негар. Совершенно изуродованный, вслѣдствіе остеомаліаціи, тазъ.

гает свои руки так, чтобы оба большіе пальца оцупывали нижній край лобкового сочлененія и всю дугу, образуемую лобковыми и сѣдалищными костями, какъ это показано на рис. 41.

Съдалищные бугры помѣщаются между большими и указательными пальцами, а ладони рук придавливают мягкія части. Вслѣдствіе этого становятся замѣтными очертанія съдалищных бугров и всей передней половины костнаго скелета выхода таза. Изслѣдованіе это позволяет судить о разстояніи между лобковыми костями и об общей конфигураціи таза. Оно особенно цѣнно при опредѣленіи различных заболѣваній костей таза. Так при остеомалациі этим приѣмом можно очень хорошо демонстрировать изуродованную форму таза, как это изображено на рис. 42 и как это можно было видѣть на лекціях у проф. Негар в Фрейбургѣ.

Кромѣ скелета матери, измѣреніем опредѣляются размѣры плода и его частей.

Для этого пользуются или инструментальным измѣреніем, помощью того же самаго циркуля, или ручными приѣмами.

Вот размѣры длины всего плода по мѣсяцам беременности. Данныя проф. Tagnier:

мѣсяцы	длина в сантиметра
I	0,8—1
II	2,5—3
III	7,8—9
IV	10—17
V	18—27
VI	28—34
VII	35—38
VIII	39—41
IX	42—44
X	46 и болѣе.

Размѣр длины доношеннаго плода надо считать около 52 сант. (данныя Ahlfeld).

Для того, чтобы помнить эти числа, поступают так (Ahlfeld): начиная с шестого мѣсяца беременности, помножают цифру мѣсяца на пять и прибавляют два, получают длину плода в сантиметрах, напр. 6-й мѣсяц беременности, $6 \times 5 + 2 = 32$, или $7 \times 5 + 2 = 37$ и т. д.

Так как плод во время беременности находится в согнутом положеніи, то размѣры его длинной оси, разумеется, меньше, нежели длина всего плода. Принимают, что длина плода, находящагося в маткѣ, т.-е. разстояніе между его головкой и ягодичным концом, равняется половинѣ его роста (Ahlfeld).

При инструментальном измѣреніи длины плода измѣреніе производится циркулем, ножки котораго помѣщаются на противоположных полюсах плода. Такое измѣреніе производится или через брюшныя стѣнки, или, помѣстив одну ножку циркуля во влагалище, другую ставят на животѣ. Ручное измѣреніе, помощью ленты, может только иногда замѣнить измѣреніе циркулем, напр. при двойнях и т. п. Величину головки можно тоже измѣрять через брюшныя покровы, но это возможно только пока она стоит над входом в таз; когда она вошла в таз, это измѣреніе уже не нужно. Измѣреніе головки циркулем не представляет, при этих условіях, никаких выгод, потому что невозможно опредѣлить, какой именно діаметр измѣряют.

Гораздо болѣе точные результаты дает ощупываніе и ощупывающее измѣреніе головки (Pinarđ). Мы уже упоминали выше, что можно примѣривать головку к величинѣ входа в таз, пытаясь втолкнуть ее в эту полость. Приѣм этот примѣняется, когда головка еще не вошла в таз и подвижна. Он сразу позволяет судить об отношеніи размѣров головки к размѣрам таза. Кромѣ

того, привычныя руки могут, судя по разстоянію между концами пальцев, дѣлать приблизительное опредѣленіе величины головки; а так как при этом легче узнать, в каком размѣрѣ она захватывается, чего при измѣре-



Рис. 43. Объясненіе ригеунка. Расположеніе рук при оцѣпывающем измѣреніи *palper mensurateur Pignard*). Лѣвая рука фиксирует головку, правая опредѣляет границы тазового входа

ни циркулем почти невозможно сдѣлать, то эти результаты, во всяком случаѣ, не менѣе точны, чѣм измѣреніе при этихъ условіяхъ, циркулемъ.

Если головка в таз не входит, при пробном при-



Рис. 44. Объясненіе рисунка. Измѣряющее оцупываніе. Сагиттальный разрѣзъ.

мѣриваніи, то поступают слѣдующим образом. Придавливают головку к входу в таз так, чтобы она соприкасалась, возможно большим числом точек, к *linea innominata*. Затѣм одной рукой, напр. лѣвой, придерживают ее, как показано на рисунках 43 и 44, а другой отыскивают верхній край *symphysis* и ставят на него концы пальцев другой руки; отмѣчают разстояніе между подбородком плода и той частью головки, которая касается *linea innominata*, и по этому разстоянію судят о том, насколько головка вошла в таз; при этом верхнюю, в данном случаѣ, лѣвой рукой, пробуют ее протолкнуть в таз и судят насколько она при этом опускается. Разумѣется это давленіе производится с полной осторожностью и без всякаго насилія. На рис. 44 видно, что можно, путем ощупыванія, отмѣтить, насколько выступ головки между концами изслѣдующих рук выдается кпереди от *symphysis*.

Опредѣливши, всѣми вышеописанными приемами, наличность жизни и положеніе младенца, возраст беременности и отношенія размѣров плода к размѣрам матери и ея родовых путей, выводят заключеніе о том, все ли обстоит благополучно. И если да, то ждут начала родов, и тогда поступают согласно показаніям.

Если находят неправильное положеніе плода, при удовлетворительных родовых путях, то дѣлают поворот наружными приемами ¹⁾ и, уложивши женщину

¹⁾ Поворот наружными приемами производится по общим правилам. Полезно помнить, что плод легче смѣщается при перемѣщеніи его полюсов в направленіи сгибанія его туловища. Поворот профилактической, до начала родов, производится без анестезіи, но с предварительным очищеніем первых путей (т.е. ки-

в постель (не ранѣе трех недѣль до родов), накладывают повязку, для удержанія плода в этом положеніи. Повязка примѣняется или ортопедическая, с воздушными подушками (напр. пояс P i n a r d), или импровизированная, из полотна и ваты, или еще лучше из морского каната.

Повязка эта устраивается слѣдующим образом:

Берут два куска полотна, шириною в родѣ обыкновеннаго полотенца, а длиною в полтора раза болѣе объема живота. Эти куски полотна накладываются один на другой и прошиваются как раз по серединѣ их длины (шьют в направленіи ширины). Затѣм ножницами разрѣзают всѣ четыре свободные конца, каждый на три части, начиная от свободного конца и не доходя на два поперечных пальца до того мѣста, гдѣ находится шов. Получается 12-главый (Скультетовскій) бинт. Помѣстивши его под пояничную область, так чтобы шов находился на средней линіи, перекрещивают головки бинта на передней поверхности живота и укрѣпляют каждую пару головок бинта предохранительными булавками.

Для фиксаціи плода, до наложенія этого бинта, кладут по подушкѣ, набитой морским канатом и обшитой полотном. Та подушка, которая приходится против брюшной поверхности плода, должна быть больше той, которая приходится против его спинки. При наложеніи бинта подушки эти фиксируются тѣми же булавками, которыя укрѣпляют головки бинта.

шечника) * а также пузыря. Успѣшность наружнаго поворота зависит от ясности нашего представленія о положеніи плода, т.-е. от результата ощупыванія.

По наложеніи повязки, надо слѣдить, удерживает ли она плод в новом положеніи, и увеличивать или уменьшать объем подушек и их плотность, согласно потребностям случая.

Послѣ вступленія головки в таз, повязка снимается, потому что опасаться измѣненія положенія уже нечего. Послѣ полного раскрытія шейки, конечно, можно фиксировать положеніе плода, разорвав пузырь; но до раскрытія зѣва лучше этого не дѣлать.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

ВНУТРЕННЕЕ

АКУШЕРСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ.

Внутреннее акушерское изслѣдованіе мало чѣм отличается от внутренняго гинекологическаго изслѣдованія. Подобно изслѣдованію гинекологическому, оно добываетъ объективные признаки для дифференціальной діагностики заболѣваній и измѣненій внутреннихъ половых органовъ женщины; но оно обращаетъ особенное вниманіе на признаки беременности и на всѣ тѣ особенности, которыя могутъ имѣть отношеніе къ этому состоянію. Поэтому опредѣленіе пригодности родовыхъ путей для правильнаго хода родового акта вводитъ в производимое съ этой цѣлью изслѣдованіе нѣкоторыя подробности, которыя при гинекологическомъ изслѣдованіи отходятъ на второй план. В самомъ дѣлѣ, для лѣченія заболѣваній женскихъ половых органовъ можно ограничиться исключеніемъ беременности, и практически рѣдко приходится собирать и группировать факты, относящіеся къ подробностямъ могущихъ со временемъ быть беременности и родовъ, если этотъ вопросъ самою больною не возбуждается и если нѣтъ указаній на болѣе или мѣнѣе серьезныя осложненія, о возможности появленія которыхъ необходимо предупредить больную. Поэтому многіе приемы изслѣдованія акушерскаго не примѣняются гинекологами къ каждому случаю, который они изслѣдуютъ, и тѣ данныя, которыми пользуются акушеры, приходится выдѣлять въ особый отдѣлъ специально акушерскаго изслѣдованія.

В настоящее время, конечно, не может быть рѣчи о примѣненіи одного только внутренняго акушерскаго изслѣдованія и ему всегда предшествует наружное изслѣдованіе, которое за послѣднее время поверглось значительной разработкѣ и которое позволяет иногда даже вовсе обходиться без внутренняго изслѣдованія. Надо думать, что со временем внутреннее изслѣдованіе будет находить примѣненіе (в чисто акушерских случаях) только при точных и опредѣленных показаніях, потому что в случаях нормальных можно будет ограничиваться одним наружным изслѣдованіем, не подвергая испытаніям женскую стыдливость и устраняя всякую возможность внесенія заразы во время изслѣдованія. Тогда выработаются точныя показанія к внутреннему изслѣдованію и оно будет предприниматься только для опредѣленія осложнений, а не для простого констатированія явленій, свойственных нормальной беременности, как это нерѣдко приходится дѣлать теперь.

Весьма важным в практическом отношеніи представляется знакомство с данными и явленіями, наблюдаемыми при совершенно здоровом состояніи и умѣніе отличать всякія измѣненія нормальных отношеній от измѣненій патологических. Еще *V a u d e l o s q u e* совѣтовал для изученія признаков беременности упражняться вообще в гинекологическом изслѣдованіи, дабы, пріобрѣвши опытность, не принять явленій, свойственных здоровому и небеременному организму за явленія патологическія или за измѣненія, свойственныя беременности.

Необходимость акушерскаго изслѣдованія может встрѣтиться во всякое время в теченіе половой жизни женщины, потому что многіе вопросы, относящіеся к

функції дѣторожденія, могутъ возникать и при отсутствіи беременности, или до ея появленій. Для удобства изложенія мы разсмотримъ отдѣльно подробности акушерскаго изслѣдованія в различныя моменты: при отсутствіи беременности, во время ея, во время родов и в послѣродовомъ состояніи.

Одно изъ главныхъ затрудненій внутренняго изслѣдованія, заслуживающее особеннаго вниманія врача, есть устраненіе всякой возможности внести при этомъ какія-либо заразныя начала, потому что беременное состояніе характеризуется особенною восприимчивостью ко всякаго рода инфекціямъ, вносимымъ в половой каналъ или попадающимъ в него случайно. Отсюда необходимое слѣдствіе—прежде чѣмъ думать о какомъ бы то ни было изслѣдованіи беременной или могущей оказаться беременной женщины, необходимо подвергнуть руки дѣйствительной и испытанной на опытѣ дезинфекціи. Это есть существенная обязанность каждаго врача, сознательно относящагося къ своей дѣятельности. Необходимо помнить, что простое введеніе пальца для изслѣдованія беременной или родильницы можетъ оказаться равносильнымъ нанесенію ей смертельнаго раненія какимъ-либо оружіемъ. Поэтому считаю умѣстнымъ описать здѣсь приемы, которыми можно оградить свою совѣсть отъ всякихъ сомнѣній относительно внесенія заразы в отдѣльныхъ случаяхъ, в которыхъ приходится дѣлать внутреннее изслѣдованіе.

Всякое соприкосновеніе с заразными случаями, или с продуктами гніенія исключаетъ возможность производить внутреннее акушерское изслѣдованіе в теченіе 6-ти дней. Это правило относится главнымъ образомъ къ окружающему беременную или роженицу низшему медицинскому персоналу. Разумное и отчетливое

примѣненіе дезинфекціи может позволить врачу сократить относительно самого себя этот срок. Для этого помимо тщательнаго очищенія рук тотчас послѣ соприкосновенія с зараженными лицами или предметами необходимо тотчас переѣнить все платье и бѣлье. Платье вывѣшивается на сутки на чердакѣ или вообще на сквозном вѣтру. Голова и руки тщательно вымываются теплой водой с мылом, если невозможно тотчас вымыться в ваннѣ или банѣ.

Для очищенія рук непосредственно перед изслѣдованіем поступают слѣдующим образом.

Руки и предплечія до локтя моют в тазу теплой водой в продолженіе 10 минут (по часам, переѣняя раза два воду) с мылом и щеткой¹⁾. Если вода жесткая, то в нее прибавляют немного простой воды *Natrum carbonicum* ($\text{Na}_2 \text{CO}_3$). Разумѣется, можно мыть руки и текучей водой под краном или в умывальникѣ с педалью; но в тазу удастся отмыть их гораздо тщательнѣе. Щетки кипятятся ежедневно в теченіе 15 минут и сохраняются в растворѣ сулемы 1:1000 или, по вынутіи из этого раствора в влажном видѣ, кладутся в жестянку, в которой их возят в случаѣ городской практики. Послѣ каждаго заразнаго или сомнительнаго случая, а также послѣ изслѣдованія *per rectum* щетка, которою вымыты руки, подвергается вновь кипяченію. От частаго кипяченія щетки легко портятся, поэтому не слѣдует брать дорогія щетки, сдѣланныя из щетины; практи-

¹⁾ Мыло берется обыкновенное, имѣющееся в продажѣ. Если оно имѣет непріятный запах, то можно, намыливши руки, полить на них немного скипидару. По совѣту проф. Л е в ш и н а, можно пользоваться зеленым мылом по слѣдующему рецепту: от 250 до 500 частей 1% раствора лизола+100 частей калиино-олеиноваго мыла (Россійская фармакопея), смѣсь кипятится $\frac{1}{2}$ часа.

ческим щѣлям вполнѣ удовлетворяют травяныя щетки, стоящія около 15 копеек пара. Еще лучше и много надежнѣе стерилизовать щетки в аутоклавѣ под давленіем. Для этого их кладут в особые металлическіе барабаны или в простыя корзины, обшитыя плотным холстом, а послѣ стерилизаціи в этих же помѣщеніях их и сохраняют, совершенно так же как стерелизованный перевязочный матеріал. Промывши руки и особенно ногти, которые должны быть совершенно коротко острижены, в мыльной водѣ, их вытирают совершенно чистым полотенцем. Если нѣтъ возможности пользоваться стерилизованным в паровом стерилизаторѣ полотенцем, то можно воспользоваться чистым полотенцем в том видѣ, как оно получается от прачки, если во время мытья, как это обыкновенно и дѣлается, оно было выварено в котлѣ и сохранялось в помѣщеніи, гдѣ не было заразных больных,—словом, полотенце должно удовлетворять тѣм требованіям чистоты, которыми удовлетворяется хорошая чисто плотная хозяйка дома. Вытерши руки полотенцем, берут небольшой комок ваты величиною с грецкій орѣх, или с голубиное яйцо и смочивши его эфиром, но так, чтобы с ваты не текло и не капало, тщательно вытирают этой ватой ногти и под ногтями, а также и руки до локтя. Это продѣлывается до тѣх пор, пока вата будет оставаться совершенно чистой послѣ такого ея примѣненія. Эта очистка эфиром производится в родѣ того, как выводят пятна на платьѣ, и избыток эфира, когда он течет по рукам, дѣлу не помогает и даже скорѣе вредит, потому что назначеніе эфира удалить всякіе остатки мыла и жиров, которые удалить можно только механически—вытираніем. Всего лучше это достигается ватой и когда замѣняют ее, напр., стерилизованной марлей, эта щѣль

достигается менѣе отчетливо. В настоящее время при дешевизнѣ денатурированного спирта можно обходиться без эвира, потому что спирт для этого дѣла даже лучше. Берут обыкновенный денатурированный (для горѣнія) спирт или, что много лучше и пріятнѣе, имѣющійся в продажѣ денатурированный для хирургических цѣлей спирт (с формалином 1:1000), наливают с полстакана в чистый таз и помощью чистой щетки хорошенько протирают руки в теченіе двух минут. Очищенные и обезжиренныя руки погружаются в большой сосуд с теплым раствором сулемы 1:1000 и держаться в нем по часам не менѣе двух минут. Для приготовления раствора сулемы пользуются или отвѣшанными заранее порошками, в которые прибавлено небольшое количество поваренной соли и которые, заключая в себѣ один грамм, рассчитаны так, что один порошок, положенный на литр воды, дает раствор 1:1000, или, что гораздо удобнѣе, берут так-называемыя сублиматныя лепешки, которыя имѣются в продажѣ в аптеках и которыя также дают раствор 1:1000, если взять одну лепешку на литр воды. Лепешки эти обыкновенно бывают приготовлены с примѣсью краски (анилиновой), что позволяет сразу видѣть, что это раствор сулемы, а по цвѣту можно судить и о степени его концентраціи, если разбавлять его водой. Другая очень удобная форма для сохраненія сулемы в сухом видѣ и для быстрого приготовления раствора этой соли есть палочки, *bacilli* приготовленныя из этой же смѣси как и лепешки. Палочки эти удобны еще и тѣм, что их можно прямо расколоть пополам если нужно напр. приготовить только $\frac{1}{2}$ литра раствора. Всѣ эти препараты, как сказано, состоят из сулемы, поваренной соли, винно-каменной кислоты, анилиновой краски и как связующее

вещество в них прибавлено незначительное количество камеди, или крахмала (конечно стерилизованного); сулемы надо брать немного больше грамма, потому что часть ее разложится от присутствія связующаго вещества. Наконец есть еще один очень удобный способ получения растворов сулемы. Берут обыкновенную шведскую пропускную бумагу и пропитывают ее спиртовым раствором сулемы, и затѣм высушивают: получается бумага, которую можно разрѣзать на такіе куски, чтобы в каждом из них было по одному грамму сулемы и, отрѣзая куски этой бумаги можно, по величинѣ их, судить о крѣпости раствора, который может получиться при погруженіи их в опредѣленное количество воды. В воду слѣдует прибавлять небольшое количество поваренной соли.

Разумѣется, можно пользоваться любым из приведенных способов для быстрого приготовленія раствора сулемы, но нам лично кажется всего удобнѣе пользоваться лепешками (или, что все равно, палочками), потому что онѣ хорошо сохраняются и всегда можно имѣть с собою запас в 10—12 лепешек в баночкѣ, которая находится в карманѣ верхняго пальто.

При особой чувствительности рук к сулемѣ ее можно с успѣхом замѣнить $\frac{1}{2}\%$ *kali hypermanganici*. К изслѣдованію (при беременности) обыкновенно приступают не смачивая и не смазывая пальца ничѣм (прямо из сулемы, или из *kali hypermanganici*). Дезинфекцію рук помощью *kali hypermanganici* охотно примѣнял проф. Тагнйег (нынѣ покойный).

Остающаяся послѣ дѣйствія *kali hypermanganici* коричневая окраска рук легко устраняется погруженіем их в слабый раствор щавеловой кислоты, или *Natri sulphurosi*; а за неимѣніем их и просто вытираніем

лимоном. Нечего и говорить о том, что такое обезцвѣчиваніе рук не слѣдует дѣлать до внутренняго изслѣдованія, потому что тогда все вліяніе *kali hypermanganici* может исчезнуть, обстоятельство, которое иногда упускается из виду даже авторами новых специальных сочиненій по практическому акушерству.

Если приходится изслѣдовать многих беременных и если нельзя быть увѣренным в том, что онѣ не инфицированы, то безопасность требует, чтобы врач ограждал самого себя от возможности заразиться, напр., сифилисом и т. п. Для этого изслѣдующій палец можно смазывать стерилизованным вазелином, в который прибавлено 2:1000 сулемы. Баночка с таким вазелином, как только она раскупорена, помѣщается в сосуд с раствором сулемы и под этим раствором и сохраняется. Хорошо имѣть в запасѣ нѣсколько маленьких баночек (по 2, по 4 драхмы=8,0—15,0) с таким вазелином. вмѣсто вазелина можно пользоваться мылом по рецепту проф. Левшина.

Если руки дезинфицированы сулемой и женщина первородящая, то перед введеніем пальца или пальцев для изслѣдованія руку огружают в раствор лизола 2%, для приданія скользкости (конечно, только в тѣх случаях когда не пользуются вазелином). Если случай сомнительный и можно подозрѣвать инфекцію, или если пришлось прикоснуться к отверстию *anus*, а тѣм болѣе если понадобилось сдѣлать изслѣдованіе *per rectum*, то тотчас по окончаніи изслѣдованія руки очищаются так же, как перед изслѣдованіем. При изслѣдованіи *per rectum* необходимо смазывать палец чистым вазелином (без сулемы) дабы кожа его не пропиталась содержимым кишки, но и при этой предосторожности иногда очень трудно отмыть палец, по-

тому что он долго удерживает запах извержений. Чтобы избѣжать этого непріятнаго послѣдствія ректальнаго изслѣдованія можно воспользоваться приѣмом, рекомендованным Sir Henry Thompson: под ноготь пальца, которым собираются дѣлать изслѣдованіе, набивают небольшое количество мыла и замазывают мылом ногтевую складку. Не слѣдует брать много мыла, потому что кусочки его будут отваливаться и цѣль не будет достигнута. Закрывши мылом углубленіе около ногтя, палец смазывается вазелином и приступают к изслѣдованію. Помощью этой маленькой предосторожности удается устранить упомянутое непріятное слѣдствіе изслѣдованія *per rectum*. То же может быть достигнуто, если на палец надѣть резиновый колпачок, или обыкновенный кондом.

В послѣднее время очень распространилось изслѣдованіе в резиновых перчатках. Как и при операціях, резиновые перчатки, разумѣется, дают значительно большую увѣренность в дѣйствительности стерилизаціи рук перед изслѣдованіем; но к сожалѣнію онѣ обходятся дорого и не всегда имѣются под руками. Само собой понятно, что надѣваніе резиновых перчаток вовсе не избавляет врача от обязанности тщательно промыть и продезинфицировать руки, хотя бы уже потому, что перчатки могут разорваться во время изслѣдованія.

Если женщина не придерживается строгой чистоплотности (что бывает довольно часто), то перед изслѣдованіем необходимо обмыть наружныя ея части теплой водой с мылом и вытереть ватой, смоченной в растворѣ сулемы. Во время родов или непосредственно перед ними это правило имѣет существенное значеніе. Такое обмываніе обыкновенно производится акушеркой, но в частной практикѣ о нем нерѣдко приходится

напоминать, потому что оно может быть сдѣлано недостаточно отчетливо. Если не имѣется лица, которому можно было бы довѣрить это обмываніе, то его приходится продѣлывать самому врачу. Я особенно отмѣчаю необходимость такого обмыванія, потому что думаю, что этой простой мѣрой удавалось значительно уменьшить возможность инфекціи при изслѣдованіи и это особенно важно, когда изслѣдованіе дѣлается с цѣлями преподаванія и когда изслѣдуют нѣсколько человѣкъ один за другим, потому что при этом вся отвѣтственность лежит конечно на преподавателѣ. Если изслѣдуют нѣсколько человѣкъ и если отдѣляемое влагалища представляется подозрительным, а тѣм болѣе с примѣсью гноя, то является показаніе к спринцованію (раствором сулемы) как до изслѣдованія, так и послѣ него ¹⁾. Нечего и говорить о том, что всякое прикосновеніе к шляпѣ, бородѣ, или поверхности тѣла слѣдует считать показаніем к вторичному по часам очищенію рук с погруженіем их в раствор дезинфицирующей жидкости совершенно так же, как это описано выше. Дабы избѣжать этой процедуры необходимо тщательно слѣдить за собой и, выполняя эти предосторожности с настойчивостью, с такою же настойчивостью неумолимо требовать того же от всего персонала, касающагося ухода за беременной или роженицей. Только таким путем и возможно добиться дѣйствительно отчетливаго проведенія в жизнь данных, вытекающих из наших теоретических представленій о профилактикѣ инфекціонных заболѣваній беременнаго организма.

¹⁾ Вмѣсто сулемы можно пользоваться по совѣту проф. Снегирева молочной кислотой: 1 чайная ложка 50% раствора молочной кислоты на стакан спринцованія.

I.

ПОЗИЦИИ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ, НАРУЖНЫЙ ОСМОТР ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ, КАТЕТРИЗАЦИЯ ПУЗЫРЯ.

Всякому внутреннему акушерскому или гинекологическому исследованию предшествует наружное исследование. Оно производится помощью тех приемов и методов, которые уже рассмотрены нами в подробности. Здесь мы будем предполагать, что наружное исследование уже сделано и все данные, добытые им, принимаются во внимание.

Акушерско-гинекологическое исследование производится или в постели, или на кушетке, или на особом гинекологическом кресле.

Если исследование производится на гинекологическом кресле, то больная помещается на спину с согнутыми и разведенными бедрами. Таз помещается как раз на краю кресла, а нижние конечности удерживаются особыми приспособлениями, приделанными к креслу. Одно из самых удобных кресел для исследования есть модель, предложенная проф. Schroeder. Нынче первоначальное кресло Schroeder'a подверглось изменению, и наиболее употребительная модель т.-н. кресло Schroeder-Veit'a сохранило преимущества Schroeder'овскаго кресла, но сделано еще прочнее и устойчивее. Общій вид и подробности его устройства

изображены во многих учебниках (напр., у P o z z i ¹⁾), а также в каталогах инструментальных мастеров, к которым мы и отсылаем читателя.

Спинка этого кресла устраивается подвижною, но перемѣнять угол ея наклоненія почти никогда не приходится и этой особенностью спинки пользуются обыкновенно только при перевозкѣ или когда хотят почему-нибудь замаскировать эту громоздкую мебель (напр. в неприемные часы врача, когда кресло стоит в кабинетѣ и тогда ждут гостей). Обыкновенно путем опыта устанавливают эту спинку в наиболѣе удобном для изслѣдованія положеніи; при этом угол, под которым она помѣщается относительно горизонта, бывает равен 43° — 45° . Чтобы получить этот угол, шкворень, назначенный для фиксаціи спинки кресла, приходится помѣщать в четвертое отверстіе дуги, которая для сего назначена, считая отверстія от передняго обращеннаго к изслѣдующему врачу конца этих дуг. Ремни, замѣняющіе ручки кресла, укрѣпляются так, чтобы спинка не могла запрокинуться назад, если шкворни не вставлены в назначенныя для них отверстія. Эти подробности имѣют практическое значеніе, ибо исключают возможность весьма неприятнаго осложненія запрокидыванія спинки кресла в то время, когда на нем лежит больная; отсюда правило: прежде чѣм класть больную, необходимо осмотрѣть, хорошо ли укрѣплена спинка кресла.

Приспособленія для нижних конечностей состоятъ из двух частей: рогульки, помѣщающейся под колѣнами, и приспособленія для пяток. Последнее приспособленіе не представляется необходимым, и мы лично в клиникѣ

¹⁾ S. P o z z i. *Traité de gynécologie clinique et opératoire* 2-me éd. pag. 97, fig. 66. Paris 1895.

пользуемся им довольно рѣдко. Правда, подставки для пяток дѣйствительно дают нѣкоторое удобство и при них больная менѣе утомляется, но если нѣтъ надобности держать женщину на креслѣ болѣе продолжительное время, то без них ее легче уложить в надлежащее положеніе, что имѣет значеніе при непонятливости больной, потому что выигрывается время. Самой собой понятно, что всякія болѣзненные измѣненія конечностей, напр. отек или слабость сердечной дѣятельности, могут служить противопоказаніем к пользованію креслом в таком упрощенном видѣ.

Под креслом устроена полка, назначенная для помѣщенія таза, куда кидают тампоны и которым пользуются при спринцованіи, если бы таковое понадобилось. Во время изслѣдованія врач опирается на эту полку ногой, при чем ставит ту ногу, которая соотвѣтствует рукѣ, которою он собирается дѣлать изслѣдованія: если он изслѣдует пальцем правой руки, то правую, а если лѣвым, то лѣвую.

Металлическое кресло Schroe'der'a удовлетворяет всѣм требованіям практики и удобно для производства многих мелких операцій; единственный его недостаток дороговизна: оно стоит 120 марок, около 60 рублей, кромѣ пошлины. Дешевый суррогат, замѣняющій гинекологическое кресло, можно устроить слѣдующим образом. Заказывают столяру деревянный стол около $1\frac{1}{2}$ аршина вышиною, 1 аршин с $\frac{1}{4}$ длиною и 1,12 вершков шириною. Края верхней доски должны выдаваться на $1\frac{1}{2}$ вершка от пожек и подстоля. Под столом на разстояніи 12 вершков от крышки устраивается полка для помѣщенія ноги изслѣдующаго. Эта полка должна выдаваться вершка на два или на два с половиной, чтобы служить в то же время ступенькой для влѣзанія. Под

столом на той же полкѣ помѣщается таз или иной сосуд, в который можно бросать тампоны и который выдвигается если нужно сдѣлать спринцованіе. Къ этому столу привинчиваются желѣзные рогатки для нижних конечностей больной. Рогатки эти можно устроить самага разнообразнаго вида и формы; но вот тот тип, который оказался удобным на практикѣ и который стоит очень недорого.



Рис. 45. Объясненіе рисунка. Рогатка автора для удержанія нижней конечности укрѣпляется на любом столѣ. Аппарат состоит из круглаго желѣзнаго стержня длиною в 12 вершков (желѣзо $\frac{3}{8}$ дюйма). На концѣ стержня крикленана желѣзная дуга (желѣзо $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ дюйма). Длина дуги 6 вершков, а разстояніе между концами около $4\frac{1}{4}$ вершков; дуга покрывается кожей и подбивается гривою. Нижний конец стержня входит в кусок газовой трубки и укрѣпится к ней помощью гайки (муфты), которая наворачивается на конец трубки; для этого на верхнем концѣ трубки нарѣзывается винт и самый конец расширяется по длинѣ трубки так, что в том мѣстѣ, гдѣ имѣется нарѣзка, трубка состоит из четырех лопастей; при завинчиваніи гайки эта лопасти крѣпко охватывают стержень и удерживают его на желаемой высотѣ. Это укрѣпленіе стержня отличается большою прочностію и не представляет затрудненій при изготовленіи, ибо ин-

струменты для нарѣзки винта на газовой трубкѣ имѣются вездѣ, гдѣ есть газ, и требуют незначительнаго труда. Трубка, в которую входит стержень рогатки, припаивается мѣдью к желѣзной или чугунонной струнцникѣ (желѣзная, конечно, прочнѣе). Винт, назначенный для привертыванія струнцники, должен на своем свободном концѣ имѣть отверстие, в которое вставлен шкворень, т.-е. винт устраивается так же, как у обыкновенных слесарных тисков. Пара таких рогаток обходится (в Юрьевѣ) около 6 рублей.

Положеніе или позиція, в которой находится женщина, когда она лежит на гинекологическом креслѣ,

носит названіе спинное или, точнѣе, позиція для камнесѣченія, ибо издревле камнесѣченіе (промежностное) производилось в этой позиціи.

Позиція для камнесѣченія употребляется и при изслѣдованіи на постели, при чем конечности опираются на стопу и поэтому бедра при этом бывают менѣе согнуты. Другая разновидность этой позиціи есть такъ называемая поперечная кровать, употребляемая по преимуществу в акушерской практикѣ. Она устраивается слѣдующимъ образом. На середину постели к стѣнѣ кладется подушка; больная помѣщается поперек постели с нѣскольکو свѣшеннымъ за ея край тазом. Нижнія конечности или помѣщаются на двухъ стульяхъ или поручаются двумъ помощникамъ, которые садятся рядомъ съ больной на ея постели и удерживаютъ руками согнутыя и разведенныя нижнія конечности. Хирургъ или помѣщается на стулѣ или становится на колѣни прямо на полу, подстеливши какой-нибудь коверъ или подушку; послѣднее положеніе удобнѣе в особенности при оказаніи оперативнаго пособія. Эта позиція кромѣ акушерскихъ операцій примѣняется также и для мелкихъ гинекологическихъ операцій: снятіе швовъ, промываніе полости матки, спринцованіе и т. п.

Наконецъ имѣется еще третья разновидность спинной позиціи, когда женщина лежитъ просто на спинѣ с вытянутыми конечностями. Позиція эта примѣняется для осмотра и ощупыванія живота при наружномъ изслѣдованіи беременных, при перкуссіи живота, при его аускультации и обыкновенно ощупываніе живота производится вообще сначала в этомъ положеніи (поверхностное ощупываніе), а затѣмъ в положеніи с согнутыми бедрами, т.-е. в позиціи, только что передъ симъ описанной.

Боковая позиція (так называемая американская, или С и м с а) может быть устраиваема на постели, или на кушеткѣ, всего лучше когда матрас не пружинный. Подушки удаляются, больная помѣщается на лѣвом боку, при чем грудь ея опирается на лѣвое плечо, а лѣвая рука помѣщается вдоль спины. Бедра сильно согнуты, при чем правое (верхнее) должно быть согнуто болѣе чѣм лѣвое; колѣни при этом также согнуты. Врач помѣщается позади больной: садится на стул и сидит спиной к изголовью кровати. Таз больной помѣщается на самом краю постели и даже выдается нѣсколько за этот край. Эта позиція очень удобна для осмотра половой щели и промежности: она примѣняется для удаленія швов послѣ сшиванія промежности, рѣже при операціях на влагалищѣ или на шейкѣ матки. Эта позиція имѣет преимущество перед спинной в том, что болѣе щадит стыдливость женщины и не требует разведенія бедер. У очень стыдливых женщин иногда приходится прибѣгать к особым уловкам; чтобы не оскорблять это чувство, напр. можно поступить так: поручают помощницѣ придать больной боковое положеніе и покрыть ее простыней. Затѣм ножницами вырѣзывают в простынѣ отверстіе достаточное для осмотра половой щели. Этой стариннымъ приѣмомъ можно иногда избѣжать продолжительнаго уговариванія.

Положеніе колѣнно-локтевое (*à la vache*) устраивается слѣдующим образом. На твердом ложкѣ (непрѣмѣнно без пружин) женщина становится на колѣни, а головой и локтями опирается на постель. При этом таз ея помѣщается выше чѣм грудная клѣтка, а брюшныя внутренности и передняя стѣнка живота отвисают. Еще лучше если подложить под лѣвое плечо небольшую подушку и рекомендовать женщинѣ опираться на лѣ-

вую половину груди. Голова при этом повертывается в правую сторону и женщина опирается на верхній отдѣлъ грудной клѣтки (*genu-pectoral position*). Эта позиція примѣняется с цѣлью гимнастической при нѣкоторых страданіях матки и ея придатков, а также при операціях на влагалищѣ (фистулы).

Наконец в нѣкоторых случаях примѣняется еще изслѣдованіе при стоячем положеніи женщины о подробностях изслѣдованія в этом положеніи будет сказано ниже при разсмотрѣніи деталей внутренняго изслѣдованія.

Помѣстивши женщину в спинное положеніе (положеніе для камне-сѣченія) приступают к осмотру.

Осматривают *mons Veneris*, отмѣчают его форму, границы, количество волос, убѣждаются нѣтъ ли сыпи, красноты. Осматривают корни волос, на которых могут находится *pedicula pubis*, или иные паразиты. Затѣм осматривают половую щель; отмѣчают зияет она, или нѣтъ, отмѣчают окраску больших и малых губ и степень их пигментаціи по сравненію с цвѣтом волос; при темных волосах пигментація бывает сильнѣе выражена. Темная пигментація может зависѣть от беременности, или от нѣкоторых воспалительных процессов, сопровождающихся гипереміей тазовых органов, напр. эндометриты, метриты; то же может быть наблюдаемо при фиброміомах; иногда эта пигментація может указывать на продолжительное присутствіе разѣдающих бѣлей или на механическое раздраженіе, напр., вслѣдствіе мастурбаціи.

Всматриваются в форму и очертанія больших губ, отыскивают их наружную границу. Всматриваются в очертанія самой половой щели и малых губ; отмѣчают

насколько онъ выдаются и не выдается ли клитор. Осматривают *anus*, отмѣчают степень пигментации и форму его отверстія: втянутую, выдающуюся в зависимости от развитія подкожного жира или от гемороидальных кишек. Втянутое отверстіе *anus* может указывать на спазматическое сокращеніе сфинктера, что наблюдается при трещинах задняго прохода, при так называемой болѣзни *Boyer*. В окружности заднепроходнаго отверстія могут быть грибовидные выступы с отверстіями свищей. Они могут быть приняты за случайныя образованія, напр. за бородавки, чему может благоприятствовать их блѣдный и вялый вид.

До сих пор изслѣдованіе производилось только помощью одного зрѣнія, теперь изслѣдователь, ставши в надлежащую позицію, т. е. опираясь правой ногой на полку находящуюся под креслом и стоя прямо против больной помѣщает большой и указательный пальцы лѣвой руки против середины половой щели и разводит ими большія и малыя губы. Начинают с того, что опредѣляют границы больших губ: прослѣживают границу слизистой оболочки, покрывающей внутренній край этих губ. Затѣм, захвативши, если это нужно, свободный край одной из малых губ указательным и большим пальцем лѣвой руки осматривают поверхности и свободный край губы, а также задній ея конец. Идя кпереди по свободному краю малой губы, отыскивают мѣсто, гдѣ этот край раздваивается и образует *frenulum* и *praeputium clitoridis*. При этом обращают вниманіе на форму и величину клитора, а также закрыт ли он *praeputium* и не представляется ли этот послѣдній в видѣ капюшона закрывающаго головку *clitoridis*, что было наблюдаемо при нѣкоторых формах мастурбации

(при так называемом сафизмѣ). Затѣм, помѣстивши большіи указательный пальцы на внутреннюю поверхность шой малых губ около их середины разводят эти губы и открывают половую щель. Осматривают передній отдѣлъ этой щели, а также и находящійся здѣсь клитор. Отмѣчают его форму и величину, а также длину спускающейся на его головку складки слизистой оболочки (*praeputium clitoridis*) и степень ея пигментации. Далѣе опредѣляют форму и границы преддверія *vestibulum*: осматривают внутренніе края основанія малых губ и передній край входа во влагалище. Отыскивают отверстіе мочеиспускательнаго канала и отмѣчают его положеніе относительно клитора. Разсматривают форму и очертанія самаго отверстія, отмѣчают зяет ли оно, какія имѣет края: острые, вывороченные, опухшіе, а также цвѣтъ слизистой канала если он виден. Осматривают слизистую оболочку *vestibuli*, отыскивают отверстія желез преддверія (*glandulae vestibulares*). Если онѣ воспалены, то онѣ представляются в видѣ ярко красных точек, иногда слегка припухших, иногда видны и самыя отверстія желез, а в лупу их всегда можно разглядѣть. Если эти отверстія ярко краснаго цвѣта и в особенности если из них выдавливается гной, то есть весьма большая вѣроятность специфическаго (гоноройнаго) зараженія, хотя конечно окончательно этот вопрос может быть выяснен только микроскопическим изслѣдованіем, или пробными культурами. Наконец отмѣчают разницу в окраскѣ слизистой оболочки внутренней поверхности малых губ и слизистой преддверія.

Покончивши с осмотром преддверія, приступают къ осмотру входа во влагалище, опредѣляют границы этой области и особенности ея очертаній. Обращают вниманіе на то, не выдается ли чего из входа во влагалище и

опредѣляютъ какая стѣнка влагалища видна или выдается: передняя или задняя. Затѣмъ растягиваютъ заднюю спайку и осматриваютъ *fossam navicularem*. Задняя спайка *commissura posterior* представляется при этомъ в формѣ болѣе или менѣе тонкой складки наружныхъ покрововъ. Кпереди отъ нея в самой *fossa navicularis* могутъ быть рубцы, указывающіе на надрывы слизистой оболочки во время бывшихъ ранѣ родовъ.

Всматриваются в цвѣтъ слизистой оболочки и в внѣшній видъ отдѣленій полового канала. Если отдѣленія бѣлыя похожія на густыя (но не желтыя) сливки и если цвѣтъ слизистой оболочки напоминаетъ цвѣтъ краснаго вина с оттѣнкомъ фіолетово-синеватымъ и всѣ наружныя части имѣютъ видъ набуханій и пигментация выражена рѣзко, то является подозрѣніе о беременности. Отмѣчаютъ какія выдѣляются бѣли: гнойныя, слизистыя или слизистогнойныя, конечно если онѣ рѣзко выражены. В общемъ отмѣчаютъ сухость или влажность слизистой оболочки, ея цвѣтъ и всматриваются в самый видъ поверхности слизистой оболочки. Если нужно, то вытираютъ ее ватнымъ тампономъ и уже послѣ этого разсматриваютъ. Находятъ ссадины (от *coitus*) язвы; классическія мѣста—*fossa navicularis*, внутренняя поверхность малыхъ губъ и преддверіе. Поверхность слизистой оболочки должна быть совершенно гладкая и слегка блестящая. Во входѣ во влагалище отмѣчаютъ границы: передняя совпадаетъ с задней границей преддверія, боковая соотвѣтствуютъ заднему отдѣлу внутреннихъ краевъ основанія малыхъ губъ и задняя совпадаетъ с *fossa navicularis*. Отыскиваютъ *hymen*, или его остатки. Опредѣляютъ форму дѣвственной плевы и число отверстій, в ней имѣющихся. Если дѣвственная плева разрушена, то отыскиваютъ *carunculi hymenales* если женщина

не рожавшая и *carunculi myrtiformes* если рожавшая. Отличіе состоит в измѣненіи разстоянія между отдѣльными лепестками и в возможности по формѣ *carunculi hymenalis* возстановить мысленно форму дѣвственной плевы и мѣста, гдѣ она первоначально была разорвана. Разсматривая *carunculi myrtiformes* или *hymen*, обращают особенное вниманіе на линію, ограничивающую внутренній край основанія малых губ от остатков дѣвственной плевы. Здѣсь в заднем отдѣлѣ приблизительно на границѣ задней трети малой губы с двумя передними третями, между малой губой и соотвѣтствующей *caruncula* можно видѣть отверстіе Бартолиновой железы. Если это отверстіе воспалено, то его легко отыскать, потому что оно зяет и края его красны. Если отверстіе Бартолиновой железы не воспалено, то иногда приходится отыскивать его с лупой в руках. Отыскавши отверстія обѣих Бартолиновых желез, прощупывают самыя железы (что впрочем удается не всегда); для этого указательный палец вводится во вход во влагалище, а большой палец той же руки помѣщается у наружнаго края большой губы соотвѣтственно тому мѣсту, гдѣ эти железы изображены в анатомических атласах т. е. в толщѣ большой губы на границѣ задней ея трети. Послѣ этого осматривают (если имѣются показанія) отверстіе *anus*. Для этого вводят во влагалище согнутый крючком указательный палец, а большой и средній пальцы той же руки помѣщают на межъягодичныя складки, тыльная поверхность руки при этом обращена к клитору, до котораго она не должна касаться; а ладонная поверхность обращена к лицу изслѣдующаго. Большой и средній пальцы стремятся раздвинуть ягодицы и растягивают кожу около *anus*; в то же время указательный палец стремится проникнуть в отверстіе

anus, вталкивая в него изнутри заднюю стѣнку влагалища, в результатѣ отверстіе задняго прохода растягивается и выстилающая его слизистая оболочка нѣсколько выпячивается. Этот пріем, коему я научился еще будучи студентом у моего учителя проф. С н е г и р е в а, чрезвычайно удобен для осмотра *anus* и даже нижняго отдѣла слизистой прямой кишки. Отмѣчают цвѣтъ слизистой выстилающей *anus*, гемороидалныя шишки, если онѣ есть, и растянутыя вены, если онѣ видны. Осматривают поверхность слизистой оболочки, нѣтъ ли на ней есадин или трещин. Последнее изысканіе особенно показывается если отверстіе задняго прохода при первоначальном осмотрѣ было найдено втянутым, как бы приподнятым воронкообразным: внѣшніе признаки болѣзни В о у е р , отмѣченные покойным ліонским проф. М о л і ё г е .

Затѣм если нужно приступают к катетеризаціи пузыря. Для этого берут прокипяченный стеклянный женскій катетер, сохраняющійся в растворѣ 1:1000 сулемы, промывают его в чистой прокипяченной водѣ (кипятится два раза через 6 часов). Осматривают со вниманіем катетер, нѣтъ ли на нем трещин неровностей и кладут его на чистую тарелку с прокипяченной водой. За сим берут два комка ваты величиной с небольшой грецкій орѣх и погружают их в раствор сулемы. Один комок отжимается и кладется на край тарелки, гдѣ лежит катетер, а другой неотжатый комок ваты берется в правую руку. Пальцами лѣвой руки разводят малыя губы и обнажают преддверіе, которое тут же и вытирают ватой, смоченной в сулемѣ; затѣм вату эту бросают и берут с тарелки отжатую ранѣе вату и закладывают ее во вход во влагалище, дабы вынимая катетер не капнуть мочою на слизистую влагалища. Послѣ этого берут

катетер в правую руку. Если катетеризация производится на креслѣ, или на поперечной постели, то катетер захватывается указательным и средним пальцами, а большой палец затыкает его отверстие. Если катетеризация производится на продольной постели, то катетер захватывается большим и средним пальцами, а указательный закрывает отверстие инструмента. Помѣстивши изгиб катетра в плоскости средней линіи, вогнутостью кпереди и кверху проникают концом его через наружное отверстие мочеиспускательнаго канала и заставляют вогнутость инструмента скользить по задней поверхности *symphysis*. Проникнув в пузырь, оттыкают наружное отверстие катетера и выпускают мочу. Если моча не идет, то надавливают лѣвой рукой через брюшныя стѣнки на дно пузыря. Если это не помогает, то помѣщают ноги катетеризируемой женщины совершенно горизонтально в вытянутом положеніи, дабы увеличить дѣйствіе брюшнаго пресса и дабы увеличить наклон таза. По опорожненіи пузыря снова затыкают пальцем отверстие инструмента и в таком положеніи выводят его. Затѣм, держа катетер над тазом или иной посудой, выпускают оставшуюся в нем мочу отнимая палец закрывавшій наружное отверстие инструмента. Эта маленькая операція требует большаго вниманія, ибо при ея производствѣ очень легко внести заразныя начала и вызвать упорное страданіе пузыря; поэтому я и считаю умѣстным привести это детальное описаніе тѣх мѣр, коими можно избѣжать этих осложненій.

Во второй половинѣ беременности и в особенности в концѣ ея, а также и во время родов не всегда бывает возможно выпустить всю мочу обыкновенным женским катетром, потому что он может оказаться слишком ко-

ротким (стеклянный кромѣ того может и переломиться). В этих случаях бывает целесообразно вывести мочу эластическим катетром, или, что еще надежнѣе, металлическим мужским катетром, который всегда должен имѣться в акушерском наборѣ (№ 20 скалы С h a r-
i è r e).

акusher-lib.ru

II.

ПРОСТОЕ ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

Простым внутренним акушерским или гинекологическим изслѣдованіем называется изслѣдованіе одним или двумя пальцами, введенными во влагалище, при чем не примѣняется надавливаніе другой рукой через брюшныя стѣнки, в отличіе от двойного, или комбинированнаго изслѣдованія, когда другая рука фиксирует и ощупывает через брюшныя стѣнки изслѣдуемый орган или связанную с ним опухоль. Случаи, гдѣ приходится ограничиваться одним внутренним гинекологическим изслѣдованіем, встрѣчаются не часто, напр. при значительной чувствительности живота, или при значительном его ожирѣніи, отекаѣ, или асцитѣ, а также при изслѣдованіи во время родов, или непосредственно перед ними, когда подлежащая часть плода стоит неподвижно в тазу.

Простое внутреннее изслѣдованіе производится обыкновенно одним указательным пальцем: правой, или лѣвой руки. Изслѣдуют пальцем той руки, у которой послѣдняя фаланга этого пальца наиболѣе чувствительна. Так как правой рукой мы обыкновенно пишем и вообще пользуемся больше чѣм лѣвой, то кожа праваго указательнаго пальца обыкновенно бывает немного толще, чѣм кожа лѣваго пальца. Поэтому нерѣдко

лѣвый палец обладает большею тактильною чувствительностью, чѣм палец правой руки. При изслѣдованіи указательный палец вводится во влагалище, для чего предварительно слѣдует развести малыя губы пальцами другой руки. При введеніи указательнаго пальца остальные пальцы могут быть или просто согнуты, за исключеніем большого пальца (см. рис. 43, *a.*), или напротив

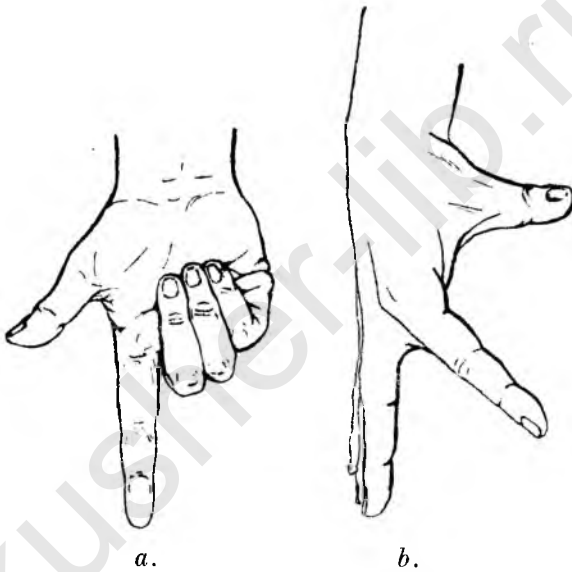


Рис. 46. Объясненіе рисунка. Положеніе пальцев при внутреннем изслѣдованіи.

всѣ пальцы остаются вытянутыми за исключеніем одного указательнаго пальца, который сгибается и притом в одном только пястно-фаланговом сочлененіи (см. рис. 43, *b.*).

Большой палец остается вытянутым в обоих случаях для того, чтобы во время изслѣдованія не прика-

саться к клитору и тѣм не вызвать совершенно нежелательнаго раздраженія этого чувствительнаго органа. Для той же цѣли надо во все время внутренняго изслѣдованія слѣдить за тѣм, чтобы этот палец всегда помѣщался не на средней линіи, а в одной из паховых складок женщины, в правой или в лѣвой складкѣ. Есть случаи, когда приходится дѣлать изслѣдованіе двумя пальцами: указательным и средним, вводимыми одновременно во влагалище. Так опредѣленіе степени раскрытія маточнаго зѣва при началѣ родов значительно облегчается изслѣдованіем двумя пальцами. То же относится и к измѣренію косою конъюгаты (*conjugata diagonalis*), которую вообще на нормальном тазѣ пзмѣрить одним указательным пальцем нельзя.

Придавши то или другое из описанных положеній пальцам той руки, которою собираются дѣлать изслѣдованіе и ставши в удобное положеніе, т. е. опираясь ногой на полку под креслом, если изслѣдованіе дѣлается на креслѣ, изслѣдователь смазывает конец пальца вазелином. Не слѣдует брать много вазелина, ибо если на пальцѣ будет комок этого вещества, то согрѣваясь во влагалищѣ он растает и потечет, загрязняя одежду изслѣдуемой и изслѣдующаго. Если изслѣдованіе производится лѣвым пальцем, то помѣщают большой и указательный пальцы правой руки на внутреннюю поверхность малых губ и раздвигают этими пальцами половую щель, сама рука при этом помѣщается против передняго конца половой щели, а вся ея задняя половина остается открытой. Раздвинувши таким образом малыя губы ставят конец лѣваго указательнаго пальца ультнарным краем на заднюю спайку и слегка отдавливая ее кзади проникают во вход во влагалище.

Здѣсь уместно разсмотрѣть вопрос об изслѣдованіи

дѣвственниц и в частности возможно ли сдѣлать у них изслѣдованіе *per vaginam*, не рискуя повредить дѣвственную плеву. Если представляется надобность сдѣлать внутреннее изслѣдованіе у дѣвочки, не достигшей еще *pubertatis*, то такое изслѣдованіе может потребовать общей анестезіи и даже бокового (кнаружи и кзади) разрѣза входа в вагину с послѣдующим наложеніем швов. Без этой предосторожности изслѣдованіе указательным пальцем должно оставлять поврежденія. Поврежденія эти впрочем не влекут за собой послѣдствій для здоровья, ибо извѣстны случаи, гдѣ акушеры при ягодичном положеніи плода проникали пальцем в его вагину и даже принимали влагалищную часть матки за язык, а ягодичное положеніе за лицевое (*Veilreau*). У старых дѣвственниц в климактерическом періодѣ так же, как у недостигших *pubertatis* дѣвочек может понадобиться сдѣлать изслѣдованіе маленьким пальцем, чтобы избѣгнуть причиненія боли. В большинствѣ случаев впрочем можно обойтись изслѣдованіем *per rectum*, которое может быть сдѣлано указательным пальцем даже у новорожденнаго плода. Достигшую *pubertatis* дѣвственницу всегда (конечно если нѣтъ аномалій развитія, или болѣзненной гиперестезіи) можно изслѣдовать указательным пальцем, не опасаясь повредить дѣвственную плеву. Для этого необходимо выполнить два условія: во первых, необходимо, чтобы ноготь был коротко острижен и палец хорошо смазан каким либо жирным веществом, а во вторых, необходимо, чтобы самая плева не была растянута во время введенія пальца. Еще *Аган* из опыта убѣдился, что если раздвинуть бедра, то растяженіе кожи промежности передается половой щели и дѣвственная плева при этом натягивается в формѣ діафрагмы. Если

кроме того раздвинуть малые губы, то явление это выступает еще рѣзче. В противоположность этому если бедра будут сближены, то растяжение плевры исчезает и можно проникнуть в ее отверстие, воспользовавшись ее эластичностью. Палец введенный в это отверстие ощущает как бы эластическій перехват вроде того, что получается, если надѣть на него тонкое резиновое кольцо. Само собой разумѣется, что к такому изслѣдованію прибѣгают только тогда, когда к нему представляются настоятельныя показанія.

При введеніи пальца во влагалище по указанному выше способу (см. стр. 189), отмѣчают степень сопротивленія задней спайки и ее эластичность. Во входѣ во влагалище отмѣчают величину этого отверстия, насколько оно охватывает палец и степень эластичности, а также и чувствительность этого мѣста если она имѣется налицо. Послѣ этого обслѣдываются *columnae rugarum*. Отмѣчают степень их развитія, хорошо ли онѣ выражены, сглажены онѣ, или нѣтъ. Сравнивают переднюю и заднюю *columna rugarum* и убѣждаются, что задняя выражена гораздо меньше. Изучают свойства слизистой влагалища: насколько она рыхла, сочна, или суха, тонка и эластична. Пробуют сопротивление промежности и нижняго отдѣла задней стѣнки влагалища отдаютывают промежность кзади и книзу и ощущают на нѣкотором разстояніи от входа во влагалище сопротивление *musculi levatoris ani*. При этом изслѣдованіи иногда сокращается *musculus constrictor cunni* и сжимает изслѣдующій палец. Понятно, что эти явленія можно наблюдать только у молодых и крѣпких еще не рожавших особей. У женщин рожавших сопротивление *musculi levatoris ani* проявляется в видѣ почти горизонтально идущаго довольно толстаго тяжа, прощупы-

ваемаго почти как раз посерединѣ длины влагалища. Каади оба тяжа сходятся на нѣкотором разстояніи от задней спайки и это ощущеніе сопротивленія тазового дна никогда не сливается с ощущеніем сопротивленія *musculi constrictoris cunni*, как это бывает у нерожавших. Нерѣдко при обследованіи верхней поверхности тазового дна у рожавших женщин можно отмѣтить, что фасція, покрывающая верхнюю поверхность *musculi levatoris ani (fascia pelvea)* при этом смѣщается изслѣдующим пальцем и образует складку которая ощущается в видѣ остраго края. Такое ослабленіе натяженія этой фасціи зависит, повидимому от надрывов ея, происходящих во время родов, потому что у нерожавших женщин это явленіе встрѣчается очень рѣдко и только тогда, когда имѣется расслабленіе всѣх тканей тазового дна от преждевременнаго увяданія. У рожавших женщин отсутствіе этого явленія встрѣчается рѣдко. Затѣм обследываются своды влагалища, для этого дѣлают в полости влагалища такія движенія, чтобы конец изслѣдующаго пальца двигался по поверхности конуса, коего верхушка находилась бы у входа во влагалище. Такими движеніями убѣждаются в степени расширенія верхняго отдѣла влагалища. У молодых женщин это расширеніе выражено рѣзко, в климактерическом періодѣ оно замѣняется суженіем по мѣрѣ приближенія к сводам влагалища. При таких конусобразных движеніях палец легко попадает в своды и легко наталкивается на влагалищную часть матки. Нахожденіе влагалищной части иногда затрудняется вслѣдствіе особенности ея положенія: она может помѣщаться очень высоко, или совсѣм сзади, или наконец спереди. Обыкновенно тот влагалищный свод, ближе к которому находится влагалищная часть, представляет-

ся болѣе глубоким, наоборот тот свод, который дальше от влагалищной части представляется болѣе растянутым и болѣе мелким, напр. если влагалищная часть матки помѣщается высоко кзади, то передній свод будет казаться растянутым и углубленіе его не будет замѣтно. В случаѣ затрудненія при отысканіи влагалищной части полезно припомнить совѣтъ *Budin*. Подобно тому как охотничья собака отыскивает дичь, дѣлая круги и постепенно уменьшая их подходит к цѣли своих поисков; конец пальца акушера описывает круги в полости влагалища и в его сводах и, постепенно уменьшая эти круги, он непременно должен натолкнуться на цѣль своих поисков—на влагалищную часть.

Единственный случай, когда при таком изслѣдованіи влагалищная часть может не попасться изслѣдующему пальцу, это когда имѣется поперечный перехват суживающій просвѣтъ влагалища, напр. при рубцовом суженіи влагалища. Перехват может зависѣть от врожденной аномаліи и только небольшое отверстіе с рѣзко очерченным краем будет сообщать нижній отдѣлъ влагалища, лежащій ниже перехвата от лежащаго выше отдѣла влагалища, в коем помѣщается влагалищная часть матки. Перед перехватом может быть расширеніе влагалища похожее на своды и тогда діагностика еще болѣе затрудняется. Сходство с сводами бывает выражено рѣзче во время беременности вслѣдствіе разрыхленія влагалища и большей его растяжимости.

Нерѣдко можно отмѣтить, что палец легче всего попадает в один из сводов: в задній, или один из боковых, рѣже в передній. Если подвижность матки при этом не нарушена, то болѣе легкое попаденіе пальца в боковой свод может зависѣть от привычнаго, часто

многолѣтняго растяженія этого отдѣла влагалища при отправленіи супружескихъ обязанностей,—это такъ называемый ложный путь (*fausse route P a j o t*), который можетъ имѣть слѣдствіемъ безплодіе.

Найдя влагалищную часть, тотчасъ оріентируются относительно мѣста, которое она занимаетъ въ полости малаго таза. Опредѣляютъ далеко ли она находится отъ входа во влагалище или близко отъ него, т. е. далеко ли нужно ввести палецъ, чтобы достигнуть до нея. Опредѣляютъ находится ли влагалищная порція въ переднемъ, или въ заднемъ отдѣлѣ таза; т. е. ближе къ симфизу, или ближе къ промонторію. Опредѣляютъ находится ли она въ плоскости средней линіи, или нѣтъ. Для этого надо стать прямо противъ средней линіи изслѣдуемой женщины и мысленно представить себѣ плоскость средней линіи, а затѣмъ сообразить, гдѣ находится влагалищная часть по отношенію къ этой плоскости,—вправо или влѣво отъ нея, или ея положеніе какъ разъ совпадаетъ съ этой плоскостью. Послѣ этого рѣшается вопросъ,—высоко или низко стоитъ влагалищная часть. Разстояніе ея отъ наружныхъ половыхъ частей не опредѣляетъ высоту ея стоянія, потому что, если напр. влагалищная часть помѣщается у самаго крестца, то изслѣдованіе можетъ показать, что палецъ надо ввести далеко, а между тѣмъ влагалищная часть можетъ при этомъ стоять низко по отношенію къ оси таза. Точно также при *anteversio* влагалищная часть всегда будетъ казаться выше чѣмъ при *retroversio*, потому что передняя стѣнка костнаго таза значительно короче задней стѣнки и то, что находится напр. на высотѣ середины крестца будетъ всегда казаться выше и дальше отъ тазоваго выхода, чѣмъ то, что будетъ находится на высотѣ середины *symphysis*, хотя по отношенію къ оси таза высота будетъ та же самая.

Опредѣливши положеніе влагалищной части, приступают к изслѣдованію ея самой. Здѣсь прежде всего отыскивают на ней отверстіе и опредѣляют его форму, величину, свойства краев: гладкіе, надорванные, твердые, мягкіе, тупые, острые. Если имѣются надрывы, то отмѣчают их. Пробуют насколько проникает мякоть послѣдней фаланги изслѣдующаго пальца в наружное отверстіе матки. Изучают форму влагалищной части, отмѣчают: овальную, круглую, коническую или иную ея форму. Опредѣляют величину ея, сравнивают поперечный и продольный діаметры и пытаются опредѣлить длину ея. Затѣм обследуется консистенція влагалищной порціи: твердая, мягкая, равномерная, или нѣт. Изучают свойства слизистой оболочки: гладка ли она, обладает ли она нѣкоторой подвижностью, или плотно прикрѣплена к глубже лежащим тканям, имѣются ли на ней неровности от рубцов на классических мѣстах Э м м е т о в с к а г о разрыва (т. е. по бокам) и глубоко ли проникают рубцы если они имѣются. В случаѣ глубоких разрывов особенно двухсторонних отмѣчается имѣется ли выворот губ маточнаго зѣва. Если разрывы глубоки, то изучают свойства слизистой выстилающей доступную часть шейнаго канала и сравнивают это ощущеніе с тѣм, которое дает слизистая оболочка влагалищной порціи. Отмѣчают, нѣт ли на поверхности влагалищной части особенно по сосѣдству с наружным отверстіем таких мѣст на слизистой оболочкѣ, которыя давали бы ощущеніе сходное с тѣм, которое наблюдалось при обследованіи слизистой шейнаго канала, ибо такое ощущеніе могут давать бывающія здѣсь эррозиі, которыя характеризуются, кромѣ того, особым напоминающим прикосновеніе к бархату ощущеніем. Далѣе отмѣчают *ovula Nabothii*, если они есть.

Они представляются в видѣ мелких вродѣ гороха выступов на слизистой и помѣщаются обыкновенно около наружнаго отверстія матки; прикосновеніе к ним иногда вызывает колющую боль. Затѣм отмѣчают направление, куда обращено отверстіе влагалищной части.

Если женщина не рожавшая, то наружное отверстіе матки ощущается в видѣ небольшого вдавленія, которое наблюдается, если надавливать мякотью пальца на самое отверстіе; вдавленіе это может казаться круглым или поперечно-овальным. Оно будет больше, обширнѣе если имѣется опуханіе слизистой шейнаго канала, напр., при его воспаленіи; но границы этого вдавленія будут всегда представляться эластично-податливыми и ровными—закругленными. Если женщина рожала, или если она выкинула один, или нѣсколько раз, или, наконец, если она подвергалась какой-либо операциі, сопровождающейся расширеніем шейнаго канала, то отверстіе матки и границы вдавленія, которое ощущается при изслѣдованіи пальцем, будут представляться неровными, на них будут в свою очередь ощущаться вдавленія, расположенныя звѣздообразно; вдавленія эти будут казаться плотнѣе окружающих тканей, они будут менѣе эластичны, словом, они будут обладать всѣми свойствами рубцовой ткани. Слизистая оболочка влагалищной части, которая у нерожавшей женщины даже у самаго наружнаго отверстія обладает еще нѣкоторой подвижностью соотвѣтственно рубцовым вдавленіям будет казаться совершенно неподвижной.

Далѣе изучают подвижность влагалищной порціи, опредѣляют куда она легче смѣщается: кпереди, кзади, вправо, влѣво. Изслѣдуют, зависят ли эти движенія от подвижности всей матки, или только от того, что при этом гнется шейка и надвлагалищная часть матки; в

послѣднем случаѣ отверстіе легко смѣщается во всѣх направленіях. В противоположность этому, если смѣщается вся матка, то ее можно оттолкнуть кверху. Затѣм опредѣляют примѣрно тяжесть или вѣс матки, пытаясь приподнимать ее, или подталкивать кверху. Старинные акушеры этому приему изслѣдованія придавали діагностическое значеніе и производили его при стоячем положеніи женщины. Для производства изслѣдованія в этом положеніи врач становится на одно колѣно, а другое колѣно помѣщает между бедрами стоящей перед ним женщины. Пальцем, введенным во влагалище, отыскивают влагалищную часть и стараются приподнять кверху опирающуюся на конец указательнаго пальца матку и отмѣтить ее приблизительный вѣс (взвѣшиваніе *V a u d e l o s q u e*). Увеличеніе вѣса может указывать на увеличеніе матки, зависящее напр., от беременности.

Затѣм изслѣдуются своды. Сравнивают глубину задняго свода с глубиною передняго и отмѣчают, что задній свод глубже; сравнивают правый свод с лѣвым и пытаются опредѣлить, который из них глубже. За сим изслѣдуется слизистая оболочка сводов. На ней отмѣчают складки, если онѣ есть. Отсутствіе складок и совершенная гладкость свода может указывать на то, что он растянут. Если есть складки, то опредѣляют, какое их направленіе, продольное или поперечное. Продольныя складки, особливо в заднем сводѣ, могут зависѣть от слипчиваго воспаленія слизистой, напр, при старческом ея воспаленіи (*colpitis adhaesiva senilis*), зависящаго от увяданія эпителия. При надавливаніи на своды отмѣчают ощущеніе: твердости или мягкости. В боковых сводах изслѣдуют пульсацію и если она есть, то отмѣчают ее. Мѣсто, гдѣ прощупывается пульсація

arteriae uterinae находится в передне-боковом сводѣ, на передней поверхности надвлагалищной части матки и если матка стоит низко, напр. в первые мѣсяцы беременности, то скользя обращенной къ ладонной поверхностью указательнаго пальца по передней поверхности матки нетрудно отыскать пульсирующую дугу маточной артеріи. Обыкновенно эту дугу принято изображать или в толщѣ широкой связки, или на задней поверхности надвлагалищной части около края матки. Нетрудно убѣдиться при операціях, напр., при экстирпаціи матки, что самая артеріальная дуга всегда помѣщается именно на передней поверхности матки. Эта интересная и важная практически анатомическая подробность была, насколько мнѣ извѣстно, впервые отмѣчена проф. Снегиревым по поводу перевязки этой артеріи, но в большинствѣ новѣйших изданій продолжают изображать эту дугу на задней поверхности матки, что совершенно не соответствует дѣйствительности. Прощупывая ткани, лежащія под слизистой сводов, отмѣчают, не попадаютъ ли в глубинѣ тяжи и нѣтъ ли рубцов на поверхности слизистой. Изучают степень сопротивленія сводов. Если свод растянут, то стараются опредѣлить, отчего это зависит: от твердаго инфильтрата, или от жидкаго эксудата, напр. от скопленія крови или гноя, или от присутствія опухоли, имѣющей опредѣленные очертанія; в послѣднем случаѣ пытаются опредѣлить, подвижна ли она, или нѣтъ и как она относится къ маткѣ, т.-е. имѣется ли ясная граница между нею и маткою, или доступная изслѣдующему пальцу поверхность этого органа непосредственно переходит в опухоль.

Затѣм ощупывают слизистую оболочку задней стѣнки влагалища и смотрят, в каком состояніи находится

прямая кишка. Если на ея мѣстѣ ощущается одна или нѣсколько опухолей, то пробуют придавить такую опухоль пальцем и если на ней, как на глинь, остается отпечаток, то это несомнѣнно кал. Жидкія испражненія могут давать ощущение флюктуаціи, а очень твердые комки могут быть смѣшаны с подвижными опухолями. Изслѣдуя переднюю стѣнку влагалища, пытаются выяснитъ состояніе мочевого пузыря. Если передняя стѣнка влагалища выдается и под нею прощупывается неопредѣленное, мягкое сопротивление, то наполненіе мочевого пузыря весьма вѣроятно.

Послѣ этого приступают к ощупыванію костей малаго таза. Для этого прямо кзади отыскивают конец копчика. Если встрѣчается сомнѣніе, гдѣ его искать, то сначала свободной рукой отыскивают снаружи очертанія крестца и, спускаясь по средней линіи задней поверхности этой кости, доходят до верхушки копчика, а пальцем, помѣщенным во влагалищѣ, отыскивают эту косточку. Найдя верхушку копчика, убѣждаются, чувствителен ли он при давленіи и обладает ли подвижностью. Ощупавши копчик, поднимаются по его средней линіи и переходят на переднюю поверхность крестца; здѣсь по бокам легко отыскиваются нижнія крестцовыя отверстія—*foramina sacralia anteriora*. Самое нижнее из этих отверстій находят с большою легкостью; при нѣкотором упражненіи прощупывают по два отверстія с каждой стороны (обѣ нижнія пары). Затѣм изслѣдуются очертанія передней поверхности крестца и опредѣляется форма крестцовой впадины: она должна быт глубока и дно ее пальцем достигнуть нельзя. Если она плоска, то палец отмѣчает эту особенность.

Послѣ этого изслѣдуют положеніе *promontorium* и

убѣждаются, что его нельзя достигнуть пальцем. Если *promontorium* достигим без особых усилій, то это указывает на сѣуженіе таза и служит показаніем к измѣренію *conjugatae diagonalis*. Далѣе палец переводится кпереди и стараются ошупать заднюю поверхность *symphysis ossium pubis*. Если пузырь пуст, то это удается легко, и палец находит выступ межкостнаго хряща. Скользя по задней поверхности лобковых костей и перемѣщая изслѣдующій палец по направленію к *foramen obturatorium*, наталкиваются на *musculus obturator internus*, а на его внутреннем концѣ, почти на мѣстѣ соединенія горизонтальной и нисходящей вѣтвей лобковых костей, находят мягкое углубленіе, пропускающее конец пальца,—это и есть *foramen obturatorium*. Спускаясь по задней поверхности нисходящей вѣтви лобковой кости (*ramus descendens ossis pubis*) и восходящей вѣтви сѣдалищной (*ramus ascendens ossis ischii*) доходим до сѣдалищнаго бугра. Опредѣляем примѣрное разстояніе между внутренними поверхностями этих бугров—праваго и лѣваго. Скользя по внутренней поверхности сѣдалищной кости и проводя палец кнаружи и кверху по краю сѣдалищной кости, достигаем до *spina ischii*. Опредѣляем форму этого выступа и степень выстоянія его в полость таза по направленію к средней линіи, а также примѣрное разстояніе между обѣими остями. Затѣм у верхушки сѣдалищной ости прощупываем плотный широкій тяж, идущій к крестцу—это есть *ligamentum spinosacrum*. Эта связка может быть чувствительна при надавливаніи и это может зависѣть или от заболѣванія самой связки, что бывает очень рѣдко, или от чувствительности в одном из крестцово-подвздошных сочлененій (*synchodroses sacroiliacae*). Квади и кнаружи от *li-*

gamentum spinoso-sacrum находим углубление—*foramen ischiadicum majus*, а в нем поперечно расположенные толстые стволы нервов крестцового сплетения, которые при ощупывании дают своеобразное ощущение ткани нервов и могут оказаться чувствительными при прикосновении или давлении.

В практическом отношении представляется важным знать, какія именно точки в полости малаго таза, доступныя ощупыванию при простом внутреннем изслѣдовании, потому что, если прощупывается больше подробностей, чѣм это возможно на нормальном тазѣ, то это должно указывать на измѣненіе формы таза—на уменьшеніе его размѣров, ибо точки, которыя на правильно развитом тазѣ находятся такъ далеко, что пальцем до них достигнуть нельзя, при суженіях таза могут быть легко достижимы.

Если таз нормальный, т.-е. если размѣры его діаметров соотвѣтствуют средним принятым в акушерствѣ за норму цифрам, то при внутреннем изслѣдовании можно отыскать и ощупать только нѣкоторые отдѣлы тазовой полости; значительная часть стѣнок этой полости вовсе не доступна изслѣдующему пальцу, потому что палец слишком короток для этого. Если ввести во влагалище два пальца, указательный и средній, то можно при податливости тазового дна достигнуть болѣе глубоко находящихся точек костнаго таза. Введеніе всей руки позволяет обследовать всю полость малаго таза и всю *linea innominata*. Собственно, того же можно достигнуть введеніем только четырех пальцев, но такое изслѣдованіе возможно только во время родов или в самом концѣ беременности и по большей части требует наркоза. Данныя, добываемыя изслѣдованіем двумя пальцами, мало отличаются от тѣх, кото-

рия добываются при изслѣдованіи одним пальцем. Только измѣреніе *conjugatae diagonalis* нѣсколько облегчается, если ввести в влагалище два пальца. Схематическій рисунок (рис. 47) дает общее представленіе о тѣх точках таза, которыя могут быть достигнуты и ощупаны при простом внутреннем изслѣдованіи одним указательным пальцем.

Для большей точности изслѣдованія боковых поверхностей полости таза примѣняется послѣдовательное изслѣдованіе пальцами обѣих рук: изслѣдованіе лѣвой половины таза женщины производится лѣвой рукой, а правой половины правой рукой, ибо это может значительно облегчить это изслѣдованіе.

Разумѣется, здѣсь имѣется в виду, что изслѣдованіе производится взрослым человѣком и что длина его указательнаго пальца приближается к средней длинѣ, т.-е. равняется около 10 сантиметров. Если рука акушера очень мала (что, впрочем, встрѣчается не особенно часто), то, конечно, приводимыя здѣсь данныя могут не найти примѣненія, потому что придется отказаться от изслѣдованія одним пальцем и замѣнить его изслѣдованіем всей рукой.

Разсматривая этот рисунок (рис. 47), нетрудно убѣдиться, что передній отдѣлъ таза можно обследовать весь вплоть до *linea innominata*. На задней поверхности таза можно достигнуть только до второго снизу крестцово-го отверстия и только в рѣдких случаях удается найти по три отверстия с каждой стороны, т.-е. достигнуть собственно до второго отверстия крестца (потому что эти отверстия, как и позвонки, всегда считаются сверху вниз). При изслѣдованіи *per rectum* можно прощупать и третье снизу отверстие, но это момент изслѣдованія довольно болѣзненный. Далѣе в нормальном тазу указа-

тельным пальцем достигнуть до *linea innominata* можно только на задней поверхности *symphysis ossium pubis* и с боков приблизительно до середины боковой поверхности малаго таза, вся задняя половина *linea innominata* ощупыванию одним пальцем недоступна. То же относится и к расположенному на этой линии *promontorium*. Отсюда слѣдствие простое: если указательный палец касается



Рис. 47. Объяснение рисунка. Схематическое изображение полости нормального таза и тѣх точек, которыя в ней доступны при внутреннем изслѣдованіи одним пальцем (то, что затушевано) *S.* *symphysis ossium pubis*; *P.* *promontorium*; *t. i.* *tuber ischii*; *s. i.* *spina ischii*; *l. l.* *ligamenta tuberosa et spinosa sacralia*; *fs₁*, *fs₂*... *foramina sacralia anteriora: primum; secundum, tertium...*; *o. c.* *os coccygis*; *f. o.* *foramen obturatorium*; *i. i. m.* *incisura ischiadica major*.

linea innominata в заднем отдѣлѣ таза, то по всей вѣроятности имѣется суженіе таза. Если в прямой кишкѣ имѣются твердыя каловыя массы, то при недостаточно внимательном изслѣдованіи их можно принять за *promontorium*, или за переднюю поверхность крестца. Вопрос рѣшается надавливаніем на эти массы и остающимися на них отпечатками от давленія пальцем. Если ни *promontorium* ни задній отдѣл *linea innominata* не достижимы для пальца, если до середины вогнутости крестца достигнуть тоже нельзя и если нѣтъ замѣтнаго сближенія остей и бугров сѣдалищных костей, то есть весьма большая вѣроятность, что размѣры таза нормальны; а если, кромѣ того, наружное измѣреніе тоже показало нормальные размѣры діаметров, то можно с полною увѣренностью сказать, что таз совершенно нормальный и что внутреннее измѣреніе излишне.

Во время внутренняго изслѣдованія необходимо постоянно помнить, что от результата этого изслѣдованія зависит многое и что прежде всего заключеніе, которое ожидается при этом от врача, налагает на него огромную отвѣтственность. Очень живо и вразумительно разсуждает об этом *W i g a n d*. «Если мы, говорит он, так-называемыя опыты акушеры, т.-е. такіе, которые вслѣдствіе значительнаго числа неудач и фатальных исходов имѣли уже случай сдѣлаться осмотрительнѣе и осторожнѣе; если мы искренно и откровенно пороемся в своих внутренних впечатлѣніях и убѣжденіях и поищем причину, почему мы *in praxi* так нерѣдко смѣшивали различныя показанія и тѣм иногда допускали излишнія страданія или даже несчастія как по отношенію к роженицам, так и к их дѣтям, то мы не без посрамленія найдем, что по крайней мѣрѣ в 8 случаях из 10 причина кроется в нерадивости

(Nachlässigkeit) и несовершенство, с которым при началѣ родов было сдѣлано изслѣдованіе и в частности добыты данныя об особенностях таза. В этих случаях оказывается одно из двух, или у нас не хватало мужества подвергнуть роженицу такому необычному и для ея семейства совершенно неслыханному, причиняющему к тому же, пожалуй, совершенно излишнюю боль приему, как изслѣдованіе цѣлой рукой, да еще в присутствіе различных соболѣзнующих родственников и словоохотливых тетушек; или мы утѣшаем себя тѣм (погрѣшность, особенно часто случающаяся с начинающими), что предшествующіе роды закончились счастливо и что слѣдовательно и теперь будет то же, и даем склонить себя поддаться столь опасной в этих случаях вѣрѣ в такое предположеніе и довѣрью к вытекающему из него ничего недѣланію»¹⁾.

В особенности не слѣдует останавливаться перед различнаго рода просьбами поскорѣе закончить изслѣдованіе. У первородящих, в особенности если онѣ страдают повышенной чувствительностью, или слабой степенью ваганизма, безпокойное отношеніе к изслѣдованію и нетерпѣніе, которое онѣ при этом выказывают, могут иногда мѣшать, в значительной степени, исполнѣ отчетливому проведенію этого діагностическаго приема. Здѣсь полезно помнить старинное правило: никогда не заканчивать внутренняго изслѣдованія, не придя к какому-либо исполнѣ опредѣленному заключенію, ибо неопредѣленность заключенія есть уже показаніе к изслѣдованію, хотя бы для этого потребовался наркоз и введеніе цѣлой руки.

Изслѣдованіе цѣлой рукой (*exploration manuelle*),

¹⁾ W i g a n d loco citato, Band II, pag. 193.

о котором мы уже упоминали выше, в настоящее время особенно высоко цѣнится Парижской акушерской школой и нерѣдко, дѣйствительно, оказываетъ серьезныя услуги. Мы разсмотримъ здѣсь нѣкоторыя изъ показаній къ этому незамѣнимому во многихъ случаяхъ приему.

Всякій разъ, когда изслѣдованіе однимъ или двумя пальцами даетъ неопредѣленные или отрицательные результаты и когда изслѣдующій убѣдится, что этими приемами онъ ничего болѣе добыть не въ состояніи, онъ обязанъ или пригласить болѣе опытнаго врача или приступить къ изслѣдованію цѣлой рукой.

Во время беременности такое изслѣдованіе показуется при сомнѣніяхъ относительно опредѣленія внутреннихъ размѣровъ таза, напр. вслѣдствіе прирожденной малости руки акушера или короткости его пальцевъ и т. п. или даже и просто, чтобы составить себѣ болѣе точное представленіе объ этихъ размѣрахъ, напр., когда надо въ сомнительномъ случаѣ выяснить показанія къ симфизеотоміи или къ консервативному кесарскому сѣченію. В самомъ дѣлѣ введеніе цѣлой руки позволяетъ сразу болѣе точно судить о внутреннихъ размѣрахъ таза, потому что при этомъ легче ориентироваться относительно пространственныхъ впечатлѣній.

Во время родовъ изслѣдованіе цѣлой рукой можетъ понадобиться для нахожденія наружнаго маточнаго отверстія, если оно пальцу недоступно, напр., потому что оно стоитъ слишкомъ высоко къзади вслѣдствіе фиксированной искусственно въ *anteversio* матки, какъ это встрѣтилось мнѣ въ одномъ случаѣ, приведшемъ къ кесарскому сѣченію вслѣдствіе невозможности закончить роды иначе, несмотря на совершенно нормальный тазъ.

При всякомъ затрудненіи во время родовъ, зависящемъ отъ измѣненія механизма родовъ, тоже могутъ явиться

показанія к изслѣдованію всей рукой. Так, при недостаточном внутреннем поворотѣ (*tiefer Querstand*) положеніе головки может измѣниться само собою дѣйствіем одних маточных сокращеній, вслѣдствіе простого введеніе четырех пальцев руки (см. ниже). То же самое может произойти при неполном лицевом предлежаніи, напр., при лобном предлежаніи. Здѣсь если не произойдет самопроизвольное сгибаніе головки во время изслѣдованія цѣлой рукой, то это изслѣдованіе можно закончить примѣненіем одного из приѣмов, напр., приѣма *Tarnier* или *Pinard* (*vielle methode française*), т.-е. таких манипуляцій, которыя помощью двойного изслѣдованія производят искусственное сгибаніе головки.

Введеніе всей руки в половые органы женщины требует нѣкоторых предосторожностей, которыя полезно здѣсь перечислить: 1, в большинствѣ случаев необходим наркоз; 2, вліяніе всяких вяжущих спринцованій, напр., спринцованія сушеной дольгой должны быть устранены спринцованіем с лизолом, или еще лучше с послѣдующим смазываніем руки мылом проф. *Левшина*; 3, необходимо тщательно слѣдить за тѣм, чтобы малыя губы не проталкивались в полость влагалища во время введенія руки, для этого одна из малых губ придерживается свободной рукой изслѣдующаго, а другая фиксируется помощником; 4, необходимо при введеніи пальцев отдавливать заднюю спайку кзади, а во время самага изслѣдованія надо слѣдить за задней спайкой и не надавливать на нее слишком сильно, потому что можно получить разрыв промежности и даже не замѣтить, когда именно он произошел (что и случается иногда с начинающими, в особенности в тѣх случаях, когда рука вводится глубоко в полость матки, напр., при опе-

раціях); 5, если подлежащая часть уже опустилась, или начала опускаться в полость малаго таза, то необходимо слѣдить за тѣм, чтобы не смѣстить ее при введеніи руки и не измѣнить благопріятное ея положеніе в менѣе благопріятное или даже неблагополучное.

акusher-lib.ru

III.

ОПРЕДѢЛЕНІЕ АНОМАЛІЙ ТАЗА ПОМОЩЬЮ ВНУТРЕННЯГО ИЗСЛѢДОВАНІЯ И ПАЛЬЦЕ- ВОЕ ИЗМѢРЕНІЕ ВНУТРЕННИХ РАЗМѢРОВ ТАЗА.

Если имѣются какія-либо основанія сомнѣваться в правильном развитіи таза, или если нужно рѣшить вопрос о могущих встрѣтиться во время родов осложненіях, то приходится составить себѣ ясное представленіе о полости малаго таза и ея размѣрах. Большая часть данных, необходимых для этой цѣли, добывается простым внутренним изслѣдованіем, сопровождаемым измѣреніем ручным или инструментальным.

Показаніями к тщательному изслѣдованію внутренних размѣров таза бывают:

1. Наличие рахитических измѣненій скелета: на конечностях, на реберных концах и т. п.; заявленіе о том, что женщина поздно начала ходить, и иные наружные признаки рахита.

2. Чрезмѣрно малый рост женщины и узкость ея видимаго тазового кольца.

3. Уменьшеніе наружнаго прямого размѣра—
D.V. менѣе 20 сантиметров.

4. Увеличеніє нѣкоторых из поперечных діаметров и вообще всякія уклоненія от принятых за норму наружных размѣров таза (см. таб. на стр. 212).

5. Всякія измѣненія формы скелета, касающіяся позвоночника и нижних конечностей.

6. Продолжительность предшествовавших родов и различныя механическія их осложненія, как-то: неправильная позиція плода, выпаденіе пуповины, признаки сдавленія головки плода, ложковидныя вдавливанія костей его черепа и т. п.

Задавшись цѣлью рѣшить практическій вопрос о пригодности даннаго таза для естественнаго окончанія родов и вообще для родоразрѣшенія через естественныя родовые пути, мы не будем разсматривать подробности аномалій таза, требующих кесарскаго сѣченія, потому что они встрѣчаются рѣдко и потому что опредѣленіе их внутренних размѣров чрезвычайно просто. Всякій таз, имѣющій хотя бы один из внутренних діаметров менѣе 4 сантиметров (4 сантиметра равняются как раз ширинѣ двух пальцев средняго и указательнаго) служит общепризнанным абсолютным показаніем к кесарскому сѣченію. Не надо имѣть большой опытности во внутреннем изслѣдованіи, чтобы тотчас убѣдиться, что *chondroma*, или *osteo-sarcoma*, выполняющая полость таза, представляет непреодолимое препятствіе для прохожденія плода через тазовое кольцо. То же самое относится к рѣдкостным случаям так-называемаго *Robert's* овскаго таза, т.-е. такого таза, в котором вовсе нѣтъ крыльев у крестцовой кости и в котором палец по бокам вездѣ натывается на кость, потому что полость таза имѣет форму узкой продольной щели. То же самое относится и к тазу остеомалятическому в

сильных степенях, при котором всё кости тазового кольца вдавливаются в его полость и палец вездѣ встрѣчает неподатливую тазовую стѣнку. (Это, конечно, не относится к тѣм случаям остеомаліаціи, гдѣ кости еще совершенно мягки и могут растягиваться во время родов.) Сильныя степени спондилолистеза, т.-е. сползанія поясничных позвонков в полость малаго таза на первый взгляд могут вовсе не отличаться при внутреннем изслѣдованіи от новообразованія, исходящаго из крестцовой кости, и затрудненія для діагностики обыкновенно не представляют, потому что измѣненія наружных очертаній поясничной области дают прямыя точки опоры для дифференціальной діагностики. Изученіе всёх этих аномалій представляет, конечно, значительный теоретическій интерес, и онѣ должны каждый раз подвергаться тщательному и всестороннему изученію, но, преслѣдуя цѣли практическія, мы на них здѣсь останавливаться не будем, отсылая читателя к обширным руководствам по акушерству, гдѣ об этом трактуется подробно. Существенныя особенности всёх этих аномалій так характерны, что достаточно увидать хоть раз их изображеніе, чтобы запомнить навсегда. Мы не считаем нужным воспроизводить относящіяся к ним рисунки, потому что они имѣются в любом учебникѣ.

Практическое значеніе может имѣть изученіе только тѣх тазов, через которые может быть помощью искусства проведен жизнеспособный плод.

Сюда относится только четыре формы аномалій таза:

1. Общесъуженный простой или рахитическій.
2. Плоскій рахитическій.
3. Кифотическій.
4. Нѣкоторые виды кососъуженных тазов (таз

Naegle, коксалгическій).

Эти четыре формы мы главным образом и будем имѣть в виду при дальнѣйшем описаніи.

Особенности размѣров всѣх этих тазов видны из таблицы.

Примѣры измѣреній. ¹⁾

Т А З Ы.	Д І А М Е Т Р Ы.					
	D.V.	D.S.	D.C.	D.T.	C.D.	C.V.
Нормальный	20,5	26	29	31,1	12,5	11
Рахитическій	17	27	27	31	10	8,5
Плоскій	16,0	21	25	(31,5)	10,5	8,6
Кифотическій	22	27	30	31	12,3	11,7
Малый. (Zwerg-Becken) .	15,0	17,0	20,5	24,5	9,5	8,5

D.V. Diameter Baudelocque
 D.S. » Spinarum
 D.C. » Cristarum
 D.T. » Trochantericus
 C.D. Conjugata Diagonalis
 C.V. » Vera.

Практическое значеніе имѣют главным образом сѣуженія входа в таз по безъимянной линіи, из них чаще всего встрѣчаются сѣуженія прямого размѣра таза (*conjugata vera*). Сѣуженія выхода таза, если вход нормальный, в большей части случаев могут быть преодолены наложеніем щипцов, или иными оперативными пособіями, не ставящими жизнь роженицы в опасность.

Если хотя один из діаметров тазового входа будет равен 6-ти сантиметрам или будет менѣе 6-ти санти-

¹⁾ Эта таблица помѣщена выше в отдѣлѣ наружнаго изслѣдованія (см. стр. 120).

метров, то провести через такой таз живой и жизнеспособный плод нельзя, но извлечь его по частям помощью уменьшающих плод операций еще возможно. Такие тазы еще недавно выставлялись нѣкоторыми авторами, как показаніе к уменьшенію головки на живом плодѣ; но, по современным нашим представленіям о рациональной акушерской помощи, они должны служить показаніем только к одной операціи—к кесарскому сѣченію, которая при теперешних условіях едва ли опаснѣе тѣх оперативных приѣмов, которыми при этих условіях ее приходится замѣнять. Надо думать, что не далеко то время, когда показанія и к искусственному законному выкидышу при суженіях таза исчезнут совершенно, и когда невозможность получить живого и жизнеспособнаго плода через естественные родовые пути будет служить показаніем только к одному из двух: или к кесарскому сѣченію, или к устраненію всякой возможности зачатія. Тогда суженія таза в 6 и менѣе сантиметров будут в большинствѣ случаев служить показаніем к кесарскому сѣченію, потому что искусственные преждевременные роды при таких размѣрах таза, даже если комбинировать их с симфизеотоміей, пришлось бы дѣлать около седьмого мѣсяца, т.-е. в такое время, когда на возможность выкормить ребенка надежда очень слабая. Огромные успѣхи искусственнаго вскармливанія, достигнутые парижской акушерской школой даже при примѣненіи кормленія помощью зонда (*gavage*), не измѣнили справедливости положенія, высказаннаго еще 200 лѣтъ тому назад знаменитым *Maugisseau*: «Рожденіе ребенка на седьмом мѣсяцѣ имѣет болѣе общаго с выкидышем, чѣм с естественными родами».

Разсматриваемую нами степень суженія (6 сант. и менѣе), слѣдовало бы раз навсегда отнести к абсо-

лютым суженіям, показующим кесарское сѣченіе. Тогда не повторялись бы случаи прободенія головки при производствѣ искусственных преждевременных родов, потому что неизбежность смерти плода слѣдует предвидѣть заблаговременно и не предпринимать таких операций, которыя могут ее отсрочить только на нѣсколько часов. Даже если мы дѣлаем уменьшающую объем плода операцію на таком плодѣ, который умер во время родов, то в сущности нѣтъ никакой разницы от такого случая, гдѣ разрушающая плод операція производилась бы пока он еще был жив, потому что не существенно то, что плод умирает до оперативнаго пособия, назначеннаго для спасенія жизни его матери, не существенно для него и то, что он непременно умер бы при ея производствѣ, потому что это вопрос нѣскольких часов; а существенно то, что не примѣняется та операція, которая могла бы сохранить его жизнь и не увеличила бы, а быть может и уменьшила ту опасность, которая угрожает его матери. Мало того, мы нерѣдко примѣняем и такія операціи, которыя жизнь плода ставят в исключительно опасное положеніе, напр., поворот и извлеченіе за ножки при суженіях таза. Здѣсь при самых благопріятных условіях, т.-е. когда головку удастся протащить через таз, все таки, по самому существу дѣла, имѣется уже нѣкоторое уменьшеніе шансов на жизнь плода (большія статистики все-таки дают около 15% смертности плода при родах ягодичным концом, когда таз нормальный). Но операція эта может оказаться прямо смертоносной для плода, напр., когда приходится дѣлать перфорацію послѣдующей головки; между тѣм всѣ эти роковыя случайности могут зависѣть от уменьшенія діаметра таза на $\frac{1}{2}$ сантиметра..

Уже из этих примѣров видно, что изученіе размѣров полости малаго таза должно быть производимо с большой тщательностью. Показанія к различнаго рода операціям могут измѣняться при разницѣ даже в $\frac{1}{2}$ сантиметра при рѣшеніи вопроса о комбинаціи нѣскольких операцій, напр. при соединеніи преждевременных родов симфизеотоміей и наложеніем щипцов.

Займемся разсмотрѣніем перечисленных нами аномалій таза и тѣх данных, которыя получаютъ при них помощью внутренняго изслѣдованія.

Внутреннее изслѣдованіе можетъ обнаружить наличность измѣненій формы таза в различные моменты: у женщины небеременной, или во время этого процесса помощью непосредственнаго изученія полости таза. Во время родов оно можетъ обнаружить особенности механизма родов, зависящія от измѣненій таза и наконец, в послѣродовом состояніи; послѣднее можетъ имѣть значеніе только по отношенію к могущимъ быть впослѣдствіи родам, но вслѣдствіе особенно благоприятныхъ для измѣренія условій заслуживаетъ большаго вниманія, чѣмъ ему обыкновенно отдается.

Мы уже видѣли выше в предыдущей главѣ, что в нормальном тазу достигнуть до *promontorium* при изслѣдованіи однимъ пальцемъ невозможно: это причинило бы значительную боль и потребовало бы значительныхъ усилій, которыя не всякій можетъ выполнить. Если при внутреннемъ изслѣдованіи палецъ легко достигаетъ *promontorium* и если предварительное измѣреніе верхней или анатомической конъюгаты черезъ брюшныя стѣнки показываетъ уменьшеніе прямого внутренняго діаметра, то это является показаніемъ к всестороннему изученію и тщательному измѣренію таза.

Для этого прежде всего подвергаютъ самому тщатель-

ному обследованію *promontorium* или то, что при внутреннем изслѣдованіи было принято за *promontorium*. Если то, до чего достигает палец, есть дѣйствительно *promontorium*, то по бокам от этого выступа мы встрѣтим крылья крестцовой кости, которыя представляются в видѣ закругленнаго выступа, удаляющагося къзади и и кнаружи и переходящаго далѣе в *linea innominata*. По средней линіи кверху от *promontorium* палец ощущает пустоту, потому что передняя поверхность пятого поясничнаго позвонка направлена кверху и палец ея не достигает. Если, как это бывает очень рѣдко, палец достигает передней поверхности пятого поясничнаго позвонка, то по бокам он встрѣтит углубленія и будет касаться боковой поверхности позвонка (здѣсь будет не *linea innominata*). Если палец касается выступа между первым и вторым крестцовым позвонком, что бывает при нѣкоторых формах рахита, когда хрящ между этими позвонками образует второй *promontorium*, так-называемый *promontorium Mikaelis*, то по бокам мы встрѣтим плоскую поверхность и на ней ямки — переднія крестцовыя отверстія. Всѣ только-что перечисленныя анатомическія подробности видны на рисунокѣ (рис. 48).

Убѣдившись, что крестцовая впадина выражена хорошо, т.-е. достаточно глубока, потому что ниже найденнаго при внутреннем изслѣдованіи мыса (*promontorium*) палец ощущает углубленіе, в котором с большим усиліем можно достигнуть передней поверхности крестца, или вовсе не удастся ея достигнуть, приступают к измѣренію пальцами косога размѣра таза—*conjugata diagonalis*. Для этого вытянутый указательный палец упирают в доступную точку *promontorium*, а большой палец помѣщается в одной из паховых скла

док, сбоку от клитора. Пальцевая складка между большим и указательным пальцами касается нижняго края *symphysis ossium pubis*, или точнѣе *ligamenti arcuati inferioris*. Эта связка ощущается сквозь слизистую оболочку в видѣ довольно остраго края. Потомъ

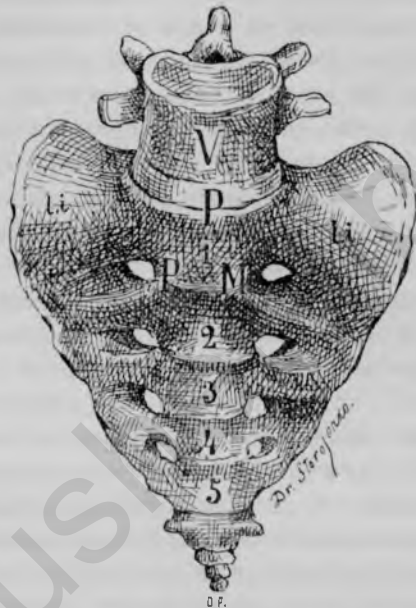


Рис. 48. Объясненіе рисунка. Схема, напоминающая анатомическія подробности при изслѣдованіи мыса и передней поверхности крестца *V. vertebra quinta*; *P. promontorium*; *l. i. linea innominata*; *P. M.* Мѣсто, гдѣ бывает ложный мыс—*promontorium Mikaelis*. Арабскія цифры: 1, 2, 3... обозначают крестцовые позвонки.

указательнаго пальца свободной руки отмѣчают мѣсто, гдѣ ощущается этот край и, не измѣняя положенія пальца, которым дѣлалось измѣреніе, выводят его из влагалища и поручают помощнику смѣрить лентой

разстояніе от конца пальца до мѣста отмѣчаемаго ногтем другой руки. Не слѣдует дѣлать это измѣреніе акушерским циркулем, ибо результаты всегда выходят менѣе точные (очень трудно уставить концы циркуля как раз против конца пальца и против ногтя, отмѣчающаго измѣряемую длину). Раздѣленная на сантиметры линейка, конечно, может замѣнить ленту. В нормальном тазу косої діаметр С. D. равняется $12\frac{1}{2}$ —13 сантиметрам. Из этого размѣра вычитают от $1\frac{1}{2}$ до 2 сантиметров, чтобы получить величину истинной конъюгаты (С. V.). Положеніе *symphysis* по отношенію к *promontorium* имѣет значеніе при вычисленіи истинной конъюгаты по діагональной. Чѣм ниже по отношенію к мысу будет стоять лонное сращеніе, тѣм болѣе будет разница между С. D. и С. V. Наклоненіе плоскости *symphysis* по отношенію к плоскости тазового входа тоже вліяет на эту разницу. Есть случаи, гдѣ из С. D. надо вычитать до 3 сантиметров (F a r a b e u f), хотя обыкновенно приходится вычитать $1\frac{1}{2}$ рѣдко 2 сантиметра. Выше было указано, что одним указательным пальцем нельзя достигнуть *promontorium*, если таз сужен в переднезаднем направленіи. При очень большом навыкѣ к этого рода измѣреніям и при особо благопріятных условіях, напр. при значительной податливости тазового дна и при отсутствіи, чувствительности напр., под наркозом, конечно, можно сдѣлать такое измѣреніе діагональной конъюгаты нормальнаго таза, но для этого необходимо ввести во влагалище два пальца, указательный и средній, и примѣнить значительное усиліе. Даже в тѣх случаях, гдѣ привычный человек легко достигает до *promontorium*, начинающему или менѣе опытному это может и не удался. Чаще всего это зависит от неправильнаго положенія руки: нерѣдко

при введеніи указательнаго пальца во влагалище для такого измѣренія недостаточно сгибают остальные пальцы и вслѣдствіе этого не удается вдавить, насколько это требуется, мягкія части тазового дна; другое обстоятельство, тоже мѣшающее успѣшности этого приема состоит в том, что локоть изслѣдующей руки помѣщается недостаточно низко, и при надавливаніи на тазовое дно согнутые пальцы упираются в передній отдѣл костнаго таза в его полость, вдавливая мягкія части. Чтобы избѣжать всего этого, необходимо помнить, что если изслѣдованіе производится на постели, то под крестец слѣдует или подложить подушку или рекомендовать женщинѣ подложить свои руки (кулаки), а при введеніи пальца для измѣренія діагональной конъюгаты локоть руки, которою производится изслѣдованіе, должен касаться постели, на которой лежит изслѣдуемая женщина. Эти маленькія предосторожности могут значительно облегчить этот прием.

Убѣдившись, что *promontorium* достигим пальцем и записавши длину С.Д., приступают к ближайшему обследованію передней поверхности крестца.

В нормальном тазу, как уже сказано, можно найти два нижнія крестцовыя отверстія; при изслѣдованіи *per rectum* можно найти и третье снизу отверстіе. Если через влагалище прощупывается болѣе двух пар передних крестцовых отверстій, то это значит, или что вогнутость крестца не так глубока или что самый крестец помѣщается ближе к *symphysis ossium pubis*. В случаѣ общесъуженнаго таза вогнутость крестца может быть выражена очень ясно, но вслѣдствіе уменьшенія всѣх діаметров таза вся передняя поверхность крестца до *promontorium* включительно может быть достигнута изслѣдующим пальцем, который может

находить всё четыре пары крестцовых дыр, что конечно должно служить показанием к тщательному изслѣдованію и измѣренію всей полости малаго таза. Если па-лец достигает только до *promontorium*, а ниже этого выступа встрѣчает глубокую яму, то это значит, что крестец не плоскій и что вогнутость передней поверхности этой кости выражена хорошо. Это и бывает в случаѣ простого плоскаго таза, т.-е. когда бывает уменьшен только прямой размѣр входа в таз. Если кро-мѣ уменьшенія прямого размѣра входа имѣется еще и уменьшеніе прямого размѣра полости таза, т.-е. если вогнутость крестца уменьшена, или отсутствует, или если имѣется налицо так называемый ложный мыс *Mikaelis*, то разстояніе от *symphysis* до этого мыса должно быть смѣрено точно так же, как и разстоя-ніе от нижняго края *symphysis* до середины самаго глубокаго мѣста на передней поверхности крестца. Как будет видно ниже, плоскій крестец и ложный про- montorium значительно затрудняют прохожденіе го-ловки плода через тазовое кольцо, и предсказаніе становится гораздо серьезнѣе, чѣм при суженіи одного только входа в таз; есть случаи, гдѣ, несмотря на незна-чительное, на первый взгляд, суженіе, шансы на про-веденіе через тазовое кольцо живого и жизнеспособнаго плода представляются в высокой степени сомнитель-ными.

Разсматривая рис. 49, нетрудно убѣдиться, что на нормальном тазу самое узкое мѣсто на сагиттальном разрѣзѣ соотвѣтствует истинной акушерской конъюгатѣ *C.V. = 11* сантиметрам; самое большое разстояніе находится между задней поверхностью *symphysis* и серединой крестца, оно равняется 12 сантиметрам; наконец прямой размѣр выхода таза, т.-е. разстояніе

между нижним краем симфизы и верхушкой крестца, меньше этого разстоянія, но больше С.V., оно равно $11\frac{1}{2}$ сантиметрам.

Уже из рисунка видно, что копчик при измѣреніи прямого размѣра выхода во вниманіе не принимается.

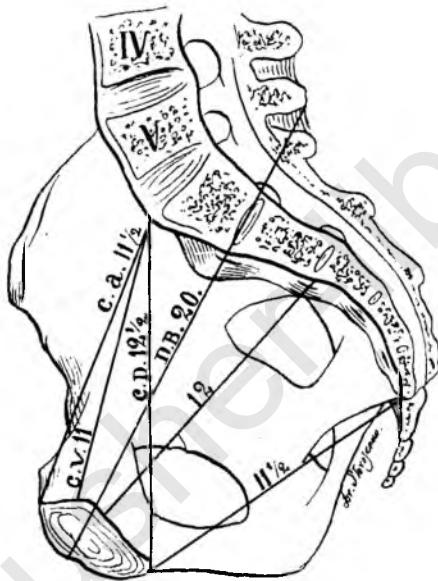


Рис. 49. Объясненіе рисунка. Схема, показывающая различные прямые размѣры нормального костнаго таза в сантиметрах. (с. а. *Conjugata anatomica*; с. в. *Conjugata vera*; D.B. *Diameter Baudelocque*).

Дѣлается это потому, что эта косточка во время родов совершенно отклоняется кзади вмѣстѣ с мягкими частями тазового дна, в коих она заложена. Проявляющаяся столь рѣзко во время родов подвижность копчиковаго сочлененія наблюдается и в небеременном состояніи. При изслѣдованіи крестца необходимо уѣ-

даться, есть ли подвижность в этом сочленении, потому что возможны его анкилозы.

Разматривая рис. 50, можно видеть, что при общесуженном тазѣ всѣ прямые размѣры могут быть уменьшены совершенно равномерно, а общая конфигурація



Рис. 50. Объясненіе рисунка. Схема, показывающая отношенія прямых размѣров общесуженнаго (не рахитическаго) таза к размѣрам нормальнаго.

костей может быть сохранена. Уменьшеніе длины крестцовой кости и болѣе близкое положеніе передней ея поверхности по отношенію к выходу таза объясняет, почему в случаях, подобных этому, возможно ощущеніе всей передней поверхности крестца, конечно если этому не препятствует состояніе мягких частей. В обще-

суженном тазѣ истинная конъюгата C.V. обыкновенно бывает близка к 9 сантиметрам. Менѣе 8 сантиметров она при этом не бывает (Litzman). Тѣ случаи, гдѣ она меньше 8 сант., относятся к общесуженным плоским тазам, т.-е. к таким тазам, гдѣ кромѣ умень-

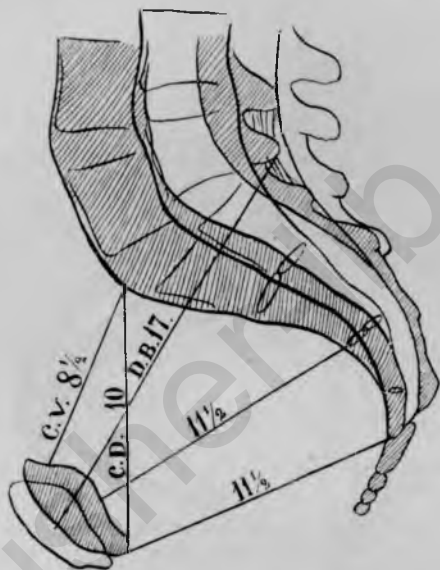


Рис. 51. Объясненіе рисунка. Схема, показывающая отношенія прямых размѣров плоскаго таза к размѣрам нормальнаго.

шенія всѣх диаметров имѣется еще и относительное уменьшеніе прямого размѣра. Общесуженный таз встрѣчается значительно рѣже простаго плоскаго и плоскаго рахитическаго (простаго плоскій таз это такой, который уменьшен только в прямом размѣрѣ входа и отличается от плоскаго рахитическаго только тѣм, что при нем нельзя доказать бывшаго в дѣтствѣ рахита и измѣненія скелета при нем менѣе замѣтны).

В тазѣ плоском рахитическом прямые размѣры полости могут быть очень близки к нормальным; они могут быть и увеличены, если вогнутость крестца глубже нормальной; но они могут быть и значительно меньше, если крестец плоскій, или если имѣется ложный *promontorium*

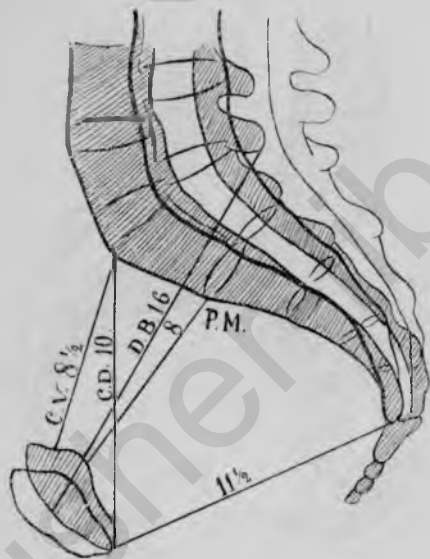


Рис. 52. Объясненіе рисунка. Схема прямых размѣров плоскаго рахитическаго таза с плоским крестцом и с ложным мысом; P.M. *promontorium* Mikaelis.

montorium Mikaelis. Если крестец уплощен или если он укорочен, то на нем можно, при внутреннем изслѣдованіи, отыскать большее число отверстій, чѣм на тазѣ нормальном.

В тазах кифотических ¹⁾ обследованіе передней по-

¹⁾ От слова *kyphosis*—горб. В этих тазах, вследствие перемѣщенія назад центра тяжести туловища, крестец верхнею своею

верхности крестцовой кости дает мало данных: *promontorium* недостижим вовсе ни одним ни двумя пальцами, крестцовые дыры можно найти так же, как и в нормальном и в таком же количестве. Иногда через *rectum*

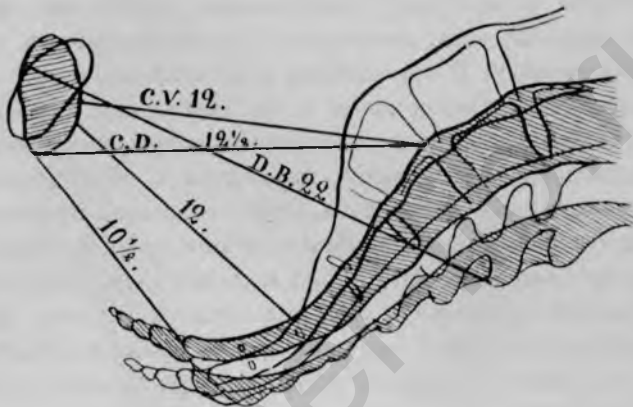


Рис. 53. Объяснение рисунка. Схема, показывающая отношения прямых размеров таза кифотического к размерам таза нормального.

третья снизу пара крестцовых отверстий достижима пальцем с меньшим усилием, чем при тазѣ нормальном. Расстояние между верхушкой крестца и симфизой бу-

частью подается кзади, а нижнею (верхушкой) впереди; отсюда увеличение истинной конъюгаты и уменьшение прямого размера выхода.

дет уменьшено и должно быть измѣрено так же, как измѣряется *conjugata diagonalis*.

Сравнивая очертанія, изображенныя на рисунках 49, 50, 51, 52 и 53, нетрудно отмѣтить особенности прямых размѣров всѣх тѣх тазов, которые мы имѣли в виду рассмотреть в нашем описаніи. Измѣненія очертаній размѣров поперечных, свойственныя отдѣльным формам аномалій таза, значительно проще измѣненій размѣров прямых. Возвращаемся к изслѣдованію полости малаго таза. Покончивши с изслѣдованіем передней поверхности крестца и записавши размѣры, полученные при пальцевом измѣреніи, переходим к обследованію боковых стѣнок малаго таза. Здѣсь важным в практическом отношеніи представляется умѣніе ориентироваться относительно симметріи обѣих половин таза. Для этого стараются представить себѣ мысленно плоскость, проходящую по средней линіи таза, и во время изслѣдованія стараются отмѣтить разстояніе различных точек боковой стѣнки таза от этой воображаемой плоскости. Выше было указано, что в нормальном тазу не всѣ точки боковой поверхности малаго таза бывают доступны при изслѣдованіи одним пальцем. На рис. 47 представлено графически то, что доступно при таком изслѣдованіи (см. рис. 47 и объясненіе к нему). При обыкновенных условіях только передняя половина *lineae innominatae* может быть обследована одним указательным пальцем; если палец достигает до задних отдѣлов этой линіи, то это значит, что она помѣщается ниже и ближе к проводной линіи таза, как это бывает напр., при тазах общесъуженных и это должно служить показаніем к тщательному инструментальному измѣренію поперечных размѣров изслѣдуемаго таза. Если кромѣ укороченія *conjugatae verae* мы встрѣчаем легко

достижимую *linea innominata* и легко доходим до *synchondrosis sacro-iliaca*, то это указывает, что таз общесъуженный, а если имѣются на лицо измѣненія формы крестца (плоскость его, добавочный *promontorium* и т. п.), то это будет общесъуженный рахитическій таз, в акушерском отношеніи самый непріятный. Как видно

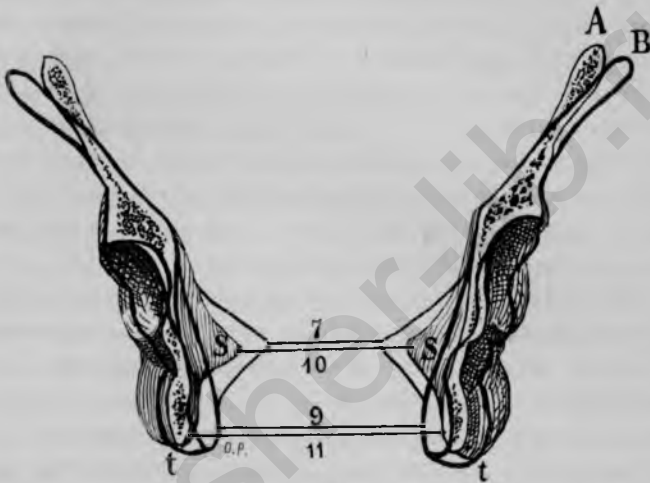


Рис. 54. Объясненіе рисунка. Схема, показывающая отношеніе поперечных размѣров таза кифотическаго к размѣрам нормальнаго. *S. S. spinae ischii.* *T. T. Tubera ischii.* (Разстояніе взято не от самаго *tuber ischii*—взяты точки, лежація выше в полости таза, потому что тамъ это разстояніе нѣсколько меньше). *A.* контуры нормальнаго таза; *B.* очертанія таза кифотическаго.

на рис. 47 самый нижній отдѣл крестцовоподвздошнаго сочлененія доступен ощупыванію пальцем при простом внутреннем изслѣдованіи, но доступен он только в одной точкѣ на краю *incisura ischiadica magna*. Этим пользуются при обслѣдованіи чувствительности этого сочлененія, которую в этом мѣстѣ и ищут.

На боковой поверхности таза при внутреннем исследовании особеннаго вниманія заслуживает *spina ischii*. Эта ость может быть болѣе или менѣе длинна и наклоненіе ея по направленію к средней линіи может быть выражено болѣе или менѣе рѣзко. При обследованіи этой ости обращают вниманіе на разстояніе от ея верхушки до плоскости средней линіи таза. Верхушка *spinae ischii* служит исходной точкой для отысканія середины тазовой полости, потому что она находится почти как раз по серединѣ этой полости, на высотѣ середины крестца, т.-е. плоскость, проходящая через обѣ *spinae ischii*, пересѣкает крестец по серединѣ его вогнутости. Поэтому во время родов по степени доступности сѣдалищных остей судят о поступательном движеніи головки в полости малаго таза.

Если *spinae ischii* очень отклонены кнутри, то это служит одним из существенных признаков поперечнаго суженія выхода таза (его воронкообразности), а в частности таза кифотическаго. В нормальном тазу разстояніе между верхушками этих остей равняется 10 сантиметрам с чѣм-нибудь; в тазах кифотических оно может быть уменьшено до 6 сантиметров.

В случаѣ предполагаемаго уменьшенія діаметра между *spinae ischii*, необходимо сравнить его с разстояніем между сѣдалищными буграми. В нормальном тазу разстояніе между сѣдалищными буграми (*diameter biischiadicus*) равняется около 11 сантиметров, т.-е. оно немного больше разстоянія между остями. В тазах кифотических оба эти разстоянія могут быть равны.

Узкое мѣсто между сѣдалищными буграми находится нѣсколько выше плоскости выхода таза в том мѣстѣ, гдѣ во время родов головка плода касается сѣдалищной кости, т.-е. в полости таза и на 1 санти-

метр выше выдающейся книзу верхушки сѣдалищнаго бугра. Это слѣдует помнить при рѣшеніи вопроса о разстояніи между буграми.

На передней стѣнкѣ таза, на задней поверхности *symphysis* ощупывается выступ хряща, по краям этого выступа можно иногда найти концы лобковых костей, по краю которых могут быть найдены выстоянія костнаго вещества. Такія выстоянія могут во время родов давать повод к ушибам и даже омертвѣнію мягких частей с послѣдующим образованіем мочевых свищей; но случаи эти довольно рѣдки.

При тазах общесъуженных боковья разстоянія стѣнок малаго таза от средней линіи конечно будут меньше, чѣм в тазѣ нормальном, но сравненіе этих разстояній без помощи измѣреній дает очень ненадежные выводы и полагаться на них довольно рискованно; поэтому в случаѣ какого-либо сомнѣнія показуется тщательное инструментальное измѣреніе.

При обследованіи *lineae innominatae*, в особенности когда она доступна изслѣдующему пальцу на всем протяженіи, весьма существенным представляется опредѣленіе самой формы, или очертаній входа в таз по безымянной его линіи. При одинаковом уменьшеніи *conjugatae verae* (напр., когда она равна 8 сант., рис. 55) могут быть три различныя очертанія входа в таз, зависящія от рахитизма.

Эти три формы видны на діаграммѣ рис. 55. Разсматривая этот рисунок, нетрудно убѣдиться, что при тазѣ плоском вход в таз имѣет почковидную форму. Здѣсь кнаружи от *promontorium* имѣются с каждой стороны по углубленію и против сочлененія крестцово-подвздошнаго прямые размѣры все-таки больше истинной конъюгаты. То же наблюдается и при тазѣ имѣющем форму

карточного сердца. Оба эти очертанія входа в таз все-таки значительнѣе благопріятнѣе, чѣм очертанія таза общесъуженнаго, потому что при них вслѣдствіе измѣненія механизма родов при благопріятных условіях еще может быть иногда проведен доношенный плод, напр., помощію извлеченія щипцами, или за ножки; в особенности, если при этом воспользоваться так-называемым *Walcher*'овским положеніем (исторически вѣрнѣе называть его положеніем *Scipione Mercuriale*, который описал его еще двѣсти лѣтъ тому назад). Помощію этого положенія достигается увеличеніе *conjugatae verae* около $\frac{1}{2}$ (и даже иногда $\frac{3}{4}$) сантиметра и этого может быть достаточно для того, чтобы головка могла быть проведена через тазовое кольцо. *Walcher*'овское положеніе устраивается так. Женщина помѣщается на поперечную постель. Под поясницу и верхнюю часть крестца подкладывается твердая подушка, а вытянутыя и разведенныя бедра свѣшиваются с края постели так, что ноги роженицы помѣщаются по бокам сидящаго между ея бедер оператора. Положеніем этим достигается усиленное отгибаніе позвоночника кзади и увеличеніе истинной конъюгаты вслѣдствіе перемѣщенія *promontorium* кзади.

Если очертаніе безымянной линіи будет приближаться к формѣ круга, как это бывает в нѣкоторых случаях общесъуженнаго таза (см. рис. 55), то при такой же длинѣ *conjugata vera* препятствіе для родов будет гораздо значительнѣе и может потребоваться возбужденіе искусственных преждевременных родов или симфизеотомія, или даже комбинація обѣих этих операций. *Walcher*, овское положеніе здѣсь не может помочь, потому что помимо препятствія в прямом діаметрѣ и поперечные діаметры входа в таз тоже уменьшены.

Слишком прямые очертания некоторых отделов безимьянной линии, встречающиеся при тазах в формѣ карточного сердца могут тоже служить значительным препятствіем при родах. Эта послѣдняя форма измѣненія таза может кромѣ того ввести в заблужденіе при внутреннем изслѣдованіи, потому что задніе и часть боковых отделов входа в таз могут при этом быть недоступны изслѣдующим пальцам и можно предположить, что поперечные размѣры входа не уменьшены.

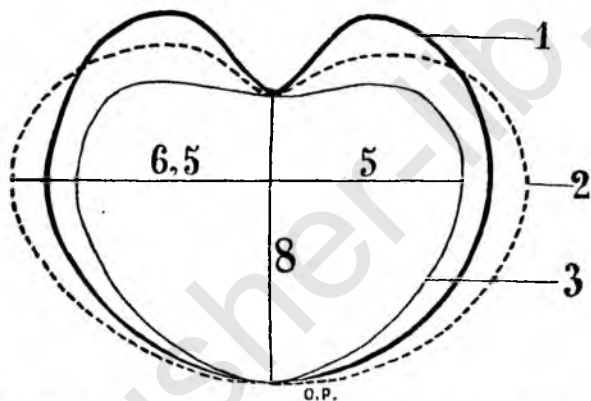


Рис. 55. Объясненіе рисунка. Диаграмма, показывающая три различныя формы измѣненій входа в таз, чаще всего рахитическаго происхожденія. (Заимствована у Будин.) 1, черное очертаніе—вход в таз в формѣ карточнаго сердца (туз червей); 2. Таз плоскій: он изображен пунктиром, 3, таз общесъуженный.

Случаи общесъуженных тазов требуют очень внимательнаго изслѣдованія и при них в особенности затруднительна бывает постановка показаній к повороту и извлеченію за ножки, который при простом плоском тазѣ нерѣдко может привести к благоприятному окончанію родов. Полезно помнить, что бывали случаи, гдѣ даже при искусственных преждевременных родах из

влеченіе за ножки приходилось заканчивать перфорациею послѣдующей головки.

В случаѣ измѣненія діаметров выхода или асимметрии, напр., при тазах *Naegelle*, или при коксалгических тазах кромѣ инструментальнаго измѣренія показуется изслѣдованіе подвижности тазовых сочлененій: *symphysis ossium pubis* и *synchondroses sacroiliacae*.

Убѣдившись в симметричности обѣих половин таза, не встрѣтивши разницы при сравненіи разстояній различных точек, находящихся на боковой поверхности малаго таза от воображаемой плоскости средней линіи, и зная из предшествовавшаго измѣренія наружных размѣров, что нѣтъ основанія ожидать измѣненій в поперечных діаметрах, мы можем, суммируя всѣ данныя, добытыя внутренним изслѣдованіем, исключить потребность в внутреннем инструментальном измѣреніи.

IV.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИЗМѢРЕНІЕ ВНУТРЕННИХ РАЗМѢРОВ ТАЗА ¹⁾.

Непосредственное измѣреніе внутренних размѣров таза с начала нынѣшняго столѣтія не переставало интересовать всѣх, занимавшихся акушерским искусством. В специальных сочиненіях можно найти описаніе столь разнообразных приспособленій, которыя были предлагаемы для разрѣшенія этой задачи, что невольно припоминается замѣчаніе Robert Barnes по поводу изобилія акушерских инструментов вообще: «Правда, говорит он, что каждый из них представляет какую-нибудь идею; но иногда эту идею не легко бывает понять, по счастью не всегда бывает важно, чтобы такая идея была понята». Совершенно то же можно сказать о преимуществах различных снарядов, предложенных для измѣренія внутренних діаметров таза.

Большинство всѣх этих аппаратов построено по типу циркуля и в этом существенный их недостаток: всѣ они требуют одновременной установки двух точек инструмента. Сама жизнь подтвердила мысль, высказанную еще В a u d e l o s q u e' ом в началѣ нынѣшняго столѣтія, что измѣреніе внутренних діаметров

¹⁾ Об измѣреніи наружных діаметров см. выше в отдѣлѣ наружнаго изслѣдованія.

таза на живой женщинѣ помощью циркуля рѣдко может найти практическое примѣненіе 1, потому что оно очень затруднительно — трудно хорошенько установить надлежащим образом обѣ ножки циркуля и 2, потому что оно очень болѣзненно.

Один из наиболѣе примѣнимых инструментов, предложенных для этой цѣли, есть несомнѣнно циркуль *v a n N u e v e l*, который позволяет сдѣлать большую часть потребных измѣреній, потому что допускает возможность до нѣкоторой степени установить оба конца циркуля на приблизительно надлежащих мѣстах. Но и этот инструмент примѣнять очень трудно, а главное болѣзненно для изслѣдуемой женщины.

Лично мы считаем, что примѣненіе идеи циркуля для измѣренія внутренних размѣров таза на живой женщинѣ должно быть оставлено, как не выполняющее этой задачи так, как этого требует это дѣло. Поэтому мы не будем описывать предложенных с этою цѣлью инструментов.

Измѣреніе внутренних размѣров таза может имѣть практической интерес только тогда, когда есть уменьшеніе этих размѣров. Если уменьшенія нѣтъ, то и мѣрять, собственно, не зачѣм. Если имѣется уменьшеніе прямого діаметра, то его можно измѣрить пальцем, потому что точки, от которых надо мѣрять, могут быть достигнуты пальцем. Напр., если пальцем нельзя дойти до *promontorium*, то и мѣрять *conjugata diagonalis* не зачѣм.

Впрочем для измѣренія прямого размѣра входа в таз имѣются очень простые и практически примѣнимые приборы, которые могут, в рѣдких, правда, случаях, найти примѣненіе, сюда относятся: наперсток *m - m e B o i v i n* и катетер *M a t t e i*.

Наперсток, предложенный m - me Boivin состоит из металлическаго колпачка, къ которому приделана линейка, раздѣленная на сантиметры. Колпачок этотъ легко надѣвается на указательный палецъ: онъ назначенъ для удлиненія этого пальца, а линейка, служащая продолженіемъ колпачка, помѣщается вдоль пальца на радіальной его поверхности. Измѣреніе *conjugatae diagonalis* помощью этого инструмента производится такъ же, какъ и просто пальцемъ, только нижній край лоннаго сочлененія отмѣчается не на пальцѣ, введенномъ во влагалище, а на линейкѣ, служащей продолженіемъ надѣтаго на палецъ колпачка. Этотъ инструментъ готовится изъ мѣди; в старину его даже подвергали позолотѣ. Его легко прокипятить для дезинфекціи, а самое примѣненіе его почти совершенно безболѣзненно.

Катетеръ Mattei есть обыкновенный мужской металлическій катетеръ (который долженъ и безъ того имѣться во всякомъ акушерскомъ наборѣ, потому что женскимъ катетеромъ не всегда можно выпустить всю мочу у беременной женщины, а тѣмъ болѣе у роженицы), на передней поверхности этого катетера имѣются дѣленія в сантиметрахъ. Для измѣренія *conjugatae diagonalis* конецъ инструмента вводятъ в задній сводъ и проталкиваютъ его до *promontorium*, на которомъ помѣщается конецъ указательнаго пальца другой руки. Если *promontorium* для пальца недостижимъ, то катетеръ проталкивается до того мѣста, гдѣ предполагается нахожденіе этого выступа. Катетеръ, конечно, можно замѣнить обыкновеннымъ щупомъ, употребляемымъ для отысканія камней в пузырь. Можно расположить дѣленія такъ, что они будутъ выражать прямо длину *conjugata vera*, т.-е. помѣстить цифры такъ, чтобы, измѣряя, в сущности, *conjugata diagonalis*, на шкалѣ читать цифры, из которыхъ

излишек уже вычтен заравѣ. Способ *Mattei* не причиняет значительной боли и может оказаться полезным, замѣняя слишком короткій палец.

Для измѣренія поперечных и косых діаметров входа в таз и его полости удовлетворительных инструментов не имѣется, хотя в исключительных случаях такое измѣреніе и возможно сдѣлать помощью нѣкоторых, предложенных для этой цѣли аппаратов, не причиняя значительной боли. Обыкновенно об этих размѣрах судят по наружному измѣренію и для практических цѣлей этого большею частью бывает достаточно.

Дабы подойти к разрѣшенію этой задачи мы пытались построить аппарат, основанный на принципѣ пантографа, исходя из того положенія, что измѣреніе внутренних діаметров таза на живой женщинѣ могло бы быть сдѣлано, не причиняя ей излишней боли, только в том случаѣ, если во время измѣренія можно было бы удовольствоваться, в каждом отдѣльном моментѣ измѣренія, фиксированіем какой-либо одной точки, а не двух точек, как это необходимо при пользованіи всяким инструментом, построенным на принципѣ циркуля. Мы могли убѣдиться, что задача эта выполнима, и можно построить такой аппарат, один конец котораго будет отмѣчать на экранѣ взаимное отношеніе различных точек, до которых будет касаться другой его конец и что приложеніе такого аппарата не причиняет боли.

Так как окончательная форма этого аппарата еще не выработана нами, то не считаем умѣстным давать в этом сочиненіи детальное его описаніе.

Для опредѣленія размѣров выхода пользуются непосредственным измѣреніем прямого размѣра пальцем (см. выше) и измѣряют разстояніе между внутренними краями сѣдалищных бугров лентой, раздѣленной на

сантиметры. Для этого пальцем, введенным во влагалище, опредѣляют точное положеніе тѣх точек, которыя собираются измѣрять и отмѣчают чернилами, или особым карандашом их положеніе на кожѣ. Берется как раз середина внутренней поверхности сѣдалищнаго бугра (собственно внутренней поверхности сѣдалищной кости). Никогда не слѣдует замѣнять измѣреніе лентой измѣреніем акушерским циркулем, потому что уставить оба его конца на требуемых точках с такою точностью, как это можно сдѣлать лентой, чрезвычайно затруднительно и влечет к ошибкам.

V.

ИЗСЛѢДОВАНИЕ ПОДВИЖНОСТИ ТАЗОВЫХ КОСТЕЙ И СТЕПЕНИ ПОДАТЛИВОСТИ ТАЗОВЫХ СОЧЛЕНЕНІЙ.

До сих пор мы рассматривали тазовое кольцо и его размѣры как цѣлое, не принимая во вниманіе вліянія движенія отдѣльных костей таза; но для полного представленія об особенностях таза, имѣющих отношеніе к родовому акту, необходимо принимать во вниманіе подвижность отдѣльных костей, из которых он состоит.

Мы уже говорили, что сочлененіе копчика с верхушкой крестца, во время родов, представляется настолько подвижным, что при измѣреніи прямого размѣра выхода эту косточку можно не принимать во вниманіе, потому что она совершенно отгибается кзади при прохожденіи головки. Но и другія сочлененія, соединяющія кости таза, подвергаются разрыхленію и размягченію во время беременности и та ничтожная подвижность, которая в небеременном состояніи представляется почти неуловимой и зависит только от эластичности хрящевых соединеній, в беременном состояніи, особенно в концѣ этого процесса может быть выражена настолько, что может оказывать вліяніе на механизм родов, ускоряя нѣкоторые из его моментов и допуская, напр., при суженіях выхода, примѣненіе таких оперативных пособій, которыя были бы совершенно

немыслимы (напр., наложеніе щипцов при суженіи выхода), если бы кости таза были соединены между собою совершенно неподвижно. У нѣкоторых животных, напр., у коров, у морских свинок, у крота подвижность в тазовых сочлененіях становится во время родов столь значительной, что оказывает существенное вліяніе на теченіе родового акта.

У коров движенія ограничиваются одними крестцово-подвздошными сочлененіями, потому что у этого животного лонное соединеніе рано подвергается полному окостенѣнію и весь передній отдѣл таза, т.-е. обѣ подвздошныя кости при этом представляют из себя костную дугу, коей концы подвижно прикрѣплены к основанію крестца, а эти прикрѣпленія позволяют крестцу дѣлать довольно замѣтное движеніе — отгибаться кзади. У морской свинки тазовое кольцо настолько мало, что без значительнаго растяженія симфизеальнаго соединенія, роды не могли бы совершаться вовсе. Расхожденіе концов лобковых костей достигает у этого маленькаго животного (D u p s a n) до одного дюйма ($= 2\frac{1}{2}$ сант.). Разрыхленіе хрящевых соединеній костей таза у женщины распространяется на всѣ сочлененія таза, но подвержено индивидуальным измѣненіям. Есть случаи, гдѣ при суженіи таза естественное окончаніе родов могло быть объяснено только этой причиной. Обыкновенно дѣйствительное увеличеніе діаметров, зависящее от этой причины, бывает весьма незначительно, в исключительных случаях и притом, чаще при суженіях таза, это увеличеніе может доходить до нѣскольких миллиметров.

Гораздо замѣтнѣе вліяніе другого момента: вліяніе движеній костей таза. Эти движенія наблюдаются главным образом в крестцовой кости. У небеременной жен-

щины и даже у мужчины возможны движѣнія этой кости кзади: основаніе крестца вращается около оси, проходящей через *superficies auricularis* и при дефекаціи верхушка крестца подается кзади; но движѣнія эти ничтожны и трудно уловимы. Во время родов движѣнія крестца становятся гораздо обширнѣе и допускают послѣдовательное увеличеніе и уменьшеніе всѣх прямых и нѣкоторых поперечных діаметров таза. При прохожденіи головки через вход в таз, крестец подается своей верхушкой вперед, и размѣры истинной конъюгаты увеличиваются; при прохожденіи через выход таза верхушка крестца отклоняется кзади, и прямой діаметр выхода увеличивается; в то же время прямой размѣр входа уменьшается, потому что при движѣніи верхушки крестца кзади основаніе этой кости и в частности *promontortum*, подается кпереди. Всѣ эти движѣнія очень незначительны, и насколько может увеличиваться от этой причины *conjugata vera* в точности неизвѣстно. Д и п с а н полагает, что при прохожденіи головки через выход таза *conjugata vera* может уменьшаться вслѣдствіе увеличенія прямого размѣра выхода на 1, 2 линіи. Разсматривая механизм этих измѣненій, он приходит к заключенію, что при уменьшеніи прямого размѣра входа тот же размѣр выхода может увеличиваться на вдвое большую величину, напр., если уменьшеніе С.V. = 1, 2 линіям ($2\frac{1}{2}$ —5 milimet.), то увеличеніе выхода будет равно 0,5—1,0 сантиметра. Это уже такія величины, с которыми приходится считаться. Практическія слѣдствія увеличенія діаметров входа, зависагающаго, от этой причины, ничтожны и ими можно пренебречь (до $\frac{1}{2}$ сантиметра все-таки обыкновенно дѣло не доходит); но относительно выхода таза подвижность тазовых костей имѣет существенное зна-

ченіе. Только этой подвижностью и можно объяснить благополучное окончаніе родов при тазах кифотических и коксалгических: если бы не было этой подвижности, то было бы невысмыслимо, в случаѣ суженія выхода, оканчивать роды щипцами, как это обыкновенно удается, потому что это оперативное пособіе всегда сопровождалось бы значительными поврежденіями мягких частей, если бы кости были неподвижны. Поперечные размѣры тазового выхода при этом тоже могут значительно увеличиваться, как это доказано *Tarnier* и *Rotoki* относительно сѣдалищных остей. Эти размѣры могут повидимому увеличиваться на $1\frac{1}{2}$ и может-быть на 2 сантиметра.

Иногда послѣдствіем растяженія хрящевых соединеній таза во время родов получаютсѣ заболѣванія этих сочлененій, слѣдствіем этого является болѣзненность, которая может мѣшать ходьбѣ. Обыкновенно болѣзненность наблюдается в одном из сочлененій крестца, рѣже в лонном сращеніи. Характерное положеніе болѣзненнаго мѣста; сзади,—кнутри от *spina posterior superior*, и спереди при внутреннем изслѣдованіи в доступной пальцу точкѣ крестцово-повздошнаго сочлененія на краю *incisura ischiadica major*. Иногда больная прямо указывает мѣсто, гдѣ ощущается боль; но иногда только по тщательном изслѣдованіи удается отыскать заинтересованное сочлененіе, потому что мѣсто, гдѣ ощущается боль, указывается очень неопредѣленно. Если поражено одно крестцово-подвздошное сочлененіе, то при надавливаніи обѣими руками на *cristae ilei* ощущается болѣзненность на той сторонѣ, гдѣ сочлененіе поражено.

Изслѣдованіе подвижности отдѣльных костей таза производится слѣдующим образом.

Для изслѣдованія подвижности крестца помѣщают ладонь одной руки плашмя под крестец изслѣдуемой женщины, которая лежит на обыкновенном креслѣ для изслѣдованія. Указательным пальцем другой руки дѣлают внутреннее изслѣдованіе и, обследовавъ переднюю поверхность крестца, испытывают его подвижность помощью двойного изслѣдованія (помогая рукой, помѣщенной под крестец). Палец введенный во влагалище при этом упирается в верхушку крестца тотчас выше копчикового сочлененія и пытается оттолкнуть ее кзади; а другой рукой слѣдят за движеніями задней поверхности этой кости.

Изслѣдованіе подвижности концов лонных костей производится пальцем, введенным во влагалище и помѣщенным на заднюю поверхность *symphysis*. Женщина при этом помѣщается в стоячем положеніи, а врач становится на одно колѣно перед нею и вводит палец для изслѣдованія. Отыскиваніе лоннаго сочлененія иногда затрудняется вслѣдствіе выступленія *columnae rugarum anterioris* и прощупываемым через нее мочеиспускательным каналом. Если помѣстить конец пальца как раз на боковой край лоннаго хряща, так чтобы чувствовалась граница кости, и заставить женщину переступать с ноги на ногу (топаться на мѣстѣ), то нетрудно отмѣтить движенія костей вверх и вниз. Иногда эти движенія почти вовсе не замѣтны; иногда они выражены очень рѣзко.

Движенія в крестцово-подвздошном сочлененіи этим способом обнаружить нельзя, потому что сочлененіе это мало доступно главным образом потому, что движенія в нем вслѣдствіе особенностей его устройства возможны только около оси, проходящей через сочлененіе, и кости не скользят одна около другой.

Может ли разрыхленіе тазовых хрящей служить признаком беременности,—это вопрос, который, конечно, не лишен практическаго значенія. К сожалѣнію имѣющіяся в настоящее время данныя не позволяют рѣшить этот вопрос окончательно. Нѣсколько десятков женщин, у которых мы изслѣдовали это явленіе, не позволяют нам дѣлать какіе-либо выводы. Все-таки мы и теперь можем отмѣтить нѣкоторыя относящіяся сюда подробности.

Подвижность крестца у беременных, хотя бы и очень слабо выраженную, мы находили всегда. Подвижность лобковых костей при описанном выше изслѣдованіи в стоячем положеніи мы находили не во всѣх случаях. У небеременных и нерожавших женщин нам не удавалось отмѣтить это явленіе. У беременных в началѣ беременности, независимо от возраста, движенія лобковых костей были ничтожны, если женщина была беременна в первый раз. У повторно беременных иногда даже в первые мѣсяцы эти движенія симфизеальных костей были всегда замѣтны. Кроме того, можем отмѣтить еще одну особенность, которую не считаем возможным отнести на счет случайности: наибольшія движенія лобковых костей мы видѣли в тѣх случаях, гдѣ характерная для беременности окраска была выражена рѣзче. Все-таки признак этот надо разсматривать как дополнительный или как подтвержденіе уже имѣющейсѣ діагностики.

Движенія эти у беременных женщин обыкновенно не сопровождаются болѣзненностью, в нѣкоторых случаях, чаще у многорожавших и не во время беременности, переступаніе с ноги на ногу вызывало болѣзненное ощущеніе в крестцово-подвздошных сочлененіях. В случаѣ значительной подвижности в тазовых сочлене-

пійх, в особенности если она сопровождается болевыми ощущениями, необходимо рекомендовать лежащее положение и обыкновенно через нѣсколько дней боль исчезает.

Мы нарочно остановились нѣсколько подробнѣе на разсмотрѣніи этого явленія, потому что на него обыкновенно мало обращается вниманія и потому что думаем, что ближайшее его изученіе может принести практическую пользу.

VI.

ОПРЕДѢЛЕНІЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЯ СРОКА.

Опредѣленіе существованія беременности и ея приближительнаго срока, конечно, возможны на основаніи объективнаго изслѣдованія, но точное опредѣленіе срока беременности требуетъ дополнительныхъ свѣдѣній, безъ которыхъ иногда не возможно исключить многія осложненія, способныя измѣнять объективные признаки. Поэтому мы сначала рассмотримъ наиболѣе существенныя данныя, относящіяся къ исчисленію срока беременности на основаніи анамнеза.

Продолжительность беременности считается около 280 дней. Этотъ срокъ исчисленъ путемъ опыта и имъ пользуются издавна. В 1816 году в палатѣ Лордовъ Sir Charles Clarke по поводу признанія Gardner'a перомъ Англіи высказался такъ: «Я еще никогда не видѣлъ ни одного случая, в которомъ законы природы были бы измѣнены, считая за законъ природы, что наступленіе родовъ имѣетъ мѣсто черезъ сорокъ недѣль послѣ зачатія, не могу допустить, чтобы и в этомъ случаѣ дѣло произошло иначе». Сорокъ недѣль равняется какъ разъ 280 днямъ. В дѣйствительности приходится убавить нѣсколько дней и принять, что беременность продолжается отъ 273 до 280 дней со дня зачатія. Есть ука-

занія, что возможны индивидуальныя отклоненія в указанных предѣлах. Обыкновенно время зачатія с точностью не бывает извѣстно и исчисленіе срока беременности приходится дѣлать на основаніи других данных.

Таковыми данными служат: 1, время послѣдних регул; 2, первая замѣченная движенія плода; 3, улучшеніе субъективных ощущеній, свойственных началу беременности; наконец 4, улучшеніе субъективных явленій в самом концѣ ея.

Время послѣдних регул дает наиболѣе точныя свѣдѣнія о срокѣ беременности и всѣ остальные из приведенных данных служат только для провѣрки вывода, сдѣланнаго на основаніи срока послѣдних регул.

Так как продолжительность менструаціи подвержена индивидуальным измѣненіям, то приходится при печисленіи взять то число, на которое продолжительность регул вліять не может. Поэтому вычисленіе ведется с перваго дня послѣдних регул. От этого дня отсчитывают 280 дней и получается срок начала ожидаемых родов. Так как прямо отсчитывать 280 дней неудобно, то пользуются слѣдующим приѣмом: отсчитывают 3 мѣсяца назад и прибавляют к найденному числу нѣсколько дней: 4, 5, 6 или 7 дней, смотря по тому, сколько дней в мѣсяцѣ, на который придется высчитанное число. Если год високосный, то в нѣкоторые мѣсяцы приходится прибавлять меньше дней чѣм в обыкновенный год. Для упрощенія всѣх этих вычисленій имѣются календари беременности, в которых сроки эти уже вычислены или в которых указаны простые способы для вычисленія (см. рис. 56). В старину такіе календари вырѣзывали на табакерках или на крышкѣ часов.

Примѣръ вычисленія помощью календаря. Первый день послѣднихъ регулъ былъ 15 октября. Считаемъ назадъ три мѣсяца: $\frac{15}{IX}, \frac{15}{VIII}, \frac{15}{VII} = 15$ іюля. Смотримъ, сколько надо прибавить въ іюль мѣсяцѣ, находимъ 7, а для високоснаго года 6; $15 + 7 = 22$, — роды начнутся 22-го іюля и т. п.

При этомъ исчисленіи все-таки есть нѣкоторые источники ошибокъ. Такъ, если беременность произошла болѣе,



Рис. 56. Объясненіе рисунка. Календарь для вычисленія беременности. Въ наружномъ кольцѣ написаны мѣсяцы, въ слѣдующемъ кнутри—сколько дней въ каждомъ мѣсяцѣ, въ слѣдующемъ—сколько надо прибавлять дней, если, отсчитавши назадъ три мѣсяца, получаемъ число этого мѣсяца, въ самомъ внутреннемъ кольцѣ помѣщены цифры для високоснаго года.

чѣмъ черезъ недѣлю послѣ послѣднихъ регулъ, то можетъ получиться ошибка на недѣлю; но обыкновенно зачатіе чаще всего происходитъ въ первые шесть дней послѣ регулъ. Болѣе существенная ошибка можетъ произойти, если послѣ зачатія, какъ это иногда бываетъ, продолжаются

В концѣ книги имѣется запасный оттискъ этого календаря, который можно наклеить на крышку часовъ (изнутри).

менструаціи. Самый старинный случай этого рода приведен у *Maugiseau*: в 1666 году в Парижѣ казнили женщину, которую сочли небеременной, потому что у нея продолжали ходить регулы, а при вскрытіи в маткѣ былъ найден плод двух, или трех мѣсяцев. (По закону слѣдовало ждать рожденія ребенка и только тогда казнить мать.)

Появленіе регул послѣ зачатія может встрѣчаться только в первые три мѣсяца беременности, начиная с четвертаго мѣсяца они никогда не наблюдаются. Регулы, появляющіяся во время беременности, обыкновенно отличаются меньшим количеством выдѣляемой крови и нерѣдко сама женщина отмѣчает, что это были не такія крови, как бываетъ обыкновенно.

В литературѣ извѣстны впрочемъ случаи, в которыхъ регулы продолжались в теченіе всего срока беременности. Сюда относится случай *Perfett*, приведенный у *Shughill*'а. «У молодой женщины наблюдались всѣ признаки начала беременности, за исключеніем одного совершенно особеннаго явленія (ея регулы пришли при этомъ в первый раз); она продолжала носить крови до конца беременности и родила небольшого, но здороваго ребенка». *Shughill* наблюдал молодую женщину, которая имѣла регулы только во время беременности. Но такіе случаи относятся к рѣдкостямъ и не могутъ измѣнить высказаннаго нами положенія, что с четвертаго мѣсяца беременности регулъ обыкновенно никогда не наблюдаютъ. В дѣйствительности, конечно это вовсе не регулы, потому что истеченіе крови зависит отъ различныхъ патологическихъ измѣненій в шейкѣ, или в шейномъ каналѣ, напр. эрозіи, полипы и т. п. Аналогія с регулами состоитъ только в томъ, что всѣ эти патологическія измѣненія даютъ поводъ к истече-

нію крови в періоды ея приливов к тазовым органам, а приливы эти как явленіе уже привычное для организма, конечно, могут продолжаться и во время беременности.

Иногда наблюдается истеченіе нѣскольких капель крови из влагалища, появляющееся послѣ четырех мѣсяцев беременности, такое истеченіе обыкновенно совпадает с первым ощущеніем движеній плода и с улучшеніем субъективных ощущеній, сопровождающих начало беременности (тошнота, рвота и т. п.). Первые движенія плода ощущаются чаще всего на 16 недѣлѣ беременности, но они могут появиться и раньше (очень рѣдко) и позднѣе до 25 недѣли. У первородящих обыкновенно немного позднѣе (20 недѣля), чѣм у многоорожавших.

Наконец, улучшеніе субъективных ощущеній в концѣ беременности вслѣдствіе опущенія подлежащей части наблюдается в послѣднія двѣ недѣли перед родами (см. наружное изслѣдованіе).

Самые ранніе объективные признаки беременности не отличаются ни точностью ни постоянством и ни один из них нельзя считать абсолютным. Наличие нѣскольких из них позволяет иногда с значительною вѣроятностью предположить существованіе беременности, даже через двѣ недѣли послѣ зачатія.

Мы рассмотрим отдѣльно то, что добывается простым изслѣдованіем, и то, что можно найти при двойном изслѣдованіи.

Об измѣненіи цвѣта слизистой входа во влагалище уже было сказано выше также как и о замѣчаемом при осмотрѣ разрыхленіи, как бы отечности слизистой и остатков *hymen*. Бѣлыя густыя, похожія на сливки, бѣли тоже могут быть замѣчены при осмотрѣ. Характерная окраска слизистой появляется у первородящих

позднѣе—на 3—4 мѣсяцѣ, а у повторно-беременных уже на втором мѣсяцѣ.

При введеніи пальца уже во входѣ во влагалище замѣчается разрыхленіе слизистой оболочки и подслизистаго слоя. *Columnae rugarum* представляются мягкими, их складки как бы сглаживаются и отдѣльныя складки почти не различаются. Палец встрѣчает особую скользкость, зависящую от присутствія вышеупомянутых густых бѣлей. Самая поверхность слизистой оболочки влагалища иногда дает особое ощущеніе зернистости: она как бы покрыта мельчайшими сосочками (совершенно подобное же ощущеніе получается при нѣкоторых формах кольпита). Влагалищная часть помѣщается кзади вогнутости крестца, если, что бывает чаще, матка находится в *anteversio*; через передній свод палец ощущает тѣло матки и может прослѣдить переход передней поверхности влагалищной части в переднюю поверхность матки. Дѣлая циркулярныя движенія в сводах, палец отмѣчает, что выше шейки матка расширяется: она представляется в видѣ круглаго тѣла, сидящаго на шейкѣ матки, и палец в глубинѣ свода встрѣчает сопротивленіе, зависящее от того, что матка расширена во всѣх направленіях.

В то время как при небеременной маткѣ палец в глубинѣ сводов не встрѣчает ничего—ощущает как бы пустоту; при беременности он упирается в расширенную стѣнку матки, как это и изображено на рис. 57 и 58.

Иногда, отодвигая кпереди или в одну из боковых сторон влагалищную часть, можно замѣтить необыкновенную гибкость маточной шейки выше сводов, но при одном простом изслѣдованіи это не всегда удается.

Изслѣдуя влагалищную порцію, можно отмѣтить ея размягченіе. Влагалищная часть дает особое ощущение

ше тѣстообразной мягкости. Размягченіе это располагается неравномерно: нерѣдко передняя губа представляется мягче задней и обратно. Само отверстіе или раскрыто, напр. у многорожжавших, и пропускает конец пальца, или оно только вдавливается мякотью извѣ-

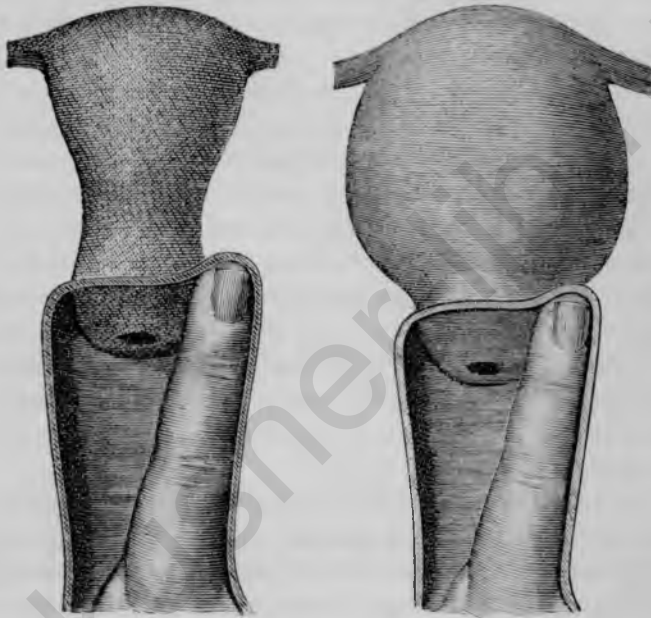


Рис. 57 и 58. Объясненіе рисунковъ. Рис. 57. Небеременная матка: извѣдующій палецъ не оцущаетъ ничего (пустота). Рис. 58. Матка в первые мѣсяцы беременности: палецъ выше сводов оцущаетъ тѣло матки (заметьте буквы *V u d i n*).

дующаго пальца. Иногда влагалищная часть может оставаться совершенно твердой в первые мѣсяцы беременности и тогда отверстіе ея может представляться зияющим и пропускать конец пальца, а размягченіе наступает только позднѣе на 4 мѣсяцѣ. Такая плотная

консистенція может зависѣть от хроническаго метрита, а в зіяющем отверстіи могут быть бархатистыя на ощупь эррозіи. Присутствіе большого количества липкой трудно-отстающей слизи в отверстіи матки тоже относится к одним из ранних признаков беременности (A h l - t e l d). Если женщина перожавшая, то размягченіе может при началѣ беременности быть констатировано в области самого наружнаго отверстія. Изслѣдующій палец получает при этом ощущеніе, которое A n t. D u b o i s (отец P. D u b o i s) так наглядно сравнивал с ощущеніем, которое получается, если ощупывать пальцем хрящи на кончикѣ носа. Наконец простым изслѣдованіем можно найти пульсацію артерій влагалища в задней его стѣнкѣ около сводов и в боковых сводах. Пульсація наблюдается также перед и во время регул и при многих воспалительных процессах в тазу.

Во второй половинѣ беременности простым внутренним изслѣдованіем можно констатировать баллотированіе (*dallottement*), но об этом явленіи будет сказано ниже.

Двойное комбинированное изслѣдованіе дает гораздо болѣе точныя данныя в первые мѣсяцы беременности. Оно позволяет прежде всего опредѣлить величину матки; а увеличеніе матки позволяет судить о возрастѣ беременности. В первый мѣсяц увеличивается по преимуществу передне-задній діаметр тѣла матки. Очертанія ея тѣла становятся болѣе округлыми. Матка может находится или в *ante*, или в *retro-versio* потому что подвижность ея увеличивается; *anteversio* наблюдается чаще, особенно у перво-беременных; у повторно-беременных матка может быть найдена в *retroversio*, но, легко переводится в *anteversio* и в том, и в другом случаѣ перегиб кпереди—*anteflexio* есть явленіе ха-

рактрное, ибо если перевести матку в положеніе *anteversio* (выпустивши мочу, или просто помощью двойного изслѣдованія), то нетрудно убѣдиться в существованіи на ея передней поверхности перегиба, который ощущается через передній свод. К концу второго мѣсяца величину матки сравнивают с апельсином; к концу третьяго мѣсяца с головкой доношеннаго



Рис. 59. Объясненіе рисунка. Расположеніе рук при изслѣдованіи Негаровскаго признака беременности (по Негар).

плода; к концу четвертаго мѣсяца — с головой взрослого человека, в это время дно матки уже покидает полость малаго таза и высота его стоянія опредѣляется помощью наружнаго изслѣдованія (см. наружное изслѣдованіе рис. 12).

Самые раніе признаки беременности, добываемые двойным изслѣдованіем, касаются главным образом консистенціи матки. Здѣсь на первом мѣстѣ стоит размягченіе отдѣльных ея отдѣлов. Иногда одна поло-

вина матки около ея угла представляется болѣе мягкой. Разница в консистенціи обѣих половин матки становится замѣтной, если во время двойнаго изслѣдованія массировать одну половину этого органа около его угла. При этом одна половина матки послѣ растиранія пальцем становится плотнѣе и менѣе объемистой, чѣм та, которая не была подвергнута массажу. Проф. В г а и п von F e r n w a l d разсматривает это явленіе как один из самых ранних признаков беременности. Одной из особенностей этого признака является продольное вдавленіе на поверхности матки, отдѣляющее обѣ неравныя по величинѣ и консистенціи половины матки. Способность стѣнки беременной матки измѣнять свою консистенцію под влияніем растиранія представляет очень цѣнный при выясненіи дифференціальной діагностики разных брюшных опухолей и проф. С н е г и р е в у нерѣдко удавалось благодаря этому признаку разобраться в очень сложных и запутанных случаях. Свойственное беременности размягченіе рѣзче всего наблюдается на шейкѣ и именно нѣсколько выше прикрѣпленія сводов. Здѣсь шейка матки (собственно надвлагалищная часть) представляется особенно гибкой и податливой. При двойном изслѣдованіи получается ощущеніе перехвата, через которое можно прощупать концы сведенных при двойном изслѣдованіи пальцев (см. рис. 59). Это явленіе носит названіе Н e g a r 'овскаго признака и опредѣляется так, как это изображено на рисункѣ.

Мы уже упоминали выше, что гибкость маточной шейки, зависящая от той же причины, может быть замѣчена уже при простом внутреннем изслѣдованіи. Иногда бывает невозможно примѣнить пріем Н e g a r 'а, потому что нельзя свести пальцы (боль, сопротивленіе

брюшных стѣнок и т. п.), тогда приходится ограничиться изслѣдованіем гибкости шейной части матки, что помощью двойного изслѣдованія удается легко.

Кромѣ размягченія надвлагалищной части, о котором мы сейчас говорили, наблюдается особое островчатое размягченіе в различных мѣстах на передней и задней поверхности. Эти островчатые размягченія представляются в видѣ вдавленій, ограниченных тяжами и перекладинами. Нерѣдко перекладины становятся плотнѣе и находящіеся между ними размягченные мѣста становятся твердыми и исчезают на нѣкоторое время. Это зависит от частичнаго сокращенія отдѣльных пучков мышечнаго аппарата матки; оно наблюдается во все время беременности и перед началом родов начинает замѣняться настоящими схватками, распространяющимися на весь орган.

Размягченіе маточной ткани во время беременности дает еще один наглядный признак, потому что позволяет смѣщать при двойном изслѣдованіи захваченную пальцами поверхность матки. Это так-называемый новый признак проф. Негара для ранняго опредѣленія беременности.

Новым он называется в отличіе от только-что описаннаго (или стараго) признака Негара, на рисункѣ 60 видно, в чем дѣло. Перед изслѣдующим пальцем образуется как бы складка на поверхности матки и кажется, что палец внѣдряется в ткань этого органа. Складку эту можно даже захватить между изслѣдующим пальцем и пальцами руки, находящейся на передней брюшной стѣнкѣ, как это и изображено на рисункѣ 60.

Двойное изслѣдованіе позволяет констатировать еще один ранній признак беременности. Это так-называемый признак S ä n g e r ' а. Он состоит в том, что

в передне-боковом сводѣ можно бывает прощупать гипертрофированный мочеточник. Принято считать, что здоровый мочеточник прощупать при двойном изслѣдованіи нельзя, хотя при очень податливых брюшных стѣнках и при полном отсутствіи чувствительности во время изслѣдованія это иногда и удается. Если мочеточник измѣнен, напр. в случаѣ воспалительных его

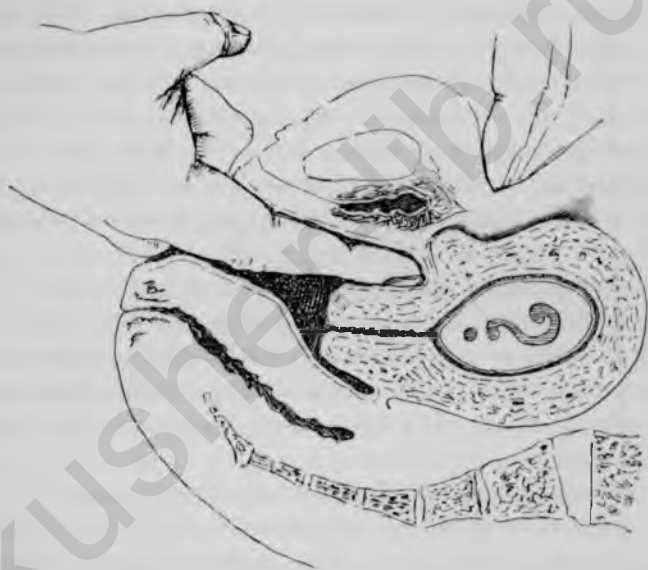


Рис. 60. Объясненіе рисунка. Расположеніе рук при опредѣленіи новаго Негар'овскаго признака беременности.

состояній, то при попыткѣ его отыскать встрѣчается чрезвычайно болѣзненная точка около того мѣста, гдѣ онъ входитъ въ пузырь. Эта болѣзненность бывает выражена особенно рѣзко, когда имѣется *pyelitis calculosa*.

Для отысканія мочеточника помѣщают изслѣдующій палецъ в боковой свод влагалища и надавливаютъ другой рукой на брюшныя стѣнки около наружнаго края *musculi recti*, стараются растирать все то, что будет попадаться между изслѣдующими пальцами при переходѣ из боковаго свода в передній. При этомъ вниманіе должно быть направлено к тому, чтобы слѣдить за ощущеніями находящагося в сводѣ пальца, которымъ не слѣдуетъ сильно надавливать. При нѣкоторомъ вниманіи удается прощупать тяж, идущій по направленію мочеточника (т.-е. там, гдѣ по анатоміи ему полагается быть). Иногда изслѣдующій палецъ, дѣлая боковыя движенія, какъ бы растирая этотъ тяжъ в поперечномъ направленіи, ощущаетъ, что соприкасающіяся поверхности этого протока скользятъ одна около другой. Чтобы не смѣшать мочеточникъ с другими органами, которые при этомъ могутъ попадаться, напр. с круглой маточной связкой, которая тоже бываетъ утолщена во время беременности, необходимо помнить направленіе, в которомъ онъ идетъ. Мочеточникъ идетъ снаружи отъ стѣнки таза кнутри и впередъ по направленію къ пузырьному концу мочеиспускательнаго канала, который в свою очередь помѣщается позади *symphysis ossium pubis* и покрытъ *columna rugarum anterior*. Круглая связка идетъ отъ угла матки по направленію къ внутреннему отверстію нахового канала, т.-е. почти къ серединѣ пупартовой связки и слѣдовательно почти подъ прямымъ угломъ к мочеточнику.

Надо, чтобы матка была значительно смѣщена в сторону, для того чтобы круглая связка могла принять положеніе параллельное этому протоку.

Прощупываніе мочеточниковъ есть все-таки признакъ довольно не надежный и имъ можно пользоваться только

как добавочным доказательством при наличии других признаков беременности. Есть много случаев хронического метрита, при которых мочеточники прощупываются с такою же отчетливостью, как при началѣ беременности.

Другіе признаки беременности, наблюдаемые на поверхности тѣла, рассмотрѣны в подробности при наружном изслѣдованіи и мы на них здѣсь останавливаться не будем. Замѣтим только, что всѣ они так же, как и тѣ, которые мы сейчас описали, собственно, относятся к признакам вѣроятным, потому что многіе из них могут встрѣчаться при различных патологических процессах. Так характерная окраска может встрѣчаться при нѣкоторых фибромах. То же относится и к пигментации, к выдѣленію молозива и т. п. В особенности затруднительно иногда бывает отличить нѣкоторыя формы метритов, сопровождаемая запаздываніем регул, с ранними стадіями беременности.

Весьма возможно, что многіе случаи ранних выкидышей проходят под видом кровотеченій, зависящих от хронического метрита. Из всего этого практическое слѣдствіе одно. Если имѣется какое либо сомнѣніе относительно возможности беременности, то никогда не слѣдует назначать такое лѣченіе, которое этим состояніем могло бы быть противопоказано. В особенности не слѣдует приступать к зондированію, а помня изрѣченіе van Swieten: «Nunquam fere magis periclitatur fama medici, quam ubi agitur de graviditate determinanda»; лучше переждать недѣлю, двѣ, и только найдя подтвержденіе вѣрности діагностики, констатировать наличие или отсутствіе беременности.

Только получивши полную увѣренность, что беременность несомнѣнна, врач может сказать об атом

самой женщинѣ, или ея окружающим. Практическое значеніе этого стариннаго правила очень хорошо было охарактеризовано покойным проф. P a j o t: «En effet qu'un embarras gastrique soit pris pour une fièvre typhoïde, une pleuresie pour une pneumonie, une contusion pour, une fracture etc. les malades guerissent ou meurent et si un second médecin plus habile n'est pas appelé, l'erreur peut compter sur l'absolution du succès ou le silence du revers. Au contraire la grossesse a ceci de spécial: un diagnostic érroné n'a pas besoin d'être redressé par un confrère plus instruit. Le temp se charge de la réctification»¹⁾).

К концу четвертаго мѣсяца, или вѣрнѣе в началѣ пятаго, появляется признак, который позволяет с несомнѣнностью убѣдиться в существованіи беременности. В это время помощью двойнаго изслѣдованія можно констатировать присутствіе баллотированія плода (*ballotement*).

Отличают простое *ballotement* и двойное. Первое явленіе состоит в том, что надавливая через свод изслѣдующим пальцем на растянутую стѣнку матки (обыкновенно на переднюю, через передній свод), встрѣчают небольшой толчок, зависящій от того, что палец касается плавающего в жидкости плода. Толчок этот очень кратковремен, потому что плод легко смѣщается, будучи взвѣшен в околоплодной жидкости. Достигнув противоположной стѣнки матки, плод возвращается на свое первоначальное мѣсто и палец ощущает второй толчок. Двойное *ballotement* изслѣдуется обѣими руками. Палец, введенный во влагалище, толкает плод через маточную стѣнку по направленію кверху, а другая

¹⁾ P a j o t. Travaux d'obstétrique Paris, 1889 pag. 57.

рука помещается на низ живота и ощущает толчок в тот момент, когда плод достигает противоположной стѣнки матки. Изслѣдованіе это облегчается если концами пальцев руки, помещенной на брюшныя стѣнки быстро придавить стѣнку матки и толкнуть плод по направлению к полости таза, тогда палец, помещенный во влагалище, ощутит толчок. Надавливая попеременно то той, то другой рукой, можно ощущать эти толчки с еще большею отчетливостью.

Иногда нахожденіе *ballottement* значительно облегчается изслѣдованіем этого явленія при стоячем положеніи женщины (совѣтъ D e r a u l).

Явленіе *ballottement* возможно только тогда, когда имѣется тѣло взвѣшенное и свободно плавающее в жидкости; так как таким тѣлом может быть только плод и не извѣстно таких патологических процессов, при которых имѣлось бы плотное тѣло, взвѣшенное и плавающее в жидкости, то раз констатировано *ballottement*, можно с увѣренностью сказать, что имѣется налицо беременность. Это есть уже признак несомнѣнный. Почти одновременно с *ballottement* появляются и другіе из несомнѣнных признаков беременности: активныя движенія плода, ощущаемыя матерью и наблюдаемыя врачом во время изслѣдованія, а также и данныя, получаемыя помощью выслушиванія,—сердцебиенія плода и материнскіе шумы. Эти послѣдніе, правда, могут быть наблюдаемы и до 4 мѣсяцев, но, вмѣстѣ с заканчиваніем дифференцированія послѣда, около начала 5-го мѣсяца, они становятся яснѣе. Явленіе *choc foetal* (P a j o t) разсмотрѣно при наружном изслѣдованіи: оно тоже относится к довольно ранним признакам несомнѣнной беременности.

Во второй половинѣ беременности при внутреннем

изслѣдованіи обыкновенно находят переднюю стѣнку матки сильно растянутою подлежащею частью и чѣмъ ближе к концу беременности, тѣмъ яснѣе выступают круглыя очертанія головки плода. В самом концѣ

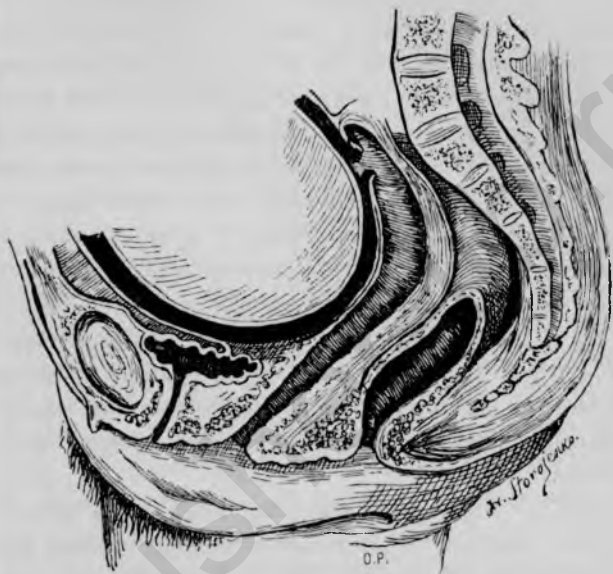


Рис. 61. Объясненіе рисунка. Влагищная часть помѣщается около *promontorium*. Передній свод сильно растянут.

беременности иногда через стѣнку матки можно чувствовать расположеніе швов и даже при случаѣ найти один из родничков. При ягодичныхъ предлежаніяхъ че-

Случаи смѣщенія влагищной части взадъ не относятся к рѣдкостямъ. Мнѣ пришлось встрѣтить такое смѣщеніе как слѣдствіе пришиванія матки (*hysteropexia*) сдѣланнаго за нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ проф. К ü s t n e r. Роды эти пришлось закончить кесарскимъ сѣченіемъ, которое, по счастію, окончилось благополучно для матери и плода. О случаѣ этомъ было уже упомянуто выше.

рез переднюю стѣнку матки опредѣлить форму предлагающей части нельзя, потому что очертанія встрѣчаются неопредѣленные.

Нахождение влагалищной части матки обыкновенно не представляет затрудненій; но чѣм ближе к концу беременности и к началу родов, тѣм большія могут встрѣтиться затрудненія. Есть случаи, гдѣ достигнуть влагалищной части ни одним ни двумя пальцами нельзя, и является показаніе к изслѣдованію всей рукой. Это может зависѣть от того, что влагалищная часть сильно смѣщена кзади к *promontorium*, что бывает чаще, или под *symphysis*, что бывает рѣже. В этих случаях свод противоположный тому, в котором находится влагалищная часть, будет сильно растянут.

De r a u l, не найдя смѣщенное кзади отверстіе матки и предполагая зарощеніе отверстія, сдѣлал разрѣз в центрѣ растянутой передней стѣнки матки. Разрѣз пришелся на *placenta*, и женщина умерла от кровотечения.

Смѣщеніе маточнаго отверстія кпереди встрѣчается рѣже: оно зависит от растяженія задней стѣнки матки плодным яйцом. В первые (до 4-го) мѣсяцы беременности такое смѣщеніе может зависѣть от *retroversio*, которая выправляется сама, когда матка покидает полость малаго таза; или ее выправляют помощью искусства; вправленію очень помогает колѣбно-локтевое положеніе. В концѣ беременности, конечно, о *retroversio* уже не может быть рѣчи, но лѣченіе пригодное для этого смѣшенія матки оказывается полезным и здѣсь. Женщину помѣщают в колѣбно-локтевое положеніе и если воды уже отошли, то пальцем, введенным в наружное отверстіе матки, стараются привести его к оси таза. Исправленіе положенія маточнаго отверстія по-

казуется во всѣх случаях, когда роды затрудняются от неправильнаго его положенія. Иногда для этого достаточно бывает перемѣстить ось матки наружными приѣмами, или измѣняя положеніе женщины. Сюда относится любопытный случай *Solaugès*, описанный *Vaudelocqu'* ом, гдѣ многіе извѣстные акушеры безуспѣшно пытались примѣнить различныя акушерскія пособія и гдѣ ярко проявились наблюдательность и находчивость, эти характерныя особенности блестящаго таланта *Solaugès*. Призванный помочь в этом затруднительном случаѣ, он тотчас замѣтил, что роды замедлились вслѣдствіе косога положенія оси матки, обусловлившаго недѣйствительность маточных потуг, потому что подлежащая часть упиралась в кости таза и остановилась в своем движеніи. Он перемѣстил ось матки, приведя ее к средней, линіи и женщина тотчас родила самопроизвольно ¹⁾.

Найдя влагалищную часть и отверстіе матки, отмѣчают ея особенности. Если женщина первородящая, то наружное отверстіе раскрывается только во время самых родов. В самом концѣ беременности, или при началѣ родов гипертрофированная и разрыхленная влагалищная часть мало-по-малу начинает исчезать: она становится короче, плоче и в концѣ-концов от нея остается только одно наружное отверстіе. Явленіе это носит названіе изглаживанія и имѣет большое діагностическое значеніе. Оно зависит от того, что внутреннее отверстіе матки начинает растягиваться и это есть начало перваго періода родов—періода раскрытія. Раскрытіе внутренняго отверстія матки начинается

¹⁾ Он воспользовался слѣдствіями своих познаній в физиологій родового акта, для которой он успѣлъ сдѣлать так много, несмотря на свою преждевременную кончину.

одновременно с появлением настоящих родовых схваток; нередко при начале этого раскрытия на высоте схватки появляется боль, от которой женщина вскрикивает, и вслед за тем из половых частей показывается несколько капель крови. Это явление зависит от того, что слизистая оболочка у внутреннего отверстия несколько надывается. По мере того как происходит изглаживание влагалищной порции, полость шейного канала растягивается и в конце-концов исчезает совершенно, потому что полость шейного канала мало-по-малу превращается в продолжение полости матки. В результате нет полости шейного канала, а есть одна



Рис. 62. Объяснение рисунка. *a*—влагалищная часть беременной в первый раз матки. Слизистая шейного канала изображена темной. *b*—та же шейка при начале изглажения. *c*—то же при полном изглажении.

общая полость, полость матки с отверстием—наружным отверстием матки. Все эти явления понятны из рисунка (рис. 62).

Растянутая по окончании изглажения стѣнка шейки матки может быть совершенно истончена—в родѣ бумаги—и через нее могут иногда чрезвычайно ясно прощупываться части плода или их подробности. Только по окончании полного изглажения шейки отверстием начинает раскрываться и можно ожидать скорого начала родов, т.-е. периода раскрытия в собственном смысле этого слова. Во время изглажения шейки вытекает находящаяся в ней слизь.

Если женщина повторнородящая, то в концѣ беременности по мѣрѣ постепенно увеличивающагося разрыхленія влагалищной части наружное отверстие матки представляется расширенным в формѣ воронки. Палец свободно достигает до внутренняго отверстия и может иногда ощущать оболочки плода и через них подлежащую часть, а раскрытіе еще не началось.

Здѣсь періоду раскрытія точно так же, как у первородящей женщины, предшествует изглаженіе шейки и ея исчезновеніе. Пока изглаженіе не закончилось, нельзя ожидать скорого раскрытія зѣва. Шейный ка-



Рис. 63. Объясненіе рисунка. *a* — влагалищная часть матки повторнородящей и блоня, или плодная оболочка. Слизистая шейнаго канала изображена темною. *b*. — тоже шейка во время изглаживанія; *c*. — тоже при полном изглаженіи.

нал может даже пропускать два пальца, а раскрытіе еще не началось, и слѣдовательно нельзя предсказать, что женщина должна скоро родить.

Явленія изглаженія у повторнородящей изображено на рисункѣ рис. 63.

Изглаженіе влагалищной части и раскрытіе зѣва относятся, собственно, к первому періоду родов, но так как подготовительныя для этого явленія и измѣненія совершаются еще во время беременности, то мы сочли умѣстным помѣстить их описаніе здѣсь. Чтобы не возвращаться к этому вопросу, мы приведем нѣкоторыя данныя о самом раскрытіи и об его продолжительности.

Період изглаженія имѣет разнообразную продолжительность: от нѣскольких часов до нѣскольких суток и даже недѣль. У первородящих изглаженіе может начинаться даже с начала 9-го мѣсяца, как это наблюдал еще D e r a u l. Період раскрытія начинается только по окончаніи изглаженія и сначала идет весьма медленно, но когда отверстіе раскроется до трех поперечных пальцев, то раскрытіе идет значительно скорѣе и надо ждать, что оно скоро закончится. (Послѣ полного изглаженія у первородящей обыкновенно приходится ждать часов шесть до начала періода изгнанія.)

VII.

ИЗСЛѢДОВАНИЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ.

Во время родов внутреннее изслѣдованіе производится для выясненія двухъ вопросовъ: 1, начались ли роды и насколько они подвинулись; 2; все ли обстоит благополучно и нѣтъ ли каких-либо осложнений; наконецъ внутреннее изслѣдованіе примѣняется еще съ цѣлью дидактической для изученія механизма родов и его подробностей. Обыкновенно довольствуются простымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ и къ двойному прибѣгаютъ только для выясненія вопросовъ, касающихся со-сѣднихъ органовъ (напр. пузыря, прямой кишки и т. п.).

Выше были уже описаны измѣненія влагалищной части, находимыя непосредственно передъ родами, или при ихъ началѣ. Изглаженіе шейки, съ котораго, собственно, и начинается первый періодъ родов, можетъ быть наблюдаемо еще до наступленія настоящихъ родовыхъ потуг, т.-е. является слѣдствіемъ такъ называемыхъ безболѣзненныхъ сокращеній матки, свойственныхъ всей второй половинѣ беременности. Обстоятельство это полезно помнить потому, что нельзя утверждать, что роды начались до тѣхъ поръ, пока изглаженіе еще не закончилось.

В первой части этой книги было уже сказано, что начало родовъ характеризуется правильными, проявляю-

шимися через одинаковые, все уменьшающіеся промежутки времени, схватками. Такія схватки, или потуги могут быть изучаемы при внутреннем изслѣдованіи, но требованія практики позволяют ограничиться для наблюденія этого явленія приѣмами одного наружнаго изслѣдованія, коим можно удовольствоваться, дабы судить о приближеніи и началѣ родов.

Правильно установившіяся родовыя схватки могут иногда совершенно остановиться на нѣкоторое время, и начавшій раскрываться зѣвъ может снова закрыться; даже, исчезнувшая вслѣдствіе изглаживанія влагалищная часть может снова возстановиться, так что начавшійся родовой процесс совершенно приостанавливается и только через нѣсколько дней, а иногда через нѣсколько недѣль все начинается снова и доходит до благополучнаго окончанія.

Объясненіе таких случаев приходится искать в досрочном наступленіи родовой дѣятельности и это обстоятельство полезно помнить при возбужденіи искусственных преждевременных родов, при которых нерѣдко приѣмы, оказавшіеся сначала очень дѣйствительными, внезапно перестают вызывать маточныя сокращенія и заставляют прибѣгать к примѣненію других способов.

Весьма поучителен случай Wigand, как примрѣ самопроизвольной остановки родов, в котором причина этого явленія осталась не выясненной окончательно. Послѣ хороших родовых потуг (у совершенно здоровой женщины), когда маточный зѣвъ уже раскрылся на два с половиной пальца (полтора дюйма) и когда пузырь готов был лопнуть, внезапно остановились всякія схватки; раскрытіе зѣва оставалось *in statu*

quo в теченіе четырнадцати дней, послѣ чего роды начались снова и закончились благополучно ¹⁾).

Этот и подобные примѣры показывают, что никогда не слѣдует назначать точно время, когда можно ожидать окончанія родов, в особенности если точность вычисленія срока родов допускает сомнѣніе (напр. вслѣдствіе недостатка данных.).

По окончаніи изглаженія, когда начинается собственно раскрытіе маточнаго отверстія, появляются новыя явленія, которыя опредѣляются внутренним изслѣдованіем. Сокращенія матки измѣняют консистенцію изглаженной маточной шейки: она становится плотнѣе во время схваток. Через отверстие по мѣрѣ его раскрытія изслѣдующій палец находит оболочки плода, так-называемый плодный мѣшок. Этот мѣшок становится плотнѣе при каждой схваткѣ. В промежутках между схватками через него легко прощупывается подлежащая часть и ея подробности, а в случаѣ опущенія пуповины, то и пульсація в ней.

Самая форма плоднаго мѣшка зависит от условій чисто механических и по ней можно иногда предугадывать различныя осложненія. Если положеніе головное, то подлежащая часть не позволяет околоплодной жидкости протекать в шейный канал: при сокращеніях матки головка плотно закупоривает верхній отдѣл шейнаго канала и новыя количества жидкости в него поступать не могут; отсюда, растягивающійся по мѣрѣ раскрытія маточнаго отверстія плодный пузырь будет мало выдаваться—он будет плоскій. M-me D u g è s мать m-me L a s h a r e l l e знаменитая акушерка своего времени, имѣла обыкновеніе говорить:

¹⁾ loco citato, pag. 250, B. II.

«Je ne crains pas les eaux plates». В самом дѣлѣ плоская форма плоднаго пузыря можетъ быть только тогда, когда подлежащая часть хорошо закупориваетъ верхній отдѣлъ маточнаго отверстія, а это возможно только при головномъ и в частности при затылочномъ положеніи. Если подлежащее лицевое, то условія будутъ уже иныя, потому что лицо съ своими неровностями все-таки по-



Рис. 64. Объясненіе рисунка. Схема плоднаго пузыря при затылочномъ предлежаніи. Пузырь плоскій—условіе благоприятное.

зволяетъ околоплодной жидкости проходить между подлежащею частью и стѣнкою матки. В случаѣ ягодичнаго предлежанія и еще болѣе в случаѣ поперечнаго положенія, условія эти будутъ выражены еще рѣзче и плодный пузырь будетъ представляться в видѣ грибовиднаго или колбасовиднаго мѣшка, выдающагося в

полость влагалища. Если это явление наблюдается при затылочном предлежании, то это может означать, что головка не может в достаточной степени опуститься в полость малого таза, напр. при общесъуженном тазѣ и вообще при съуженіях таза. Тѣ же самыя условія, от которых зависит колбасовидный плодный пузырь, благопріятствуют всяким осложненіям, напр. выпаденію пуговицы, или мелкой части плода.



Рис. 65. Объясненіе рисунка. Плодный пузырь, выдающійся в видѣ гриба, вродѣ песочных часов. Отверстіе матки только начинает раскрываться.

Иногда плодный пузырь может быть весьма объемист, и если судить по его величинѣ, то можно предположить, что отверстіе матки уже совершенно открыто, а на самом дѣлѣ оно пропускает еще только два пальца. Чтобы избѣжать такой ошибки, необходимо всякій раз обойти все отверстіе и убѣдиться, насколько оно дѣйствительно раскрыто.

Мы уже сказали, что при изслѣдованіи во время схваток можно отмѣтить, что плодный пузырь растягивается и дѣлается твердым; одновременно с этим маточная шейка тоже сокращается и становится плотнѣе. Если во время внутренняго изслѣдованія помѣстить другую руку на живот женщины, то можно замѣтить, что при самом началѣ схватки сокращенія маточной мышцы появляются прежде всего в шейной части матки и постепенно переходят на ея тѣло и дно; когда схватка кончается, то расслабленіе обнаруживается сначала на шейной части и изслѣдующій палец отмѣчает, что плодный пузырь стал уже гораздо мягче, податливѣе и что шейная часть матки тоже сдѣлалась мягкой, а рука, положенная на живот, ощущает еще довольно твердое тѣло и дно матки, потому что сокращенія маточной мышцы, в верхнем отдѣлѣ, исчезают во время паузы позднѣе, чѣм сокращенія шейки.

Чѣм рыхлѣе, сочнѣе и толще представляется край маточнаго отверстія, тѣм растяжимѣе и податливѣе он оказывается при дальнѣйшем теченіи родов, тѣм меньше препятствія представляет сопротивленіе шейки и тѣм скорѣе надо ожидать окончанія родов. Так, плотная и истонченная, послѣ изглаженія, шейка первородящей представляет значительно большее препятствіе для скорого окончанія родов, чѣм разрыхленная, сочная, легко-растяжимая, эластическая маточная шейка повторнوبرеменной.

Если пузырь уже лопнул и первыя,—переднія воды вытекли, то он спадается и оболочки его не растягиваются при сокращеніях матки. Но бывают случаи, когда пузырь уже лопнул, потому что часть вод вытекла, а при изслѣдованіи находят напрягающійся при каждой схваткѣ плодный мѣшок. Это может зави-

сѣть от того, что пузырь разорвался гдѣ-нибудь вверху, а нижній отдѣл, выступающій из наружнаго отверстія не опорожнился, потому что подлежащая часть отгораживает жидкость, находящуюся в нижнем отдѣлѣ, и не дает ей вытекать. При таких условіях истеченіе вод, находящихся выше подлежащей части (головки) тоже останавливается и при изслѣдованіи можно не найти вовсе признаков разрыва пузыря, потому что плодный мѣшок довольно растянут и растягивается при каждой схваткѣ точно так же, как это бывает при цѣлости пузыря. Обыкновенно при внутреннем изслѣдованіи всетаки можно бывает найти мѣсто, гдѣ произошел разрыв пузыря (конечно, если это мѣсто находится в отверстіи матки). Но бывает и так, что разрывается только *chorion*, а *amnios* остается цѣлым, так что можно найти мѣсто разрыва, а между тѣм пузырь еще цѣл. Поверхность плоднаго пузыря должна представляться гладкой и без выступов. Изслѣдуя окружность маточнаго отверстія вокруг выдающагося плоднаго мѣшка, палец может иногда найти мягкое, дающее своеобразное ощущеніе, тѣло, которое служит как бы продолженіем плодных оболочек. Это может быть долька *placentae* в случаѣ ея предлежанія, или кровяной сгусток, напр., в случаѣ разрыва *sinus coronarius placentae*. Само собой разумѣется, что в обоих этих случаях в концѣ беременности наблюдаются кровотеченія, вызываемыя этими осложненіями. Иногда послѣ смерти плода отслоившіеся покровы головки были принимаемы за плодный пузырь. Головную опухоль, развивающуюся при продолжительных родах вслѣдствіе отеканія покровов головки нетрудно отличить от плоднаго мѣшка, потому что она не становится плотнѣе во время схваток и потому что на ней можно оцупать волосы,

а надавливая пальцем на отечную опухоль, можно все-таки отыскать кости черепа и их швы.

Кромѣ состоянія влагалищной части и степени раскрытія маточнаго отверстія, во время родов, помощью внутренняго изслѣдованія опредѣляется положеніе предлежащей части и разные послѣдовательные моменты ея поступательнаго движенія, т.-е. подробности самаго механизма родов.

Внутреннее изслѣдованіе прежде всего рѣшает вопрос, имѣется ли в полости таза какая-нибудь часть плода и насколько она в него опустилась.

Если предлежаніе головное, то головка плода опускается в полость малаго таза в послѣднія недѣли беременности. Изслѣдующій палец встрѣчает обширную округлую опухоль, которая может находиться высоко, т.-е. около входа в таз и быть еще подвижной, что, впрочем, опредѣляется уже при наружном изслѣдованіи; или, напротив, головка помѣщается глубоко в полости таза и при изслѣдованіи представляется совершенно неподвижной.

Если *spinae ischii* легко прощупываются при изслѣдованіи, а головка стоит подвижно, то говорят, что головка вступает в полость таза; если *spinae ischii* почти не прощупываются, или прощупываются с большим трудом, то говорят, что головка находится в полости таза; наконец, если *spinae ischii* прощупать вовсе нельзя и головка во время схваток начинает растягивать промежность, то говорят, что она находится в тазовом выходѣ. Когда головка находится в полости таза, то она упирается в тазовое дно, слѣдовательно и в *spinae ischii* потому что к ним прикрѣпляется *musculus levator ani*, который, собственно, и образует тазовое дно. В этот момент вся вогнутость

крестца бывает выполнена головкой и между нею и передней поверхностью этой кости не должно оставаться пустого промежутка.

При позиціях ягодичных предлежащая часть занимает меньше пространства в полости малаго таза, но высота ея стоянія точно так же опредѣляется по отношенію к сѣдалищным остям. При положеніях поперечных никакая часть плода за исключеніем мелких частей или пушвины, которая при этом могут выпадать, в полости таза не находится; только при вколоченном перегнутом плодѣ можно найти втиснутое в полость таза плечо и часть грудной клѣтки.

Подробности, отмѣчаемыя при внутреннем изслѣдованіи на предлежащей части, бывают различныя, в зависимости от позиціи и предлежанія, и их надо поэтому рассмотреть в отдѣльности.

Если предлежит согнутая головка, т.-е. если имѣется затылочное предлежаніе, то на ней приходится отыскивать швы и роднички, дабы по их положенію судить о положеніи головки относительно таза матери.

В большинствѣ случаев средняя линія головки плода совпадает с одним из косых діаметров таза матери и только в исключительных случаях она может совпадать с поперечным размѣром таза. Перед прорѣзываніем головки и во время него средняя линія головки должна совпадать с средней линіей таза матери, потому что этого требует механизм нормальных родов. Зная этот механизм, мы можем по перемѣщенію средней линіи головки плода, т.-е. по положенію ея стрѣловиднаго шва и по измѣненію этого положенія судить о том, насколько подвигаются различные моменты прохожденія головки через тазовое кольцо.

Положеніе средней линіи таза извѣстно каждому

и не требует особаго объясненія, то же относится и к положенію поперечнаго діаметра. Нельзя сказать того же относительно опредѣленія косых діаметров, потому что опредѣленіе и наименованіе их разнообразно у различныхъ авторовъ и от смѣшенія номенклатуры нервѣдко выходитъ конфузія, особливо у начинающихъ.

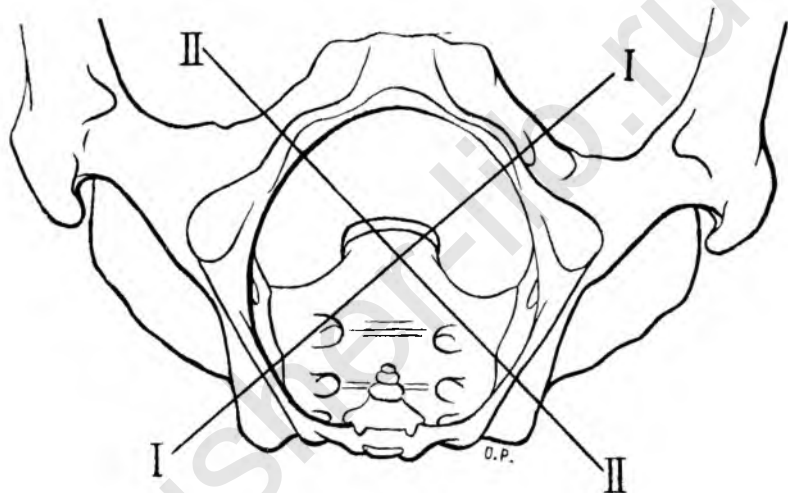


Рис. 66. Объясненіе рисунка. Таз видимый снизу. Отношеніе косых діаметровъ к выходу таза. **I**—первый косой діаметр: онъ идетъ справа и сзади впереди и влѣво. **II**—второй косой діаметр: онъ идетъ слѣва и сзади, вправо и впереди.

Отличаютъ два косых діаметра. Одинъ изъ нихъ проходитъ отъ праваго крестцово-подвздошнаго сочлененія к лѣвому тазобедренному суставу (собственно к *tuberculum ileo-pectineum*)—это есть правый или первый косой діаметр; другой косой діаметръ идетъ отъ той же точки слѣва и сзади, впереди и вправо—это есть лѣвый или второй косой діаметр.

Диаметры эти удобнѣе отмѣчать цифрами (первый и второй), потому что каждый из них можно назвать и правым и лѣвым в зависимости от того конца діаметра, который берется при этом как основаніе для номенклатуры. Нѣкоторые авторы считают первый діаметр правым, а другіе по переднему концу называют его лѣвым (французскіе авторы).

Чтобы составить себѣ ясное представленіе о положеніи этих діаметров и раз навсегда запомнить это положеніе, необходимо на костяном тазѣ представить себѣ плоскости, проходящія через только-что указанныя точки, и посмотрѣть как относятся эти діаметры ко входу и к выходу таза. Если смотрѣть сверху со стороны входа в таз, то первый косою діаметр будет наклонен обратно тому, как наклонены буквы, когда мы пишем \backslash , а если разсматривать таз снизу со стороны выхода, то первый косою діаметр будет наклонен так же, как рукописныя буквы— $/$.

Отыскиваніе швов и родничков начинается с изслѣдованія средней линіи таза. Для этого повернутый ладонной поверхностью указательный палец по поверхности доступной части головки проводят как можно дальше кзади— к *promontorium* и, перемѣщая палец по средней линіи таза, переходят оттуда кпереди к *symphysis ossium pubis*. Подходя к лонному сращенію, повертывают палец ладонной поверхностью, кзади не отнимая его от изслѣдуемой головки. Такое измѣненіе положенія пальца дѣлается для того, чтобы удобнѣе было обследовать передній отдѣл средней линіи (таза матери) подходя под *symphysis*.

Если, пройдя по поверхности предлежащей части, палец ничего по пути не встрѣчает, то проводят его спереди назад и снова изслѣдуют то, что может встрѣ-

таться в плоскости средней линии. Обыкновенно при таком изслѣдованіи палец тотчас наталкивается на идущій болѣе или менѣе косвенно, или поперечно шов. Чѣм медленнѣе ведется палец при этом моментѣ изслѣдованія, чѣм осторожнѣе дѣлаются боковыя движенія пальцем, чѣм меньше при этом надавливают пальцем, тѣм успѣшнѣе и скорѣе оно приводит к цѣли.

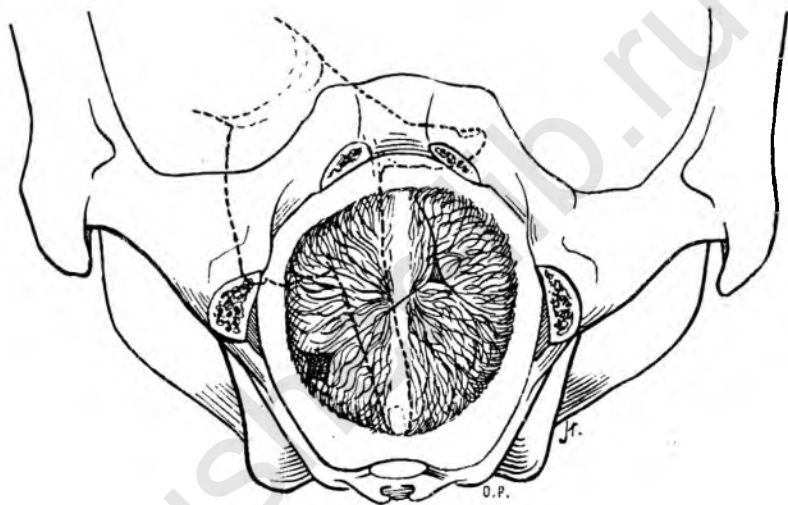


Рис. 67. Объясненіе рисунка. Положеніе пальца при изслѣдованіи подлежащей части (по V a g n i e r). Палец идет сзади впереди. Блѣдная полоса изображает то пространство, которое обслѣдывается при отыскиваніи (стрѣловиднаго) шва.

Найдя гдѣ-либо на средней линіи мѣсто, гдѣ ее пересѣкает какой-нибудь шов, тотчас прослѣживают его продолженіе вправо и влево, и отмѣчают, в плоскости какого косога діаметра расположен этот шов.

При обслѣдованіи плоскости средней линіи можно и не найти никакого шва: это может зависѣть, или 1, от того, что шов пересѣкает среднюю линію не около

оси таза, а гдѣ-нибудь кпереди около *symphysis*, или кзади около *promontorium*, как это бывает при аномаліях таза; или 2, от того, что имѣется головная опухоль.* В этом послѣднем случаѣ слѣдует надавить на головную опухоль, стараясь сдѣлать в ней вдавленіе и прощупать лежащіе глубже нея кости. В центрѣ

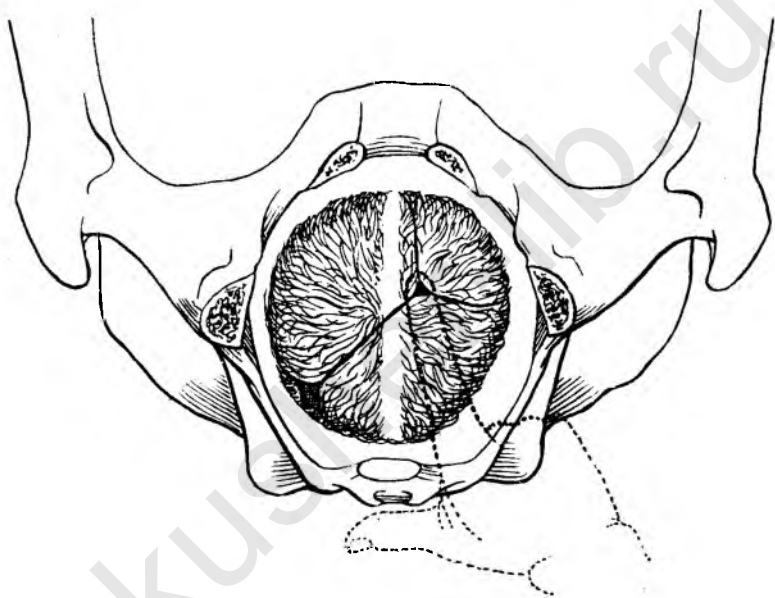


Рис. 68. Объясненіе рисунка. Исслѣдующій палец, помѣщен в то положеніе, в котором он исслѣдует передній отдѣл и прослѣживает ход стрѣловиднаго шва и разыскивает родничок.

головной опухоли это обыкновенно не удастся; поэтому приходится обойти края ея и около них разыскивать то мѣсто, гдѣ стрѣловидный шов пересѣкает плоскость средней линіи. Если головная опухоль обширная, т.-е. если шов встрѣчается далеко от средней линіи, то это

может быть и не стрѣловидный шов, а какой-нибудь другой.

Найдя мѣсто пересѣченія стрѣловиднаго шва, как уже сказано, изслѣдуют оба его конца и стараются найти роднички. Никогда не слѣдует довольствоваться нахожденіем одного родничка, напр., малаго, потому что это может повлечь к ошибкам.

Большой родничок отличается от малаго тѣм, что в нем сходятся четыре шва, а в малом только три. Мягкое, кожистое мѣсто имѣется только на большом родничкѣ, потому что малый родничок не есть собственно настоящій родничок, а только мѣсто, гдѣ сходятся три шва: пустого мѣста—кожистаго, в родѣ того, что имѣется на большем родничкѣ, на малом родничкѣ нельзя найти почти вовсе.

При затылочных положеніях стрѣловидный шов попадаетея легче, когда изслѣдующій палец ведется сзади кпереди, потому что задняя теменная кость, т.-е. та, которая при прохожденіи через вход в таз упирается в *promontorium* и которая вслѣдствіе этого вдавливаея, помѣщаея глубже, чѣм передняя, край которой на нее надвигаетея вдоль стрѣловиднаго шва.

Иногда можно принять большой родничок за малый, если нельзя отыскать всѣх швов, идущих к родничку, в особенности если самый родничек закрыт головной опухолью и прищупываея край только одной из костей, образующих шов (см., напр., рис. 69).

Если извѣстно направленіе стрѣловиднаго шва и положеніе родничков, то тѣм самым опредѣляется позиція и ея вид.

При затылочном предлежаніи в то время когда головка находится во входѣ в таз или в его полости возможно только два положенія стрѣловиднаго шва

по отношенію к діаметрам таза: или стрѣловидный шов стоит в плоскости поперечнаго діаметра, что бывает очень рѣдко, почти никогда (1), или он помѣщается в одном из косых діаметров, (2) расположится в плоскости средней линіи таза, т.-е. в прямом діаметрѣ, этот шов не может, потому что в этом отдѣлѣ тазовой полости головка плода не может умѣститься так, чтобы ея средняя линія совпадала с средней линіей матери.

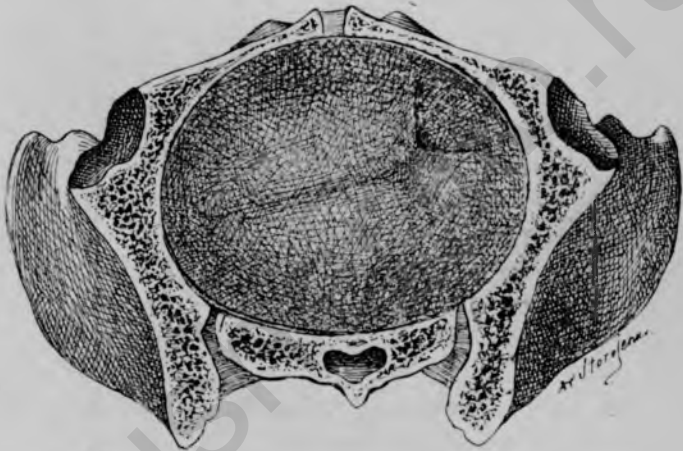


Рис. 69. Объясненіе рисунка. Случай, гдѣ вдавленная лѣвая лобная кость может быть принята за затылочную, а край большаго родничка напоминает малый родничек (по В u d i n).

Если стрѣловидный шов помѣщается в одном из косых діаметров, то возможны два случая: или 1, малый родничок помѣщается ближе к переднему концу этого діаметра, или 2, ближе к заднему его концу. Отсюда при положеніи стрѣловиднаго шва в одном из косых діаметров возможны двѣ разновидности положенія головки плода, иными словами два вида положенія, или позиціи. Виды эти принято называть: передній

и задній. Основанієм для этой номенклатуры берется положеніе затылочнаго бугра, или, что все равно, малаго родничка, потому что положеніе малаго родничка точно так же, как и положеніе затылочнаго бугра, опредѣляет положеніе не только затылка, но и спинки плода. Отсюда, зная, что малый родничок



Рис. 70. Объясненіе рисунка. Передній вид 2-го затылочнаго положенія (О. J. D. A.). *F.* большой родничок; *f.* малый родничок.

находится, напр., около передняго конца перваго косога діаметра (предполагая, что стрѣловидный шов совпадает с плоскостью этого діаметра см. рис. 68), мы знаем, что и спинка плода находится там же, гдѣ находится передній конец этого діаметра, т.-е. в лѣвой половинѣ таза; а если спинка плода находится в лѣвой половинѣ таза, то это значит, что позиція лѣвая, или первая. Кромѣ того, так как малый родничок находится

в переднем отдѣлѣ, ближе к переднему концу этого діаметра, то и затылок плода и его спинка тоже должны быть обращены не только влѣво, но и вперед, слѣдовательно в рассматриваемом нами случаѣ вид был бы передній. Вся позиція называлась бы: передній вид перваго затылочнаго положенія (O.J.S.A.).



Рис. 71. Объясненіе рисунка. Задній вид перваго затылочнаго положенія (O. J. S. P.).

Если бы стрѣловидный шов стоялъ во втором косом діаметрѣ, а малый родничок находился бы около задняго конца этого діаметра, то ясно, что затылок и спинка плода были бы обращены влѣво и кзади, т.-е. позиція была бы первая, или лѣвая, а вид задній (O.J.S.P.).

Представим себѣ, что стрѣловидный шов помѣстился бы совершенно поперечно (чего с математической точностью почти никогда не бывает), а малый родничок

помѣщался бы в лѣвой половинѣ таза, мы имѣли бы поперечный вид лѣваго, или перваго затылочнаго положенія (O.J.S.T.).

Понятно, что и для правых, или вторых позицій можно было бы сдѣлать такіе же точно рисунки, только пришлось бы малый родничок помѣстить в правой половинѣ таза (см. рис. 70).

Таким образом по отношенію стрѣловиднаго шва к косым діаметрам и по положенію малаго родничка в той или другой половинѣ таза: правой или лѣвой, опредѣляется позиція—первая, или вторая, и виды—передній и задній (теоретически допускается еще и поперечный).

Если имѣется предлежаніе теменное, т.-е. если имѣется недостаток сгибанія головки, то при внутреннем изслѣдованіи мы найдем большой родничок почти на оси таза, т.-е. на том мѣстѣ, гдѣ стрѣловидный шов пересѣкает среднюю линію таза. Позиція и их виды при этой разновидности пришлось бы опредѣлять по положенію малаго родничка, ибо теменное предлежаніе есть только разновидность затылочнаго предлежанія.

Если предлежит личико, то при внутреннем изслѣдованіи поступают точно так же, как при затылочных положеніях, только здѣсь разыскивается мѣсто пересѣченія средней линіи таза не с стрѣловидным швом, а с его продолженіем—швом лобным или вообще с средней линіей лица плода. Так как мягкія части на лицѣ изобилуют рыхлой клѣтчаткой, то при головной опухоли здѣсь получается такой отек, что лицо становится неузнаваемым и его можно при изслѣдованіи смѣшать с ягодичным концом плода. Дабы ориентироваться, полезно помнить, что болѣе всего отекают

губы, щеки, вѣки, лоб. Напротив того, нос и верхушка подбородка не могут вовсе отекать, потому что на носу кожа плотно прирастает к хрящам, а на подбородкѣ посредством *musculus submentalіs* прикрѣпляется к нижней челюсти.

Таким образом на средней линіи лица всегда можно отыскать подробности, характерныя для этой линіи.



Рис. 72. Объясненіе рисунка. Лицевая линія во втором косом діаметрѣ; подбородок впереди; передній видъ перваго лицевого положенія (М. Г. С. А.).

Если идти сверху вниз, то это будут: лобный шов, затѣм нос и, наконец, подбородок. Форма носа извѣстна каждому; направленіе отверстій поздрей опредѣляет положеніе подбородка. По бокам около спинки носа можно прощупать нижніе края глазниц и глазныя яблочки. Далѣе между носом и подбородком встрѣчаются мягкія складки—распухшія губы, и палец

легко проникает в отверстие рта, гдѣ находит обѣ зубныя дуги челюстей, которыя тоже не могут отекають и всегда могут быть найдены. Иногда встрѣчается языкъ в видѣ небольшой подвижной опухоли.

Опредѣливши положеніе лицевой линіи (средняя линія лица), отыскиваютъ, гдѣ находится подбородокъ, потому что при лицевыхъ положеніяхъ подбородокъ рѣшаетъ вопросъ о видѣ. Предположимъ, что лицевая линія помѣщается во второмъ косомъ діаметрѣ, а подбородокъ лежитъ около передняго конца этого діаметра. Очевидно, что мы будемъ имѣть передній видъ, кромѣ того это будетъ первая или лѣвая позиція, потому что спинка плода будетъ находиться въ противоположной подбородку половинѣ таза, т.-е. въ лѣвой половинѣ. (Всѣ позиціи при продольныхъ положеніяхъ всегда опредѣляются по спинкѣ.)

Если бы подбородокъ помѣщался в заднемъ отдѣлѣ таза, около задняго конца втораго косога діаметра, т.-е. если бы мы повернули на рис. 72 лицевую линію на 180° , то мы имѣли бы, задній видъ втораго лицевого положенія (M.I.D.P.) и т. д.

Задніе виды лицевыхъ позицій даютъ очень серьезное предсказаніе, ибо если задній видъ не перейдетъ самопроизвольно в передній, или не придетъ своевременно на помощь искусство, то женщина родить не можетъ и для избѣжанія разрыва матки придется извлекать плодъ по частямъ, когда условія для поворота будутъ отсутствовать.

Если предлежитъ ягодичный конецъ, то здѣсь роль стрѣловиднаго шва, или лицевой линіи, будетъ играть средняя линія крестца с его остью, отверстие *anus* и половые органы, словомъ все то, что помѣщается по средней линіи тазоваго конца, который предлежитъ.

Для отысканія этой средней линіи пользуются всѣм тѣм, что можно прощупать на тазовом концѣ. Крестец и его верхушку можно почти всегда отыскать, несмотря на отек ягодиц, потому что крестец не отекает и на его мѣстѣ находят вдавленіе, на днѣ котораго ощупывают очертанія кости и ея верхушку с копчиком на концѣ. Но кромѣ крестца прощупываются также сѣдалищные бугры. Если мысленно соединить оба бугра линіей, то она будет расположена перпендикулярно к средней линіи ягодичнаго конца.

Позиціи здѣсь опредѣляются так же, как и при головных положеніях, т.-е. по спинкѣ. Если спинка влѣво, то позиція первая, если вправо, то вторая. Виды опредѣляются по положенію крестца: крестец в переднем отдѣлѣ—передній вид, крестец в заднем отдѣлѣ—задній вид.

Нашедши во время изслѣдованія, что предлежит ягодичный конец, полезно для нагляднаго подтвержденія діагностики воспользоваться совѣтом *B u d i n* и прежде, чѣм вынимать изслѣдующій палец, внести конец его в отверстіе *anus* младенца, а затѣм вынимать его с осторожностью, чтобы не стереть с его конца меконій, который к нему пристанет. Присутствіе свѣжаго первороднаго кала на концѣ пальца подтверждает діагностику тазоваго предлежанія.

Если предлежит ягодичный конец, то возможны три случая: или предлежит ягодичный конец вмѣстѣ с согнутыми нижними конечностями, т.-е. ноги плода расположены так, как их кладут, когда сидят потурецки; или предлежит ягодичный конец, а ноги плода находятся вверху и изслѣдующій палец до них не достигает; или, наконец, предлежит ягодичный конец и одна из нижних конечностей в согнутом видѣ,

а другая конечность изслѣдующему пальцу не доступна.

Ягодичное предлежаніе опредѣляется главным образом помощью наружнаго изслѣдованія. Если ограничиться одним внутренним изслѣдованіем, то можно мягкія части смѣшать с головной опухолью и, не найдя швов и родничков, остаться в невѣдѣніи относительно позиціи, в особенности, если плод недоношенный;



Рис. 73. Объясненіе рисунка. Средняя линия ягодичнаго конца помѣщается во втором косом діаметрѣ, крестец лежит кзади. Второе ягодичное положеніе, задній вид. (S. I. S. P.) *t, t—tubera ischii.*

о том, что ягодичный конец плода был принимаем за лицевое предлежаніе, уже упомянуто выше. Если не удастся найти никаких діагностических точек при внутреннем изслѣдованіи, то малый объем предлежащей части может навести на мысль о предлежаніи ягодичнаго конца. Наружное изслѣдованіе, конечно, тотчас

может выяснитъ дѣйствительное состояніе вещей, но у очень нервныхъ и чувствительныхъ женщинъ это можетъ быть весьма затруднительно.

Если плодъ находится в поперечномъ положеніи, то изслѣдующій палецъ не находитъ никакой предлежащей части, потому что она помѣщается слишкомъ высоко. Если пузырь уже лопнул, то во влагалищѣ можно встрѣтить выпавшую ручку или пупочный канатикъ.

Найдя ручку, стараются опредѣлить, которая это ручка—правая или лѣвая. Для этого мысленно стараются себѣ представить, какую рукою удобнѣе поздороваться с выпавшей ручкой, потому что рукопожатіе возможно только с соименной рукою. Это часть изслѣдованія значительно облегчается, если вывести наружу конецъ выпавшей ручки. Ручку можно смѣшать с ножкой; отличіе состоитъ в томъ, что на концѣ ножки находятся три выступа: выступъ пятки и два мышелка. На ручкѣ такихъ выступовъ нѣтъ. Длина и подвижность пальцевъ служатъ тоже отличительными признаками ручки.

Поднимаясь вверхъ по выпавшей ручкѣ, изслѣдующій палецъ попадаетъ в подмышковую впадину и вверху встрѣчаетъ очертанія реберъ. Направленіе расположенныхъ косвенно реберъ можетъ быть параллельно первому, или второму косому діаметру. Кромѣ дна подмышковой впадины, отмѣчаютъ ея уголъ и направленіе, куда открытъ этотъ уголъ. Зная, куда открытъ уголъ подмышковой впадины, собственно уголъ, образуемый верхней конечностью с туловищемъ, мы знаемъ, гдѣ находятся ноги и гдѣ голова, и слѣдовательно знаемъ, какая позиція. Если голова лежитъ в лѣвой половинѣ живота женщины, то позиція будетъ первая; если в правой, то вторая. Чтобы узнать, какой это видъ позиціи, пе-

редній, или задній, надо знать, куда смотрит спинка плода—кпереди или кзади. Зная, что выпала, напр. лѣвая ручка, мы можем представить себѣ, что плод лежит на лѣвом боку, а если мы знаем, гдѣ находятся его ноги и гдѣ голова, то можем сразу сказать, лежит ли спинка кпереди или кзади. Если неизвѣстно, какая

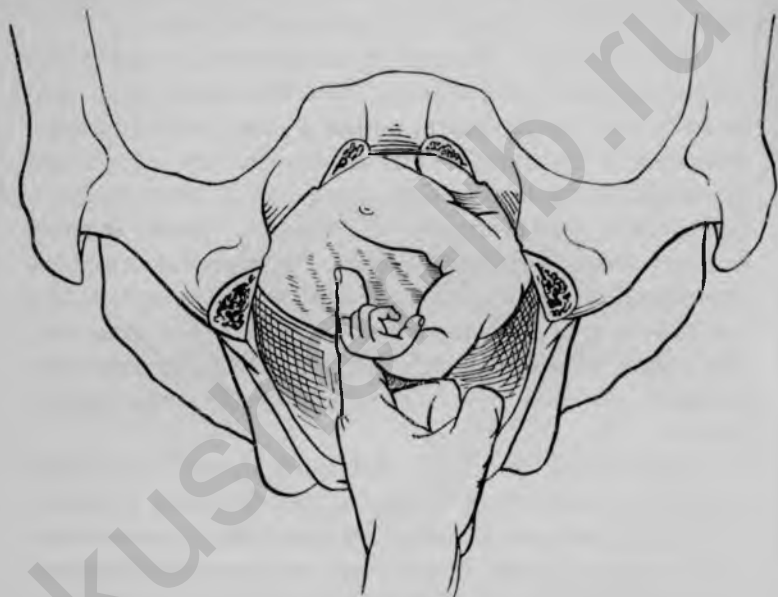


Рис. 74. Объяснение рисунка. Задній вид первой поперечной позиціи (Т. I. S. P.). Ребра расположены параллельно второму косому діаметру.

ручка выпадает, а неизвѣстно, в каком діаметрѣ расположены ребра, то можно тоже сказать, гдѣ находится спинка, потому что при первых (лѣвых) позиціях ребра находятся в первом косом діаметрѣ при передних видах и во втором при задних. При вторых позиціях ребра

будут расположены в противоположных только-что описанному діаметрах.

Описанные нами данные опредѣляются обыкновенно простым изслѣдованіем одним, или двумя пальцами. Но есть случаи, гдѣ такое изслѣдованіе не дает



Рис. 75. Объясненіе рисунка. Передній вид второго поперечнаго положенія (Т. I. D. A.), ребра расположены параллельно второму косому діаметру.

опредѣленнаго результата. В этих случаях показуется изслѣдованіе четырьмя пальцами, или всей рукой (*exploration manuelle*). Это изслѣдованіе производится по общим правилам, полезно помнить, что введеніе руки может быть затруднительно, если вводить ее прямо

из раствора сулемы, не смочивши предварительно до локтя раствором лизола. При введеніи всей руки надо слѣдить за тѣм, чтобы малыя губы не подгибались, не вдавливались в полость влагалища, что может затруднять свободу движеній. (Подробнѣе об этом см. выше.)

акusher-lib.ru

VIII.

ОПРЕДѢЛЕНІЕ АНОМАЛІЙ ТАЗА ПО ОСОБЕННОСТЯМ МЕХАНИЗМА РОДОВ.

Всякія измѣненія формы таза отражаются на механизмѣ родов, потому что измѣняютъ механическія условія, от которыхъ зависятъ подробности этого акта.

Все то, что измѣняетъ отношенія размѣров таза к размѣрамъ частей плода, способно проявляться измѣненіями механизма родов и это одинаково относится, какъ к суженіямъ, такъ и к увеличеніямъ діаметровъ тазового кольца. В обоихъ случаяхъ измѣненіе формы таза прежде всего проявляется в отклоненіяхъ положенія плода, такъ при суженіяхъ появляются неправильныя положенія, напр. поперечныя, а при тазахъ широкихъ различныя случайныя позиціи, напр. лицевыя предлежанія и т. п. В обоихъ случаяхъ имѣются кромѣ того условія, благопріятствующія различнымъ осложненіямъ, напр., выпаденію мелкихъ частей, или пуповины. Но на основаніи всѣхъ этихъ особенностей нельзя дѣлать никакихъ заключеній о самой формѣ таза.

При головныхъ предлежаніяхъ и в частности при предлежаніяхъ затылочныхъ нѣкоторые отдѣльные виды измѣненій формы таза проявляются во время родовъ

в видѣ довольно типических и характерных особенностей, по которым можно даже судить об измѣненіях формы таза.

Если имѣется уменьшеніе всѣх діаметров таза, т.-е. если таз общесъуженный, то головка может в него опуститься только послѣ достаточнаго приспособленія своих размѣров вслѣдствіе сжатія ея и захожденія костей черепа вдоль его швов.

При этих условіях головка сначала долго стоит подвижно над входом в таз. Проникнуть в его полость ни в согнутом ни в полусогнутом положеніи она не может, потому что она опирается на края безъимянной линіи тремя точками: обоими теменными буграми (двѣ точки), потому что бипаріетальный діаметр головки слишком велик, и теменною поверхностью лба (третья точка). Если родовыя схватки будут достаточно сильны, т.-е. если дѣйствіе сил изгоняющих будет успѣшно, то начнется постепенное уменьшеніе тѣх діаметров, которые могут быть уменьшены вслѣдствіе захожденія одной черепной кости на другую. Так как из тѣх трех точек, о которых мы сейчас упомянули и на которыя опирается головка на *linea innominata*, только двѣ: оба теменные бугра, могут быть сближены от дѣйствія этой причины, то постепенно происходит уменьшеніе бипаріетальнаго діаметра, который наконец и уменьшится настолько, что будет проходить через вход в таз и начнет опускаться в его полость. В то же время теменная поверхность лба будет продолжать опираться на край безъимянной линіи, потому что захожденіе костей черепа не может уменьшить продольные діаметры головки настолько, чтобы они могли пройти в полость таза, совпадая с діаметрами его входа и головка, опираясь переднею своею частью на края безъ-

пмянной линіи, должна еще болѣе согнуться, но мѣрѣ опусканія бипаріетального діаметра.

Такое усиленное сгибаніе характерно для тазов общесъуженных и при изслѣдованіи палец легко находит гдѣ-нибудь около средней линіи, на оси таза, малый родничок.

Большой родничок стоит при этом очень высоко и может быть недостижим вовсе.

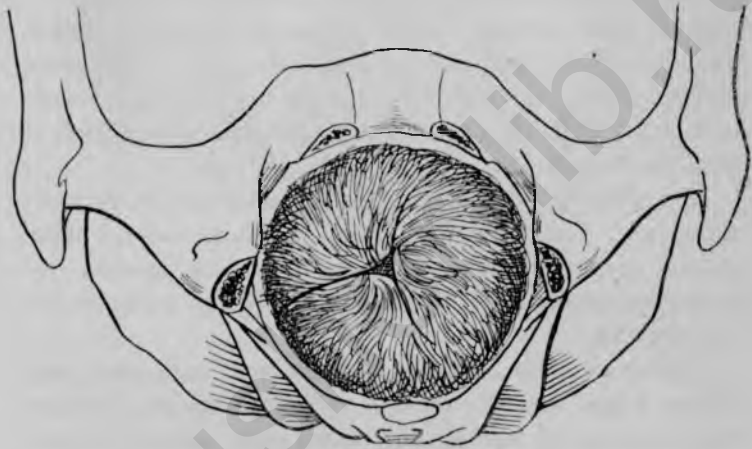


Рис. 76. Объясненіе рисунка. Общесъуженный таз, видный снизу. Передній вид перваго затылочнаго положенія (O.I.S.A.) Малый родничок стоит как раз посрединѣ на оси таза.

Кромѣ усиленнаго сгибанія головки роды при общесъуженном тазѣ отличаются медленностью ея опусканія, медленностью внутренняго поворота и, наконец, еще и тѣм, что прорѣзываніе головки не возможно, пока она не установится совершенно точно в прямом діаметрѣ, т.-е., пока не закончится внутренній поворот. Прорѣзываніе головки при нормальном тазѣ нерѣдко происходит в одном из косых (очень, впрочем, близ-

ком к прямому) діаметров и очень точная установка головки в этот момент как раз в прямом размѣрѣ в связи с предшествующим низким, в центрѣ таза, опусканіем малаго родничка всегда указывает на уменьшеніе діаметров таза, или на относительное его суженіе.

Замедленіе внутренняго поворота головки как и замедленіе ея прохожденія через тазовое кольцо в связи с значительной затратой изгоняющих сил, которая для этого необходима при узком тазѣ, объясняет, почему в самом концѣ родов родовая дѣятельность, при этих условіях, так часто останавливается совершенно и приходится прибѣгать к наложенію щипцов в выходѣ таза, т.-е. тогда, когда препятствіе уже остается незначительное.

В случаѣ плоскаго таза, простаго или рахитическаго, т.-е. такого, у котораго уменьшен только один прямой діаметр входа, механизм родов во многом отклоняется от нормы и представляет многія интересныя подробности.

Первоначально головка помѣщается подвижно над входом в таз: она не может в него опуститься в согнутом положеніи, потому что разстояніе между теменными буграми не помѣщается в серединѣ входа в таз, в его прямом размѣрѣ—эти бугры упираются: один в *promontorium*, а другой в *symphysis* и головка в таз не входит (см. рис. 77). Даже усиленное сгибаніе головки, как это бывает при суженіи всѣх діаметров, дѣлу не может помочь. При продолжающемся вліяніи изгоняющих сил, головка наконец устанавливается в положеніи менѣе согнутом, чѣм это бывает при нормальных родах, и ея бипаріетальной діаметр (разстояніе между обоими буграми) приспособливается к одному из косых діаметров, собственно даже не к косому

діаметру, а к діаметру почти параллельному *conjugata vera* и находящемуся сбоку от нея. Но и в этом положеніи головка в таз войти не может, потому что би-

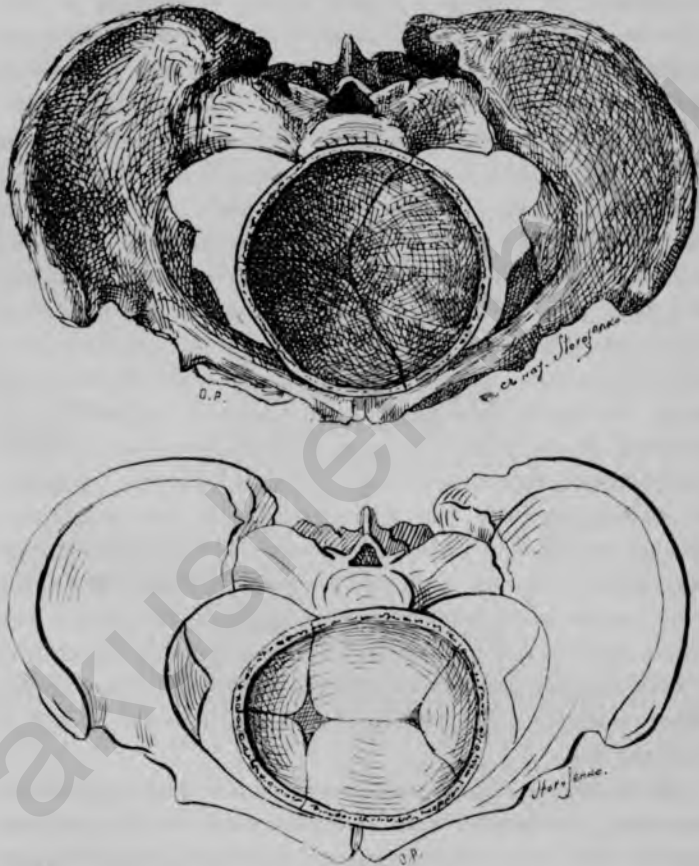


Рис. 77. и 78. Объясненіе рисунка. Диаграммы, показывающія положеніе головки над входом в таз. Плоскій рахитическій таз отношеніе; бипаріэталнаго размѣра головки к прямым размѣрам таза. Рис. 77—головка согнута; рис. 78—головка не совсѣм согнута, но тоже опустится не может.

парієтальный діаметр все-таки слишком велик для этого.

Постепенно под впливієм сокращеній матки головка принимает положеніе среднее между сгибаніем и разгибаніем. Ислѣдующій палец находит большой родничок на уровнѣ *linea innominata* и почти в центрѣ таза (см. рис. 78).

Битемпоральный діаметр устанавливается при этом в прямом разрѣзѣ таза, т.-е., в направленіи параллельном *conjugata vera*. В таком положеніи головка начинает вступать во вход в таз. Одновременно с этим бипарієтальный діаметр, находящійся сбоку от *conjugata vera* (см. рис. 78 и 79), начинает уменьшаться вслѣдствіе захождения костей черепа и происходит нѣкоторое опусканіе задняго отдѣла головки. Вслѣдствіе этого большой родничок перемѣщается, удаляясь от средней линии таза. Так как битемпоральный діаметр уже больше опускаться при этом положеніи головки не может (потому что его уменьшеніе, от сдавленія, уже закончено), то настает момент, когда дальнѣйшее опусканіе головки останавливается. Дальнѣйшее теченіе родов возможно только в том случаѣ, если головка может приспособить свои поперечные діаметры к продольным діаметрам таза, т.-е., если для этого имѣется мѣсто в его полости, а в частности в вогнуто-сти крестца.

Достигается это весьма просто: головка подвергается боковому сгибанію, т.-е., наклоняется на сторону и притом так, что темя обращено вперед (относительно матери), а задній теменной бугор помѣщается во входѣ в таз и в таком видѣ начинает опускаться в него.

Если головка устанавливается так, как мы только-что описали, то говорят, что она опускается в таз в

положение асинклитическом, потому что ось головки находится под углом к оси таза; если ось головки совпадает с осью таза, то это будет случай синклитизма, ко- ему и противопоставляется асинклитизм, т.-е. несо- впаденіе оси головки с осью таза.

Когда головка установится в положеніи задняго асинклитизма, то очевидно, что стрѣловидный шов

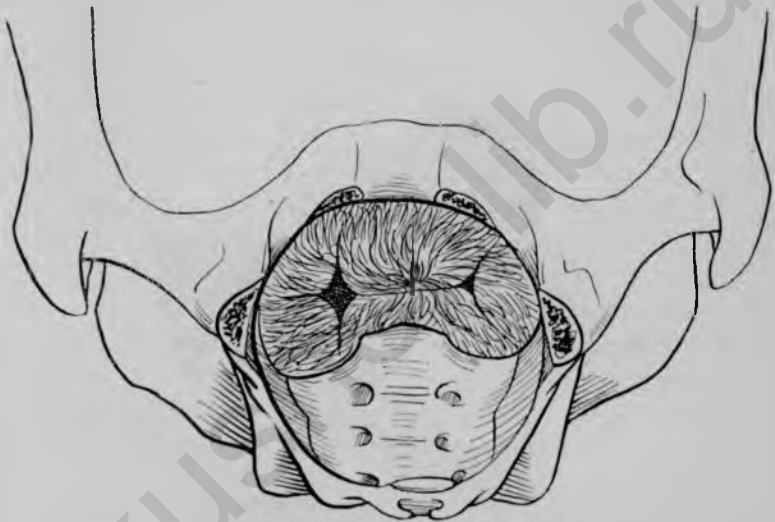


Рис. 79. Объясненіе рисунка. Схема положенія Стрѣловид- наго шва и родничков перед опусканіем головки в полость плоскаго таза.

будет находиться под *symphysis*. Поэтому при внутрен- нем изслѣдованіи палец сначала будет находить по- перечно идущій стрѣловидный шов, а по мѣрѣ опуска- нія головки отмѣтит, что этот шов перемѣстился кпе- реди под симфизу. Головка в это время продолжает находиться в неполном сгибаніи, потому что попереч- ный размѣр таза настолько велик, что не мѣшает ей

опускаться в этом положении—ей нѣтъ надобности для этого сгибаться.

Дальнѣйшее поступательное движеніе головки возможно только тогда, когда вогнутость крестца выражена хорошо. Наступает момент, когда дальнѣйшее

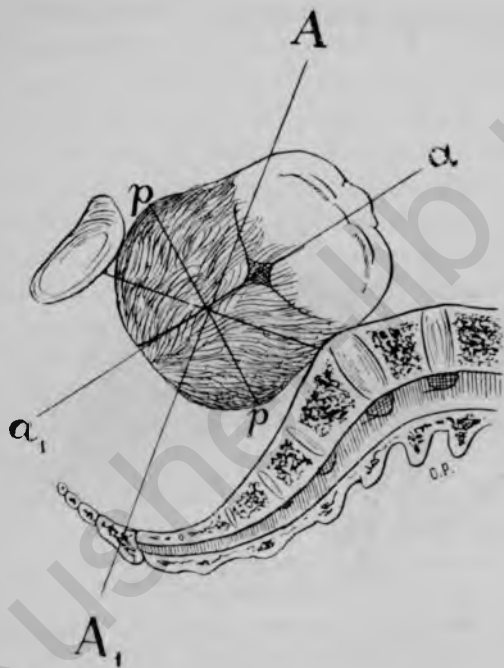


Рис. 80. Объясненіе рисунка. Головка помещается в заднем синклитизмѣ (ея ось отклонена кзади от оси таза), AA_1 ось таза; aa_1 ось головки; pp —теменные бугры.

опусканіе головки в положеніи (задняго) асинклитизма болѣе совершаться не может, потому что боковая поверхность головки упирается в *promontorium*, а противоположный теменной бугор в *symphysis ossium pubis*. Тогда головка начинает вращаться около не-

подвижной точки на *promontorium*. При этом она начинает переходить из задняго асинклитизма сначала в синклитизм и наконец в положеніе передняго асинклитизма и вслѣдствіе этого задній теменной бугор понемногу приближается к передней поверхности крестца и входит в его вогнутость.

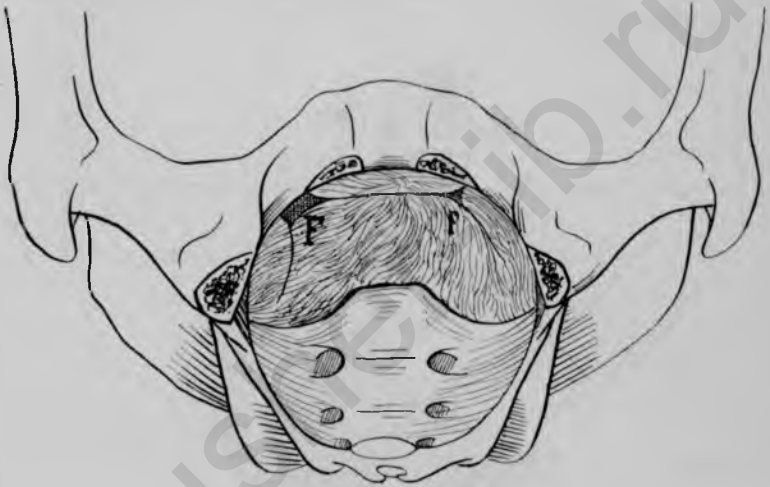


Рис. 81. Объясненіе рисунка. Плоскій таз. Часть *lineae innominatae*, видимой снизу. Схема того, что дает внутреннее изслѣдованіе, когда головка находится в заднем асинклитизмѣ. Передній видъ перваго затылочнаго положенія (O. J. S. A.). Стрѣловидный шовъ находится около *symphysis*; по бокамъ видны большой *F*. и малый *f*. роднички.

Вслѣдствіе такого движенія головки стрѣловидный шовъ понемногу перемѣщается спереди, из-под *symphysis* къзади, по направленію к вогнутости крестца. Одновременно с этимъ затылок опускается и головка сгибается такъ, что малый родничокъ начинает спускаться ниже большаго.

Обыкновенно это движение головки перемѣщает стрѣловидный шов кзади немного далѣе оси таза,— до самага крестца этот шов все-таки не доходит, а если и дошел бы, то он тотчас начинает возвращаться назад к оси таза, по мѣрѣ опусканія малаго родничка, вслѣдствіе сгибанія головки, которая в полости таза встрѣчает уже нѣкоторый простор и может свободно согнуться.



Рис. 82. Объясненіе рисунка. Головка опускается в таз, переходя из задняго асинклитизма в передній (сравни. с рис. 80).

Если размѣры полости и выхода таза нормальны, то дальнѣйшее теченіе родов при плоском тазѣ не отличается ничѣм от механизма нормальных родов. Правда, у ослабленной продолжительными родами женщины может оказаться слабость родовой дѣятельности и может понадобиться наложеніе щипцов, но в общем все идет так же, как при нормальном тазѣ. Если, как

это нерѣдко и бывает при плоском тазѣ, діаметры полости и выхода будут больше нормальных, что может зависѣть и от относительнаго уменьшенія приспособившейся к суженному входу головки по сравненію с размѣрами полости таза, то внутренній поворот головки может или быть замедлен или не совершиться вовсе. Этому благоприятствует еще одна особенность



Рис. 83. Объясненіе рисунка. Даныя внутренняго изслѣдованія. Головка перешла въ передній асинклитизм и опустилась в полость крестца. Стрѣловидный шов помѣщается в заднем отдѣлѣ таза около крестца, малый родничок начинает опускаться (ср. с рис. 81).

боковых стѣнок плоскаго таза. В нормальном тазѣ боковая стѣнка малаго таза имѣет нѣкоторый наклон: она слегка выгибается в полость таза и служит как бы продолженіем той наклонной плоскости, которую образует внутренняя поверхность сѣдалищной оси (*spina ischii*). Существованіе этого явленія, повидимому, было

извѣстно еще Н o d g e, на рисунках котораго можно видѣть вліяніе этого наклона на форму нѣкоторых сѣченій таза; но значеніе этой особенности стѣнки таза для объясненія механизма родов и в частности, как одной из главных причин внутренняго поворота головки, насколько мнѣ извѣстно, не было еще никѣм отмѣчено, хотя, как увидим ниже, механизм родов при тазах кифотических не позволяет сомнѣваться, что этот наклон имѣет существенное вліяніе на происхожденіе внутренняго поворота головки.

В тазах плоских, как мы уже сказали, боковая стѣнка малаго таза тотчас выше *spina ischii* представляется болѣе вертикальной, иными словами, от той наклонной плоскости, которая обуславливает внутренній поворот головки, остается только одна мышечная часть (*musculus levator ani*) тазового дна, а костяная часть этой наклонной плоскости выражена очень слабо. Вслѣдствіе этого при плоском тазѣ имѣются невыгодныя условія для внутренняго поворота и, если он не совершается вовсе, то получается так-называемое глубокое поперечное стояніе головки (*tiefer Querstand*), т.-е. головка становится в полости таза почти в поперечном діаметрѣ, и роды останавливаются. Для устраненія этого осложненія иногда бывает достаточно сдѣлать внутреннее ручное изслѣдованіе четырьмя пальцами. Пальцы вводятся сзади и сбоку головки и ладонь ставится в плоскости тазового дна со стороны затылка. Такое введеніе четырех пальцев дѣйствует двояко: с одной стороны пальцы, введенные около головки в полость матки, прикасаясь к ея внутренней поверхности, вызывают хорошія схватки; а с другой— сами пальцы и ладонь замѣняют наклонную плоскость тазового дна, по которой должен скатываться заты-

лок для того, чтобы произошел внутренний поворот головки. Если послѣ такого введенія руки сдѣлать внутреннее изслѣдованіе, то оказывается обыкновенно, что малый родничок перемѣстился кпереди. Этого простого приѣма может оказаться достаточно, чтобы устранить это осложненіе. Разсмотрѣніе других мѣропріятій, которыя здѣсь могут быть показаны, не входят в задачи этого труда.

Изученіе механизма родов при плоском тазѣ показывает, что форма крестцовой впадины имѣет огромное значеніе для благополучнаго окончанія родов. Оно может даже имѣть большее значеніе, чѣм размѣръ истинной конъюгаты, потому что при отсутствіи вогнутости крестца и незначительное сѣуженіе может послужить абсолютным препятствіем для прохожденія головки через тазовое кольцо.

Если крестец плоскій, или если имѣется добавочный, ложный мыс, то роды по описанному нами механизму произойти не могут, и если они вообще возможны, то будут по подробностям напоминать механизм при общесѣуженных тазах.

Если вход в таз расширен в одном только прямом діаметрѣ, а в остальном таз нормальный, как это бывает в тазах нѣкоторых диких народов, то головка может опуститься почти прямо в прямом діаметрѣ, и внутренний поворот головки становится излишним: согнутая головка опускается и затѣм тотчас прорѣзывается путем разгибанія. Недавно был описан случай родов у цыганки, гдѣ наблюдался такой упрощенный механизм родов, напоминающій то, что наблюдается у животных. Мы упоминаем о нем, как о типическом примѣрѣ возможности упрощенія механизма родового акта.

При тазах кифотических головка опускается так же, как и при нормальных тазах, но поворот ее совершается даже немного раньше. Подходя к тазовому дну, она начинает рано подвергаться внутреннему повороту и скоро устанавливается в прямом диаметре таза: исследующий палец убеждается, что между головкой и полостью крестца остается пустота—головка не выполняет всей крестцовой впадины, потому что выдающиеся внутрь сѣдалищныя ости удерживают ее в переднем отдѣлѣ таза.

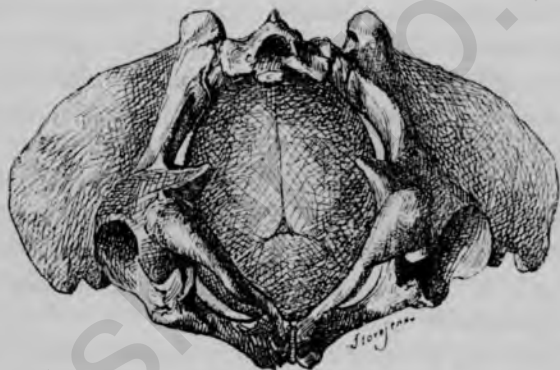


Рис. 84. Объясненіе рисунка. Положеніе головки при тазѣ кифотическом. Внутренній поворот ее уже совершился. Сѣдалищныя ости удерживают головку в переднем отдѣлѣ.

Сѣдалищныя ости и сѣдалищныя бугры не представляют однако, как показывают наблюденія, непреодолимаго препятствія для окончанія родов и они могут закончиться самопроизвольно, или быть окончены щипцами. Это зависит от нѣкоторой подвижности тазовых костей и от того, что концы тазовых костей, окружающіе выход таза, представляют из себя длинныя плечи рычагов, которые могут быть отогнуты сокра-

щениями матки при прохождении головки или при протаскивании ее щипцами.

Одна из самых характерных особенностей таза кифотического есть воронкообразная форма. В частности интересна форма боковой стѣнки малаго таза, на которой ясно выражен костный уклон, переходящій в наклонную плоскость тазового дна.



Рис. 85. Объясненіе рисунка. Фронтальный разръз кифотическаго таза; уклон боковой стѣнки малаго таза, переходящій в верхнюю по верхность *musculi levatoris ani*.

Мы уже говорили выше, что считаем этот уклон одною из главных причин внутренняго поворота головки плода.

Об особенностях механизма родов при кососъуженных тазах пришлось бы рассуждать теоретически, поэтому вопрос этот мы опускаем и ограничимся замѣчаніем о практическом значеніи приспособленія головки при этой аномалии таза. Есть случаи, гдѣ при кососъуженном тазѣ приходится оканчивать роды поворотом.

Здѣсь необходимо помнить, что головку нужно проводить при извлеченіи непременно в таком же положеніи, как она стояла до поворота (разумѣется если первоначально было головное положеніе), т.-е. необходимо слѣдить, чтобы затылок был обращен в ту же сторону, потому что только таким образом и можно сохранить то, что сдѣлано уже природой для уменьшенія размѣра головки. Типическій случай значенія этого правила описан у Velpeau, которому, только благодаря этой предосторожности, удалось получить живой плод у женщины, у которой никаким иным способом этого раньше сдѣлать не удавалось.

IX.

ВНУТРЕННЕЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ В ПОСЛѢДОВОМ И ПОСЛѢРОДОВОМ ПЕРІОДАХ.

В послѣдовом періодѣ внутреннее изслѣдованіе предпринимается только при опредѣленных показаніях, чаще всего по поводу кровотеченія, или для удаленія приросшаго послѣда, когда удалить его наружными приѣмами не удается.

Если *placenta* находится еще в полости матки, то палец, проведенный по пуповинѣ, не достигает до ся прикрѣпленія к дѣтскому мѣсту. Если прикрѣпленіе пупочнаго канатика к *placenta* достижимо одним изслѣдующим пальцем, то это значит, что она уже отдѣлилась и находится во влагалищѣ.

Если послѣд уже вышел, а кровотеченіе продолжается, несмотря на то, что матка хорошо сократилась, и несмотря на принятые для его остановки мѣры, то является показаніе к внутреннему изслѣдованію, дабы отыскать источник кровотеченія, напр., разрыв маточной шейки или стѣнки влагалища. В этих случаях является кромѣ того надобность осмотрѣть при помощи зеркал как шейку матки, так и своды и стѣнки влагалища, а иногда даже наложить нѣсколько швов.

Кровяные сгустки во влагалищѣ или в полости матки обыкновенно легко удаляются наружными приѣма-

ми—выдавливаниѣм через брюшныя стѣнки; но бываютъ случаи, гдѣ они могутъ подать поводъ къ внутреннему изслѣдованію, напр., когда являются показанія къ прополаскиванію матки для ихъ удаленія.

Какъ общее правило, всякое введеніе руки в полость матки показываетъ прополаскиваніе этой полости, в особенности, если пособіе, потребовавшее введеніе руки, понадобилось внезапно и не было времени методически и заблаговременно обеззаразить половые органы женщины. Такое прополаскиваніе всего проще и безопаснѣе дѣлается помощью катетера *V u d i n*. Прополаскиваніе дѣлается по общимъ правиламъ, с описанными в учебникахъ предосторожностями, изъ общепринятыхъ растворовъ. Мнѣ не случалось никогда видѣть непріятныхъ послѣдствій послѣ прополаскиванія полости матки растворомъ еулемы 1:1000, но описанные в литературѣ случаи не позволяютъ рекомендовать примѣненіе этого средства. Совершенно безопаснымъ в смыслѣ отравленія надо считать слабый растворъ іода. Послѣдніе годы я всегда пользуюсь этимъ растворомъ, приготовляя его такъ, какъ я этому научился в родильныхъ домахъ в Парижѣ, т.-е. приливая в кружку с водой немного простой іодовой настойки—такое количество, чтобы цвѣтъ напоминалъ слабый чай, или хорошо окрашенную (не патологическую) мочу.

При многоплодной беремености послѣ рожденія перваго плода показывается внутреннее изслѣдованіе для быстраго опредѣленія позиціи оставшагося в маточной полости плода (или плодовъ) и для немедленнаго оказанія помощи, если бы явились показанія къ оперативному акушерскому пособію, для спасенія жизни еще не родившагося плода или плодовъ. Конечно, при этомъ предполагается, что наличность втораго плода

уже констатирована, или заранее, во время беременности, или тотчас по рождении первого плода рукою, положенной на живот роженицы.

Чрезвычайная опасность занесения заразы при внутреннем изслѣдованіи послѣ родов допускает примѣненіе этого метода только в случаѣ крайности. Поэтому в послѣ родовом состояніи внутреннее изслѣдованіе вообще противопоказано и примѣняется только для опредѣленія осложнений, напр., воспалительных состояній придатков матки или тазовой клѣтчатки и т. п.

Полезно помнить, что тотчас послѣ родов своды настолько растяжимы, что на первый взгляд может показаться, что палец попадает прямо в клѣтчатку—до такой степени он свободно вездѣ двигается и настолько разрыхлена бывает слизистая сводов влагалища.

В теченіе первых дней послѣ родов отверстіе матки представляется зіяющим, а консистенція шейки мягкой. Мало-по-малу отверстіе уменьшается: сначала уменьшается внутреннее отверстіе, затѣм восстанавливается шейный канал.

Около 10-го дня внутреннее отверстіе еще пропускает конец пальца, а около 24-го дня он проходит уже только через наружное отверстіе. К концу 6-й недѣли заканчивается процесс послѣродовой инволюціи матки и исчезают всѣ измѣненія этого органа, зависѣвшія от беременности, хотя уже через 4 недѣли они мало замѣтны.

СОЧИНЕНИЯ, ИМѢЮЩІЯ ОТНОШЕНІЯ КЪ ВО-
ПРОСАМЪ, РАЗСМАТРИВАЕМЫМЪ ВЪ ЭТОЙ КНИ-
ГѢ, И ТѢ ИЗЪ НИХЪ, АВТОРЫ КОТОРЫХЪ ВЪ
НЕЙ УПОМЯНУТЫ:

- Mauriceau. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris 1694.
- A. Levret. L'art des accouchemens démontré par des principes de physique et de mécanique. Paris 1766.
- Solayrès. De partu viribus maternis absoluto. Paris 1771.
- T. Denman. An introduction to the practice of midwifery. London 1801.
- J. H. Wigand. Die Geburt Menschen. Herausgegeben von Naegele. Berlin 1820.
- J. I. Baudelocque. L'art des accouchements. Paris 1822.
- M-me Lachapelle. Pratique des accouchements. Paris 1825.
- M-me Boivin. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris 1833.
- A. Velpeau. Traité complet de l'art des accouchements. Paris 1835.
- H. F. Kilian. Die operative Geburtshülfe. Bonn 1849.
- F. W. Scanzoni. Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien 1853.
- A. Mattei. Essai sur l'accouchement physiologique. Paris. 1855.
- F. Robert. Ein, durch mechanische Verletzung und ihre Folgen, querverengtes Becken. Berlin 1853.
- P. Cazeaux. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris. 1858.
- F. A. Aran. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris. 1858.
- F. Churchill. On diseases of women, including those of pregnancy and Childbed. Dublin 1864.
- G. A. Mikaelis. Das enge Becken. Herausgegeben von Litzmann. Leipzig 1865.

- M. Duncan. Researches in Obstetrics. Edinburgh 1868.
- R. Barnes. Lectures on obstetric operations. London 1870.
- Sir James Simpson. Selected obstetrical and gynaecological works. New-York 1871.
- H. F. Naeglele. Lehrbuch der Geburtshülfe. Mainz 1872.
- J. A. H. Depaul. Leçons de clinique obstétricale. Paris 1872—1876.
- M. Duncan. Contributions to the mechanism of natural and morbid parturition. Edinburgh 1875.
- L. Bandl. Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien 1875.
- J. H. Aveling. The influence of posture on women in gynecic and obstetric practice. London 1878.
- C. Champetier de Ribes. Du passage de la tête focale à travers le détroit supérieur du bassin ets. Paris. 1879.
- Ahlfeld. Die Technik der Schwangeren-Untersuchung. Volkmann's Samml. Nr. 26. 1879.
- H. Savage. The surgery, surgical pathology and surgical anatomy of the female pelvic organs. London 1882.
- Playfar. A treatise on the science and practice of midwifery. London 1882.
- C. Litzmann. Die Geburt bei engem Becken. Leipzig 1884.
- K. Schroeder. Der schwangere und kreissende Uterus. Bonn 1886.
- S. Tarnier et Chantreuil. Traité de l'art des accouchements. Paris 1888.
- W. Leishman. A System of midwifery. Glasgow 1888.
- P. Müller. Handbuch der Geburtshülfe. Stuttgart 1888.
- A. Pinard. Traité du palper abdominal. Paris. 1889.
- P. Budin. Leçons de clinique obstétricale. Paris 1889.
- Pr. Pajot. Travaux d'obstétrique et de gynécologie. Paris 1889.
- Auvar. Traité pratique d'accouchements. Paris 1890.
- L. H. Farabeuf et Varnier. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Paris 1891.
- J. C. Webster. Researches in female pelvic anatomy Edinburgh 1892.
- Leopold und Spörlin. Die Leitung der regelmässigen Geburten durch äussere Untersuchung. A. f. G. u G. Bd. XLV. 1893.

- K. Schroeder. Lehrbuch der Geburtshülfe. Berlin 1894.
- A. Ribemont-Dessaigne et G. Lepage. Précis d'obstétrique. Paris 1894.
- L. H. Farabeuf. Dystocie de au détroit supérieur. Paris 1894.
- F. Ahlfeld. Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1894.
- R. Müllerheim. Die äussere Untersuchung der Gebärenden. Berlin 1895.
- Leopold. Geburtshülfe und Gynaecologie. Leipzig 1891.
- В. Снегирев. Маточныя кровотеченія. Изданіе четвертое. Москва 1907.
- R. Norris. An american text-book of obstetrics. London 1896.
- G. Winter. Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik Leipzig 1896.
- F. Schauta. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. Leipzig 1896.
- P. Budin. Femmes en couches et nouveau-nés. Paris 1897.
- H. Varnier. La pratique des accouchements. Paris. 1900.
- E. Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. Wiesbaden 1902.
- F. von Winkler. Handbuch der Geburtshülfe. Wiesbaden 1903—1907.
- A. Губарев. Оперативная гинекологія. СПб. 1910.
-

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

	<i>Стр.</i>
А.	
Автора—аппаратъ для измѣреній	236
Автора—столь для изслѣдованія	175
Активныя движенія плода	77
Акушерскій календарь	247
Акушерскій стетоскопъ	135
Акушерскій циркуль	143
Акушерское измѣреніе	144
A h l f e l d—его приемъ	154
Анатомическая талия	21
Американская позиція	178
Аномаліи таза	205, 209, 229
A p u s—его осмотръ	185
Аорта—ея біеніе	35
A g a n—его предосторожность при изслѣдованіи дѣвствен- ницъ	190
A g e o l a s e c u n d a r i a	40
A g e o l a v e g a	40
Артерій матки—біеніе	80
Аускультация во время родовъ	140
Аускультация, см. выслушиваніе	—
Асептика	165
Асинклитизмъ	299

Б.

Баллотированіе	74, 252, 259
Баллотированіе головки	75
Баллотированіе двойное	74, 259
B a n d e o кольцѣ сокращенія	118

Вагнес—объ инструментахъ	233
Бартолиновой железы—отверстie	183
Безболѣзненные сокращенія матки	61, 75
Безымянная линия—ея изслѣдованiе	36, 203
Vaudelocque—его мнѣнiе	233
Vaudelocque—отдѣленiе послѣда	123
Vaudelocque—диаметръ DB	144
Беременности—календарь	247
Беременности—признаки	32, 40, 41, 260
Беременности—срокъ	245
Бiенiе аорты	35
Бiенiе art. iliacaе	36
Biischiadicus—diameter	228
Boivin—ея наперстокъ	234
Боковая позицiя	178
Боковые контуры	11
Боковыя смѣщенiя матки	94
Большое наклоненiе таза	16
Большой родничокъ	280
Болѣзненность суставовъ таза	43
Болѣзненные точки на тазѣ	42
Болѣзнь Bouer	180, 184
Vudin—о двойняхъ	110, 111
Braun von Jernvaler признакъ его	254
Vudin—его катетеръ	310
Vudin—его совѣтъ	193, 287
Бѣли	182

В.

Вазелинъ при изслѣдованiи	170
Введенiе пальца для изслѣдованiя	188
Величина матки по мѣсяцамъ	48
Венозное кольцо Haller'a	40
Верхняя конъюгата	37
Vestibuli—glandulae	181
Взвѣшиванiе матки	197
Wigand—о внутреннемъ изслѣдованiи	204
Wigand—рисунки	13, 15, 16, 18, 19

	<i>Стр.</i>
W i g a n d—случай	268
Виды ощупыванія	144
Виды позицій	66, 281
Влагалища—преддверіе	181
Влагалищная часть—ея изслѣдованіе	195
Влагалищной части—подвижность	197
Влагалищной части—разрыхленіе	251
Влагалищной части—отыскиваніе	193
Вліяніе позвоночника на образованіе позицій	65, 68
Вліяніе сокращеній матки на тоны плода	141
Вліяніе формы брюшной полости на позиціи	63
Внутреннее изслѣдованіе—простое	187
Внутреннее изслѣдованіе послѣ родовъ	309
Внутренній поворотъ головки	296
Внутренняго поворота—причины	123, 265
Время акушерскаго изслѣдованія	164
Второй косою діаметръ	276
Выводы S i m p s o n'a	147
Выдавливаніе молозива	42
Выпаденіе ручки	289
Выслушиваніе во второй половинѣ беременности	136
Выслушиванія во время родовъ	140
Выслушиваніе—методъ	134
Высота стоянія дна матки	48
Высота стоянія матки въ сантиметрахъ	51
Высота стоянія предлежащей части	274
Выхода таза—измѣреніе	236, 151
Входъ во влагалище	181
Входъ въ тазъ не занятъ (свободенъ)	87, 98, 101, 106

Г.

H e g a r—его признакъ	254
G e n u - p e c t o r a l p o s i t i o n	178
G l a n d u l a e v e s t i b u l i	181
Головка—ея ballottement	74
Головка—особенности ея ощупыванія	74
Головка, ощупываемая одной рукой	81

	<i>Стр.</i>
Головки—внутренній поворотъ	296
<i>Humerales cuniculi</i>	182
Глубокое поперечное стояніе головки	304
Грудная железа—ея изслѣдованіе	39

Д.

Движеніе крестца	240
Движеніе плода и мѣста, гдѣ они чувствуются	77
Двойни—дифференціальная ихъ діагностика	111
Двойни—расположеніе плодовъ	110
Двойное <i>ballottement</i>	74, 259
Двурогость матки зачаточная	59
Дезинфекція рукъ	166
<i>Deraul</i> —его случай	262
<i>Deraul</i> —его совѣтъ	260
<i>Diameter biischiadicus</i>	228
Діаметры таза косые	236, 276
Діаметръ <i>Baudelocque</i>	144
Діаметры поперечные таза	146
Дифференціальная діагностика фибромъ	76, 108
Длина плода	153
Достижимость <i>promontorium</i>	199, 234
<i>Dugès, M-me</i> —ея замѣчаніе	269
<i>Dubois Ant.</i> —его сравненіе	252
<i>Duncan</i> —его мнѣніе	240
<i>Duncan</i> —об отдѣленіи послѣда	123
Дыры запирательной—изслѣдованіе	199
Дѣвственниц—изслѣдованіе	190

Е.

<i>Enchatonnement</i>	130, 131
<i>Endometritis fundi</i>	47

Ж.

Железы Бартолиниевой—отверстіе	183
Железы Монгомеры	39

	<i>Стр.</i>
Желтушное окрашивание	26
Жизнеспособность плода	213
Живот—его объем	143
Живот—его отвисание	68

З.

Задачи наружного исследования	72
Задний вид затылочного положения	85
Задний контур туловища	10
Задняя спайка	182
Закон P a j o t	62
Замѣчаніе R. Вагнес об инструментах	233
Запирательная дыра—ея исследование	199
Заразные случаи—дезинфекція рук	165
Затрудненія при ощупываніи спинки	90
Затылочное первое положение	85
Зачаточная двурогость матки	59
S ä n g e r—его признак	255
Значеніе брюшного пресса (вліяніе на позиціи)	66
Значеніе измѣреній	147, 211
Значеніе ходьбы	209

И.

Изглаживаніе шейки	263
Измѣреніе акушерское	144
Измѣреніе выхода таза	151, 236
Измѣреніе инструментальное	144, 154, 232
Измѣреніе conjugata diagonalis	234
Измѣреніе ощупывающее	154
Измѣреніе плода	153, 154
Измѣреніе роста	142
Измѣреніе ручное	143
Измѣреніе таза	143, 146
Измѣреній—примѣры	146, 212
Измѣренія—их значеніе	147, 211
Исслѣдованіе ballottement	260

	<i>Стр.</i>
Исслѣдованіе потуг	116
Исслѣдованіе внутреннее — простое	187
Исслѣдованіе во время родов	267
Исслѣдованіе в стоячем положеніи	73, 98, 197
Исслѣдованіе грудной железы	39
Исслѣдованіе двумя пальцами	197, 188
Исслѣдованіе дѣвственниц	190
Исслѣдованіе <i>lineae innominatae</i>	36, 202
Исслѣдованіе <i>per rectum</i>	170
Исслѣдованіе подвижности тазовых костей	238
Исслѣдованіе <i>foraminis obturatorii</i>	200
Иволюція матки	133
<i>Inscriptiones tendinae</i>	34
Инструментальное измѣреніе	144, 154, 233
Исчисленіе срока беременности	247

К.

Календарь беременности	247
<i>Kali huretmanganicum</i> —для рук	169
Камнесѣченія—позиція для	177
Капитолійская Венера	24
Саргон—о двойнях	107
<i>Carunculi myrtiformes</i>	183
Катетер Budin	310
Катетризація пузыря	184
Катетер Mattei	235
<i>Querstand-tiefer</i>	207, 304
Кесарское сѣченіе—расширеніе показаній	213
Кислота молочная для спринцованій	172
Кифоз	11
Кифотическій таз	224, 307
Clarke, Sir Charles—его мнѣніе	243
Клистер из горячей воды	131
Клитор—осмотр его	180
Кожа—цвѣта ея	26
Кольцо сокращенія	118
<i>Columnae rugarum</i>	191

	<i>Стр.</i>
Колѣнно-локтевое положеніе	178
<i>Conjugata diagonalis</i> —ея измѣреніе	216
<i>Conjugata vera</i>	37
Контуръ боковые	11
Контуръ задній	10
Контуръ передній	10
Корова—размягченіе хрящей у нея	239
Косо-суженные тазы	307
Костей таза—подвижность	241
Косые діаметры таза	276
Кресло—подставки для ног у него	174
Кресло <i>Schroeder's</i>	173
Крестна—движеніе	240
Крестцово-подвздошное сочлененіе—болѣзненность его.	43
Крестцовыя отверстія	202
<i>Crystilei</i> —болѣзненная точка на ней	45
Кровать поперечная	177
Кровяные сгустки в маткѣ	127
Круглыя связки—их отношеніе к прикрѣпленію послѣда.	115

Л.

<i>Leopold</i> —о прикрѣпленіи послѣда	115
Левшин, профессор—его мыло	166, 170
<i>Levatoris ani</i> —сопротивленіе	192
Лепешки сулемныя	168
<i>Linea innominata</i> —ея изслѣдованіе	36, 202
Линія <i>Nélaton</i>	43
Лицевая линія	285
Лицевыя предлежанія	284
Лицевыя положенія	64, 95
Ложные пути проф. <i>Rajot</i>	194

М.

Малое наклоненіе таза	17
Малый родничок	282
Макѣв проф.—о наружном изслѣдованіи	5

	<i>Стр.</i>
Материнскіе шумы	139
Матка—възвѣщиваніе ея	197
Матка—наружное ея отверстіе	195, 264
Матка уклонена вправо	64
Матки отверстіе—его раскрытіе	93
Матки прополаскиваніе	128
Маточная полость, ея форма	57
Matteï—его катетер	235
Matteï—прием	90
Matteï—измѣненіе таза	146, 148, 149
Мелкія части—ощупываніе	77, 84, 89
Менструація при беременности	248
Мертвый плод	112
Методическое ощупываніе в концѣ беременности	81
Методы наружнаго изслѣдованія	5
Механизм родов при плоском тазѣ	296
Mikaelis—его promontorium	217, 220
Mikaelis—о кольцѣ сокращенія	120
Милосская Венера, ея живот	20
Myrtiformes carunculi	183
Мнѣніе Baudelocque	164, 233
Мнѣніе Dugès	269
Мнѣніе Duncan	240
Мнѣніе Caruron	107
Мнѣніе Rajot о діагностикѣ беременности	258
Мнѣніе Sir Charles Clarke	245
Мнѣніе Wigand	204
Многоводіе относительное	11
Многоводіе	107
Многоплодіе	107
Молочная кислота для спринцованій	172
Монгомеровы железы	39
Morisanі о симфизеотоміи	147
Mauriceau—его случай	248
Mauriceau о преждевременных родах	213
Морская свинка—ея хрящи	239
Мочеточник—его чувствительность	47
Мѣсто движеній плода	77

Стр.

Мѣсто пркрѣпленія послѣда	115
Мѣшка околоплоднаго форма	269
Мыло проф. Левшина	166, 170

Н.

<i>Nabothii ovula</i>	195
Набуханіе хрящей таза 42,	238
Наблюдательность <i>Solayrès</i>	263
Наблюденіе потуг	117
Наклоненіе таза большое	16
Наклоненіе таза малое	17
Наперсток <i>M-me Boivin</i>	234
Народная примѣта	27
Наружное изслѣдованіе—задачи	72
Наружное изслѣдованіе, опредѣленіе	5
Наружные половые органы—осмотр их	179
Наружное отверстіе матки 195,	264
Наружный поворот	157
Наружный прямой діаметр	144
Нахожденіе влагалищной части 193,	262
Начало родов	117
<i>Negri</i> —признак	112
<i>Nélaton</i> —его линія	43
Необходимость дезинфекціи рук	166
Несомнѣнные признаки беременности	260
<i>Nervus cutaneus femoris anterior externus</i>	46
<i>Nervus genito-cruralis</i>	46
<i>Nervus ileo-hypogastricus</i>	46
Нижняя челюсть—прощупываніе ея	96
Нижнія конечности—рогатки автора, для их поддерживанія	176
Новый признак <i>Negar'a</i>	255
Ногти при изслѣдованіи	167

О.

Обслѣдованіе сводов	197
Общесуженные тазы 41, 53,	229

	<i>Стр.</i>
Объем живота	143
Ovula Nabothi	195
Опредѣленіе и объем наружнаго изслѣдованія	5
Опредѣленіе признака Hegar	234
Опущеніе подлежащей части	48
Осмотр	9
Осмотр а n u s	183
Осмотр задней поверхности туловища	24
Осмотр клитора	180
Осмотр передней поверхности живота	20
Осмотр наружных половых органов	179
Особенности личика	284
Особенности ощупыванія головки	74
Особенности ягодичнаго конца плода	99
Остеомаляція	210
Остистые отростки	24
Ости сѣдалищныя	228
Отверстіе Бартолиніевоыя железы	183
Отверстія крестцовыя	202
Отвисаніе живота	68
Отдѣленіе послѣда	122, 130
Отдѣленіе послѣда—высота дна	122, 123, 130
Отросток червеобразный	47
Отыскиваніе влагалиточной части	192
Отыскиваніе дна матки	48
Отыскиваніе мочеточников	256
Отыскиваніе швов	277
Очистка рук эфиром	167
Ощупываніе	28
Ощупываніе во время родов	115
Ощупываніе во второй половинѣ беременности	51
Ощупываніе во втором періодѣ родовъ	118
Ощупываніе в первой половинѣ беременности	31
Ощупываніе в послѣдовом періодѣ	122
Ощупываніе в стоячем положеніи	73, 98, 197
Ощупываніе головки одной рукой	81
Ощупываніе костей таза	42, 199
Ощупываніе при лицевых положеніях	69, 95

	<i>Стр.</i>
Ощупываніе—первый приѣм (двумя руками)	85
Ощупываніе почек	38
Ощупываніе систематическое всего живота	32
Ощупываніе спинки плода	77
Ощупываніе туловища	89
Ощупывающее измѣреніе	154
Ощущеніе улучшения	246

П.

<i>R a j o t</i> —закон	62
<i>R a j o t</i> —мнѣніе	258
<i>R a j o t</i> —ложные пути	194
<i>R a j o t</i> о спорыньѣ	130
<i>R a j o t</i> — <i>choc foetal</i>	136
Пальховскій—его способ	132
Первичныя, лицевыя позиціи	69
Первое затылочное положеніе	85
Первый приѣм ощупыванія	85
Первыя движенія плода	249
Первый косоу діаметр	276
Переднія крестцовыя отверстія	202
Передній контур	10
<i>P e r f e c t</i> —его случай	248
Пигментация половых частей	179
<i>P i n a r d</i> — <i>palper mensurateur</i>	155
<i>P i n a r d</i> —приѣм	92
<i>P i n a r d</i> —случай	113
<i>P y e l l i t i s c a l c u l o s a</i>	256
Платья—дезинфекція	166
<i>P l a c e n t a</i> —ея отдѣленіе	122
Плода—измѣреніе	153, 154
Плоды—первыя движенія	249
Плодный мѣшок—его форма	269
Плод—его подвижность	80
Плод—его положеніе	61
Плод—его форма	60
Плод мертвый	112

	<i>Стр.</i>
Плоскій таз	223, 296
Пляцентарные шумы	139
Побѣдинскій Н. проф.—о наружном методѣ изслѣдованія	6
Поворот внутренней головки	304
Поворот наружный	157
Повязки, удерживающія плод	71, 158
Подвижность влагалищной части	197, 264
Подвижность костей таза	241
Поддерживаніе нижних конечностей рогатками автора	176
Подставки для ног у кресла	174
Позиціи—вліяніе брюшного пресса	66
Позиціи—вліяніе позвоночника	65, 68
Позиціи—их дѣленіе	52
Позиціи лицевыя	69
Позиціи—номенклатура	53
Позиціи—перед самыми родами	71
Позиціи—поперечныя	52, 55
Позиціи—предполагаемыя их причины	60
Позиціи при изслѣдованіи	176
Позиціи—продольныя	52
Позицій—виды	66, 281
Позиція боковая	178
Позиція ягодичная	101
Показанія к измѣренію внутренних діаметров	210
Полка для ноги	175
Положеніе дна матки при отдѣленіи послѣда	128
Положеніе женщины при ощупываніи	32, 73
Положеніе колѣбно-локтевое	178
Положеніе матки, вліяніе на позиціи	64
Положеніе пальцев при изслѣдованіи	188
Положеніе плода во второй половинѣ беременности	62, 61
Положеніе плода в первой половинѣ беременности	61
Положеніе ребер при поперечных позиціях	290
Положеніе спинное	177
Полость матки—ея форма	57
Поперечная кровать	177
Поперечные діаметры таза	148, 236
Поперечныя позиціи	103, 289

	<i>Стр.</i>
Поперечныя позиціи по излитіи вод	105
Послѣдовый період—внутреннее изслѣдование	309
Послѣд—его отдѣленія	122
Потуги родовыя	116
Потуги судорожныя	118
Почки, их ощупываніе	38
Преддверіе влагалища	181
Предлежаніе	53
Предлежаніе лицевое	284
Предлежаніе ягодичное	288
Предлежащая часть—высота ея стоянія	274
Предосторожности асептики	171
Предосторожность <i>Агап</i>	190
Преимущества наружнаго изслѣдованія	6
Преимущества стетоскопа	135
Приготовленіе повязки	158
Придатки, их чувствительность	38
Признаки беременности несомнѣнные	135, 260
Признаки разрыва пузыря	272
Признак <i>Hegar</i>	254, 255
Признак <i>Negri</i>	112
Признак <i>Sänger</i>	255
Прикрѣпленіе <i>placentaе</i> вліяет на позицію	60
Прикрѣпленія <i>placentaе</i> —мѣсто	115
Примѣры измѣреній таза	143, 212
Примѣры контуров	13
Примѣры профилей	13
Причины внутренняго поворота	304
Прием <i>Ahlfeld</i>	154
Прием <i>Mattei</i>	90
Прием <i>Leopold</i>	82
Прием <i>Pinard</i>	92
Приемы ощупыванія	30
Продолжительность изглаживанія	265
Продолжительность схваток	117
<i>Promontorium</i> —его достижимость	199
<i>Promontorium</i> —ложный (<i>Mikaelis</i>)	48, 217
Прополаскиваніе матки	126

	<i>Стр.</i>
Простое внутреннее изслѣдованіе	188
Профили	13
Прощупываніе нижней челюсти	96
Прощупываніе плечика	89
Пузырь мочево́й—его гипертрофія	37
Пузырь пло́дный—его форма	269
Пузыря—катетеризація	184
Пульсація аорты	35,80
Пульсація arteriae uterinae	80
Пульсація во влагалищѣ	197

Р.

Размѣры выхода таза	151,236
Размягченіе хрящей у коров	239
Размягченіе шейки	254
Разрыхленіе влагалищной части	251
Разрыхленіе хрящей таза	42
Ранніе признаки беременности	253
Ранній признак беременности проф. Braug vor Fernwalel	254
Раскрытіе отверстія матки	93
Раскрытіе шейки и пло́дный пузырь	269
Расположеніе сердечных тонов	137
Расположеніе плодов при двойнях	110
Расширеніе показаній к Кесарскому съченію	213
Регулы при беременности	248
R e s t u m—изслѣдованіе per	170
Рисунки W i g a n d	13,15,16,18,19
R o b e r t—его таз	210
Рогатки автора для поддерживанія ног	176
Роднички	280
Роднички—их отыскиваніе	277
Родов—начало	117
Родовыя потуги	116
Ромб M i k a e l i s	24,144
Рост—его измѣреніе	142
Рубцы в сводах	197
Рук—дезинфекція	160,166
Ручки—выпаденіе	289

	<i>Стр.</i>
Ручное измѣреніе	148
Ручное изслѣдованіе (exploration manuelle)	205

С.

Van Swieten, о діагностикѣ беременности	258
Септическая окраска	26
Сердечные тоны—ихъ расположеніе	137
Сердечные тоны при поперечныхъ положеніяхъ	137
Сердечные тоны при двойняхъ	138
Simpson—его выводы	147
Синклитизм	299
Симметрия таза	232
Симфизеотомія, Morisani—о	147
Сколиоз	11
Слизь в шейномъ каналѣ	252
Слизистая—при беременности	182
Случай Churchill	248
Случай Deraul	262
Случай Mauriceau	248
Случай Perfect	248
Случай Pinard	113
Случай Solayres	263
Случай Velpeau	308
Случай Wigang	268
Смерть плода	112
Смѣщеніе маточнаго отверстія	262
Снегирев—о значеніи болѣзненныхъ точекъ	47
Советъ Budin	193, 287
Советъ Deraul	260
Сокращенія матки безболѣзненные	61, 75
Solayres—его наблюдательность	263
Сопrotивленіе levatoris ani	192
Сочлененій таза—чувствительность	43
Спайка задняя	182
Spinae ischii	204
Спинка никогда не стоитъ на оси тѣла матери	94
Спинка—ея ощупываніе	77
Спинное положеніе	177

	<i>Стр.</i>
Спондилолистезис	241
Споринья в послѣродовом періодѣ	130,131
Способ <i>Mattei</i> —измѣреніе	143
Способ <i>Пальховскаго</i>	132
Способ <i>Thompson</i> :	171
Ссадины от <i>coitus</i>	182
Стетоскоп акушерскій	135
Сравненіе <i>Ant. Dubois</i>	252
Срок беременности	245
Стол автора для изслѣдованія	175
Стоячее положеніе при изслѣдованіи	73,98,197
<i>Striae gravidarum</i>	33,40
Стыдливость при изслѣдованіи	178
Судорожныя потуги	118
Сулема для рук	168
Сулемныя лепешки	168
Сустав тазобедренный—чувствительность в нем	44
Сѣдалищныя ости	90
«Сѣдлина»	11

Т.

Таза—аномаліи	205,209,230
Таза—діаметры косые	276
Таза—измѣреніе	174
Таза костей—подвижность	241
Тазобедренный сустав—его изслѣдованіе	44
Таз кифотическій	224,307
Таз кососуженный	307
Таз плоскій	223,296
Тазы, требующіе кесарскаго сѣченія	213
Талия	21
<i>Tiefer querstand</i>	207,304
<i>Thompson, Sir Henry</i> —его способ	171
Точки в малом тазу, достижимыя пальцем	202
Точки, гдѣ ставится циркуль	144,143
Тройни	109
<i>Tuberculum pubis</i> —болѣзненность	46
Туловища ошупываніе	89

У.

Улучшение ощущений в течение беременности	246
Уменьшение плодной жидкости при смерти плода	112
Условия ощупывания	112
Ущемление <i>placentae</i>	
Узкий таз	11,147

Ф.

Фибромы, дифференциальная диагностика	76,108
Физиологические роды	52
Фистула заднего прохода	180
Флюктуация при жидких испражнениях	199
Форма брюшной полости влияет на позиции	63
Форма маточной полости	57
Форма плода	60
Форма влагалищной части	195
Форма плодного пузыря	269
<i>Foramina sacralia anteriora</i>	199
<i>Fossa navicularis</i>	182

Х.

Ходьба—ея значение	209
Хрящей таза набухание	42,238
Хрящи таза у морской свинки	239

Ц.

Цвет кожи	26
Цвет слизистой при беременности	182
Циркуль акушерский	143
Циркуль <i>van Huevel</i>	234
Цель исследования во время родов	267

Ч.

Число ударов сердца плода	138,141
Чрезмерное увеличение живота	143

	<i>Стр.</i>
Чувствительность мочеточников	47
Чувствительность придатков матки	38
Чувствительность сочленений таза	43

Ш.

Швы черепные—их отыскивание	277
Шейка—изглаживание ея	263
Шейный канал—слизь в нем	252
Шейный канал в послѣродовом состояніи	311
Sh o s foetal	136
Schultz e—отдѣленіе послѣда	122
Шумы материнскіе	139
Шумы плацентарныя	139
Schroeder—его кресло	173

Щ, Э, Я.

Щетки для рук	166
Эфир для очистки рук	167
Ягодичный конец плода—особенности	75,99
Ягодичныя позиціи	101
Ягодичныя предлежанія	288

КАЛЕНДАРЬ БЕРЕМЕННОСТИ.

