

ЖУРНАЛЪ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,  
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ.  
ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

МАРТЪ 1895, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ  
ПРОФ. Н. В. ЯСТРЕВОВА.

Нѣсколько замѣчаній объ изслѣдованіи роженицъ  
*per rectum* на основаніи 25 случаевъ личныхъ  
наблюденій.

Штатнаго ординатора (ассистента) той же клиники А. А. Ануфриева.

Die einföhrung der rectalen inneren  
Untersuchung in die Hebammenpraxis  
ist eine Bankrotterklärung der bestehen-  
der Desinfections vorschriften.

*Sänger.*

Въ то время какъ въ хирургіи и оперативной гинекологіи асептика восторжествовала уже надъ антисептикой, въ акушерствѣ, благодаря спеціальнымъ особенностямъ этой науки и болѣе сложной постановкѣ акушерскаго дѣла, мы переживаемъ переходную эпоху.

Разнорѣчивыя данныя по вопросу о самозараженіи и дезинфекціи роженицы съ одной стороны и какой-то чуть не суевѣрный страхъ передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ повели къ тому, что нѣкоторые акушеры не только избѣгаютъ внутреннего изслѣдованія и обращаютъ все свое вниманіе на *exploratio externa* (*Leopold, Spörlin, Veit* и друг.), но даже начинаютъ предлагать *vias artificiales* вмѣсто *vias naturales* ради изслѣдованія (*Ries, Krönig, Бекманъ*). По отношенію

къ родовому каналу rectum, несомнѣнно, служить путемъ искусственнымъ въ смыслѣ изслѣдованія.

Въ № 9 «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1894 годъ появилась работа *Бекмана*, въ которой онъ предлагаетъ разрѣшить изслѣдованіе роженицъ черезъ влагалище, повивальнымъ бабкамъ, только въ исключительно строго опредѣленныхъ случаяхъ, а въ остальныхъ настоятельно совѣтуетъ exploratio per rectum.

Будучи заинтересованъ этимъ вопросомъ, еще со времени сообщенія *Ries'a* изъ гинекологической клиники проф. *Freund'a* въ Страсбургѣ (Ueber die innere Untersuchung Kreissender durch den Mastdarm, Centralblatt für Gynäkologie, № 17, 1894 г.) я теперь, произведя личные наблюденія, позволю себѣ высказать и свои замѣчанія о данномъ методѣ изслѣдованія.

Прежде, чѣмъ говорить о результатахъ моихъ изслѣдованій и наблюденій, считаю нужнымъ коснуться бактериологической, анатомической и практической сторонъ такого рода изслѣдованій вообще. Не слѣдуетъ забывать остроумнаго выраженія святаго отца у *Гиртля*, что мы рождаемся inter faeces et urinam и нужно при этомъ добавить, что уже при самомъ рожденіи намъ угрожаетъ опасность именно со стороны этихъ сосѣднихъ съ влагалищемъ каналовъ.

Въ самомъ дѣлѣ, кромѣ наружныхъ половыхъ органовъ и предметовъ, приходящихъ съ ними въ соприкосновеніе, кромѣ патогенныхъ микробовъ во влагалищѣ (я склоняюсь въ этомъ отношеніи на сторону *Winter'a*, *Steffeck'a*, *Масловскаго*, *Döderlein'a*, *Миронова* и друг.) и изслѣдующаго пальца, urethra и anus суть области, изъ которыхъ весьма легко можетъ исходить инфекция. Какъ изслѣдованія *Lustgarten'a* и *Mannaberg'a*, *Rovsing'a* и *Гавронскаго* доказали присутствіе въ мочеиспускательномъ каналѣ патогенныхъ микробовъ, именно staphylococcus pyogenes aureus и albus, не говоря уже о гонококкахъ *Neisser'a*, такъ равно изслѣдованія *Kaltenbach'a* и въ самое послѣднее время весьма поучительное наблюденіе *Eisenhart'a* (Archiv. für Gynäkolog., Bd. XLVII, Heft. 2) указываютъ, что anus для родового канала роженицы является далеко не безопаснымъ сосѣдомъ. *Габричевскій* говоритъ, что нѣтъ ни одного патогеннаго микроцита, который бы не могъ встрѣтиться

въ каловыхъ массахъ. Здѣсь открываютъ bacillus anthracis, tuberculosis, actinomycetes, различныхъ гноеродныхъ бактерій и т. д. Чаше же всего, какъ извѣстно, въ прямой кишкѣ можно встрѣтить bacterium colli commune. Исслѣдованія *Escherich'a* и послѣдующихъ авторовъ, какъ *Laxuell'a*, *Tavel'a*, *Roux*, *Rodet*, и друг. обнаружили несомнѣнные патогенныя свойства этой бактеріи, а *Eisenhart* имѣлъ случай зараженія родильницы bacterio coli commune, кончившійся летально. *Яновскій* находилъ въ каловой массѣ изъ каловыхъ свищей, сообщавшихся съ наружной кожей, кромѣ bacillus liquefaciens ilei, streptococcus coli gracilis *Escherich'a* и др., также патогенный микроорганизмъ bacillus pyocyaneus *Gessard'a*. Не могу здѣсь, кстати, не отклониться въ сторону отъ затронутой темы и не отмѣтить какъ справедливаго замѣчанія проф. *Подвысоцкаго*, что эта послѣдняя бацилла у *Яновскаго* могла попасть съ наружной кожи, такъ равно и того, замѣченнаго мною въ прошломъ году весьма интереснаго факта, что у новорожденныхъ bacillus pyocyaneus при omphalit'ахъ проникаетъ въ кишечникъ черезъ грануляционную ткань пупка и вызываетъ энтериты, нерѣдко кончающіеся летально. Культуры мною взяты были съ пупка и каловыхъ массъ и дали пышный ростъ этой бациллы на мясопептоновой желатинѣ съ образованіемъ синяго пигмента-пюціанина.

Я упоминаю здѣсь объ этомъ фактѣ въ виду того, что начатыя другія работы, вѣроятно, не скоро позволятъ мнѣ опубликовать болѣе подробно свои наблюденія.

Разсматривая далѣе область прямой кишки, съ паразитарной точки зрѣнія, не лишнимъ будетъ дополнить все вышесказанное еще словами проф. *Подвысоцкаго*: «изъ всѣхъ бактерій, которыя найдены въ различныхъ отдѣлахъ пищеварительной трубки и которыя являются постоянными ея спутниками, для патологіи особеннаго вниманія заслуживаютъ тѣ виды, которые могутъ производить вредное дѣйствіе на слизистую оболочку и которые могутъ по временамъ становиться источникомъ не только мѣстныхъ пораженій кишечника, но даже общихъ заболѣваній всего организма».

Зуда относятся, главнымъ образомъ, гноеродные стафилококки и стрептококки, которые были находимы какъ въ полости рта, такъ и въ различныхъ частяхъ кишечнаго канала.

Число постоянныхъ микроорганизмовъ въ кишечномъ каналѣ такъ велико, что однихъ видовъ ихъ насчитываютъ болѣе двадцати. *Vignal* изолировалъ изъ каловыхъ массъ 10 видовъ бактерій (Основы общей патологіи, 1894 г., томъ II).

Такимъ образомъ, въ виду приведенныхъ изслѣдованій и наблюденій rectum нужно считать областью безусловно септической, откуда мы можемъ очень легко внести инфекцію въ родовую каналъ родиньницы.

Я не могу по этому согласиться съ мнѣніемъ *Бекмана*, что съ одной стороны легко возможно тщательной дезинфекціей возстановить асептичность загрязненнаго пальца тѣмъ болѣе, что въ прямой кишкѣ патогенные микробы не встрѣчаются (?), а съ другой стороны, все еще имѣется въ запасѣ (?) въ такихъ исключительныхъ случаяхъ для изслѣдованія per vaginam палецъ другой руки.

Въ томъ-то и бѣда, что патогенные микробы въ прямой кишкѣ всегда можно встрѣтить, слѣдовательно, загрязненный палецъ необходимо *весьма* тщательно дезинфецировать, и при этомъ не слѣдуетъ смотрѣть на эту дезинфекцію «какъ на легко возможную». Трудно имѣть въ запасѣ другой палецъ чистымъ, когда рука руку моетъ, а палецъ—палецъ; по меньшей мѣрѣ это представляется крайне неудобнымъ и затруднительнымъ. Въ акушерствѣ, напротивъ, слѣдуетъ держаться принципа, чтобы всѣ пальцы обѣихъ рукъ изслѣдующаго всегда были асептичными и готовыми для изслѣдованія, такъ какъ обѣ руки неожиданно могутъ потребоваться при актѣ родовъ.

Разъ мы установили ту бактериологическую точку зрѣнія, что изслѣдующій черезъ прямую кишку палецъ можетъ загрязниться патогенными микроорганизмами, и намъ невольно вмѣстѣ съ *Zweifel*'емъ и *Ries*'омъ напрашивается вопросъ, можетъ-ли быть дѣйствительно безопасно позднѣйшее изслѣдованіе черезъ влагалище и акушерскія операціи, если въ нихъ явится неожиданная необходимость?

*Ries* отвѣчаетъ на этотъ вопросъ такимъ образомъ: «да, изслѣдованіе per rectum совсѣмъ не препятствуетъ дальнѣйшему изслѣдованію и операціямъ во влагалищѣ». «Развѣ до сихъ поръ, замѣчаетъ онъ далѣе, ручное извлеченіе послѣда, рѣшительно опасную акушерскую операцію, тоже запрещаютъ

производить, если передъ нею при поддерживаніи промежности палецъ былъ загрязненъ фекальными массаами, или служилъ при *Ritgen*'овскомъ способѣ извлеченія головки? Наконецъ онъ приводитъ въ подтвержденіе своихъ взглядовъ ежедневные факты, гдѣ гинекологъ, имѣя дѣло съ сифилисомъ и карциномой, долженъ производить и акушерскія операціи

Не претендуя быть авторитетомъ въ данномъ случаѣ, я позволю себѣ однако же высказать свое личное мнѣніе по поводу приводимыхъ этимъ авторомъ аргументовъ. Если во 1-хъ) не произведена тщательная дезинфекція рукъ послѣ изслѣдованія *per rectum* послѣдующія манипуляціи для роженицы должны оказаться безусловно не безопасными; опасность эта увеличивается со стороны повивальныхъ бабокъ, которыя имѣютъ не вполне точныя представленія о бактериологіи. Во 2-хъ) при поддерживаніи промежности давно уже существуетъ обычай обертыванія поддерживающей руки пеленкой, или другимъ какимъ-нибудь предметомъ, дабы не пачкать рукъ въ фекальныхъ массахъ; если же руки и пачкаются, не смотря на это, то у постели роженицы долженъ стоять тазикъ съ дезинфицирующими жидкостями, въ которыя врачъ, или акушерка при такихъ обстоятельствахъ должны погружать свои руки, какъ это и принято у насъ въ клиникѣ. Затѣмъ къ задне-промежностному способу *Ritgen*'а, хотя и убѣдительно рекомендованному *Fehling*'омъ и *Löhlein*'омъ, а равно выдавливанію головки по совѣту *Olshausen*'а *per rectum*, приходится прибѣгать далеко не часто. *Strassman* на засѣданіи Берлинскаго гинекологическаго общества 14/26 октября 1894 г. въ своемъ докладѣ «О наружныхъ и комбинированныхъ акушерскихъ приемахъ», начинаетъ опять выставлять на видъ методъ *Ritgen*'а и говорить вообще по поводу такого рода комбинированныхъ приемовъ: «im interesse der asepis ist die Vervollkommnung äusserer und kombinirter Verfahren in der Geburtshilfe wünschenswerth und weiter fortzusetzen». Въ этомъ году, напримѣръ, въ нашей клиникѣ на 600 слишкомъ родовъ не пришлось воспользоваться методами *Ritgen*'а ни разу, а методами *Olshausen*'а всего только одинъ разъ. *Runge* по поводу послѣдняго способа замѣчаетъ слѣдующее: «при осторожномъ производствѣ этотъ прямокишечный ручной приемъ вполне безопасенъ».

Конечно, его можно примѣнять и какъ средство для ускоренія родовъ. Но *безспорное неудобство его состоитъ въ томъ*, что *рука акушера неизбежно загрязняется каломъ*. Что касается въ 3-хъ) того обстоятельства, что врачу-акушеру нерѣдко приходится имѣть дѣло съ заразными веществами передъ тѣмъ, какъ изслѣдовать роженицу, то вѣдь это есть уже *talium necessarium* врачебной практики. Я не могу не привести по этому поводу слова того же *Runge*: «если врачъ, послѣ того, какъ рука его была въ соприкосновеніи съ заразными веществами, совершенно не можетъ выполнить эти мѣры предосторожности или можетъ выполнить ихъ не со всею необходимою тщательностью, то онъ обязанъ отказаться отъ приложенія къ родамъ». Это замѣчаніе должно относиться еще въ большей мѣрѣ къ повивальнымъ бабкамъ, которыя поверхностиѣ смотрятъ на личную дезинфекцію.

Если, такимъ образомъ, намъ акушерамъ приходится волей неволей считаться въ силу необходимости съ извѣстными недостатками нашей дѣятельности, то зачѣмъ еще усложнять ее борьбой съ тѣми новыми врагами, съ которыми встрѣчается нашъ палецъ въ прямой кишкѣ?

*Бекманъ* при изслѣдованіи, подобно *Ries*'у, подногтевое и вокруг ногтевое пространство изслѣдующаго пальца выполнялъ мыломъ, а затѣмъ самый палецъ смазывалъ тонкимъ слоемъ мыла или вазелина. Такой способъ еще болѣе представляется рискованнымъ для послѣдующей дезинфекціи съ цѣлью манипуляцій во влагалищѣ, такъ какъ извѣстно, что дезинфецирующія жидкости, особенно сулема, теряютъ присущія имъ свойства въ соприкосновеніи съ жирами, гезр. жирными кислотами (*Liebreich*).

Руководствуясь приведенными выше соображеніями, я рѣшился производить изслѣдованіе *per gestum* только съ кондомомъ, какъ это совѣтовалъ уже *Krönig* для повивальныхъ бабокъ.

*Ries* находитъ это совершенно лишнимъ, такъ какъ кондомъ, во 1-хъ) не устраняетъ послѣдующаго мытья рукъ, и во 2-хъ) приноситъ значительный вредъ тонкому осязанію. Что кондомъ дѣйствительно лишаетъ до извѣстной степени тонкости осязанія, это не подлежитъ сомнѣнію, хотя къ нему можно на столько привыкнуть, что разница въ чувствѣ осязанія можетъ

быть весьма незначительная. Дезинфекція же при этомъ способѣ можетъ быть несомнѣнно болѣе дѣйствительной.

Оставивъ теперь бактериологическую сторону вопроса, нельзя не сказать и объ анатомической сторонѣ этихъ изслѣдованій.

Не нужно забывать при этомъ способѣ изслѣдованія того обстоятельства, что слизистая оболочка влагалища и прямой кишки значительно разнятся одна отъ другой. Первая покрыта плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ, а нѣкоторые авторы (*Fritsch*) даже разсматриваютъ ее какъ кожный эпидермисъ, между тѣмъ *rectum* покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ весьма чувствительнымъ, какъ извѣстно, къ механическимъ насиліямъ и способный само по себѣ инфицироваться.

Самъ *Freund*, изъ клиники котораго вышла работа *Ries*'а, сообщилъ случай, гдѣ произошло заболѣваніе и смерть женщины отъ грязнаго клистира. «Такимъ образомъ, говоритъ *Ries*, достовѣрно извѣстно, что причинить вредъ прямой кишкѣ возможно, но во всякомъ случаѣ съ рѣдкой и болѣе слабой вѣроятностью, чѣмъ при изслѣдованіи *per vaginam*». Повторныя манипуляціи въ прямой кишкѣ, измѣненія ея направленія введеннымъ пальцемъ для изслѣдованія раскрытія зѣва, опредѣленія подлежащей части, швовъ и родничковъ (на головкѣ), неизбежное давленіе при этомъ на слизистую оболочку едва-ли могутъ проходить безнаказанно.

«Слизистая оболочка прямой кишки присутствіемъ инородныхъ тѣлъ раздражается и воспаляется», говоритъ *Tillaux*. Другой хирургъ *Fr. König*, говоря о болѣзняхъ прямой кишки и діагностическихъ приемахъ, замѣчаетъ: «само собою разумѣется, что съ діагностическою цѣлью мы будемъ прибѣгать къ ручному изслѣдованію только въ томъ случаѣ, когда безъ введенія руки распознаваніе невозможно. Дѣло въ томъ, что самый способъ не совсѣмъ безопасенъ и уже нѣсколько разъ былъ причиной скоропостижной смерти». Во время изслѣдованія *Dandridge*'а напр., лопнула аневризма аорты.

Таковы мнѣнія компетентныхъ въ этомъ дѣлѣ хирурговъ.

А развѣ мы можемъ поручиться за то, что не встрѣтимся у роженицы съ какимъ нибудь патологическимъ процессомъ въ прямой кишкѣ? Для повивальныхъ бабокъ вѣдь это уже совершенная *terra incognita*.

Я не стану говорить также подробно о томъ, что (наружный) жомъ задняго прохода можетъ представлять значительное препятствіе для изслѣдованія.

Вѣдь хирургамъ это хорошо извѣстно и они принуждены бывають прибѣгать нерѣдко къ хлороформу. Затѣмъ, если мы примемъ во вниманіе анатоми-топографическія данныя относительно расположенія брюшины на прямой кишкѣ, то отсюда станетъ яснымъ, что усиленныя манипуляціи въ послѣдней могутъ отразиться и на первой. *Tillaux*, указываетъ напр., что при тщательныхъ измѣреніяхъ разстояніе между заднимъ проходомъ и точкою, до которой опускается брюшина по передней поверхности прямой кишки, равняется отъ 11—12 стн. «Стало быть, говорить онъ, есть возможность указательнымъ пальцемъ дойти до этой точки, въ особенности, если давить рукою на промежность вверхъ».

Разъ мы можемъ дойти до брюшины, то легко можемъ её и травмировать черезъ тонкій слой слизистой и мышечной оболочекъ прямой кишки.

Изъ 25 случаевъ, въ которыхъ было произведено мною изслѣдованіе *per rectum*, въ 3-хъ наблюдалось раздраженіе тазовой брюшины и во 2-хъ сопротивленіе со стороны сфинктера *ani*.

Если, наконецъ, мы взглянемъ съ практической стороны на изслѣдованія *per rectum*, то въ этомъ отношеніи я раздѣлилъ бы ихъ: 1) на изслѣдованія въ клиникахъ и родильныхъ большихъ учрежденіяхъ, гдѣ имѣются повивальныя школы, и 2) на частную практику.

Что касается клиникъ и большихъ родильныхъ домовъ, гдѣ обучается повивальному искусству молодое поколѣніе студентовъ и ученицъ, воспитанное въ духѣ антисептики и асептики двухъ послѣднихъ десятилѣтій и гдѣ методы соединеннаго изслѣдованія, предложенныя еще *Rugos* (1753 года), даютъ полную возможность воспринять современное ученіе о теченіи родоваго акта и въ частности механизма родовъ, тамъ едва ли будетъ умѣстно вводить новые способы изслѣдованія и неасептичныя, и небезопасныя и, наконецъ, далеко уже уступающіе по своей точности способамъ, выработаннымъ вѣками.

Я не могу не высказать здѣсь того мнѣнія, что новые методы только наружнаго акушерскаго изслѣдованія и изслѣдованіе *per rectum* несомнѣнно обогащают акушерское изслѣдованіе вообще и расширяютъ его горизонты, но онѣ не могутъ пользоваться пріоритетомъ передъ изслѣдованіемъ наружно-внутреннимъ (*per vaginam*) ради сокращенія случаевъ послѣродовыхъ заболѣваній.

Развѣ мы не замѣчаемъ, что съ каждымъ годомъ процентъ заболѣваемости уменьшается въ клиникахъ и родильныхъ домахъ, развѣ часто намъ приходится теперь видѣть въ клиникахъ типическія формы не только септицемій и піемій, но даже эндометритовъ и параметритовъ? Если же въ частной практикѣ процентъ заболѣваній держится чуть не прежній, о чемъ съ прискорбіемъ замѣчаетъ *Veit* и видитъ всю бѣду въ ручныхъ извлеченіяхъ послѣда, то вина не въ изслѣдованіи *per vaginam*, а въ томъ, какъ и кѣмъ производится это изслѣдованіе. Мое личное въ данномъ случаѣ мнѣніе таково, на основаніи достаточно многочисленныхъ клиническихъ наблюденій (я состою шесть лѣтъ въ акушерской клиникѣ, изъ которыхъ 3 года въ качествѣ ассистента) и наблюденій въ частной практикѣ, что при строгихъ, а главное раціональныхъ антисептическихъ мѣропріятіяхъ, изслѣдованіе *per vaginam* въ настоящее время является *рѣшительно безопаснымъ*.

Поднятіе образовательнаго ценза повивальныхъ бабокъ и распространеніе среди публики, особенно среди нашихъ, такъ называемыхъ интеллигентныхъ женщинъ, здоровыхъ фізіологическихъ понятій, а не институтскихъ, и знакомства, хотя бы съ основами бактеріологіи,—вотъ куда должно быть направлено вниманіе врачей, вотъ благодаря чему можетъ пасть самъ собою высокій процентъ послѣродовыхъ заболѣваній женщинъ, дѣлающихъ въ цвѣтѣ силъ калѣжками на всю жизнь! Въ недостаточномъ классѣ общества, разумѣется, кромѣ этого приходится считаться еще и съ соціальными условіями жизни, но и здѣсь образованная и при этомъ честно относящаяся къ своему дѣлу акушерка, съумѣетъ обезопасить роженицу болѣе, чѣмъ какая нибудь невѣжественная повитуха.

Всякое тяжелое послѣродовое заболѣваніе я считаю въ настоящее время положительно анахронизмомъ, хотя это и слишкомъ смѣло сказано, но такова моя личная точка зрѣнія.

Переходя теперь къ способу изслѣдованія *per rectum* въ частной практикѣ, я бы долженъ былъ повторить все сказанное выше и при этомъ еще добавить, что у интеллигентной женщины и, какъ это бываетъ сплошь да рядомъ крайне нервной, изслѣдованіе *per rectum* можетъ вызвать весьма непріятное ощущеніе, особенно со стороны сфинктера; а такъ какъ изслѣдованія вообще въ подобной практикѣ приходится сокращать до *minimum'a*, то, при нежеланіи доставлять безпокойство роженицъ, эти изслѣдованія могутъ быть и поверхностными въ ущербъ правильному веденію дѣла.

Затѣмъ, кто-же изъ акушеровъ будетъ сомнѣваться въ томъ, что женщинъ *M—рага* слѣдуетъ пересоздать, чтобы приучить ихъ къ изслѣдованію *per rectum* и что на первыхъ порахъ со стороны самихъ роженицъ можно вызвать недоумѣніе?

Высказавши такимъ образомъ свой взглядъ на акушерское изслѣдованіе *per rectum* вообще, перехожу къ болѣе подробному разбору моихъ 25 случаевъ. Эти 25 случаевъ ректальнаго изслѣдованія взяты послѣ того, какъ нѣсколько предварительныхъ случаевъ ушли на выработку метода и въ счетъ не ставились. Изъ 25 въ 23 случаяхъ были срочные роды и въ двухъ абортъ (одинъ на пятомъ и другой на шестомъ мѣсяцахъ). Изъ 23 срочныхъ родовъ было 20 черепныхъ предлежаній, двое лицевыхъ и одинъ случай ягодичнаго (простаго). Изъ 20 черепныхъ предлежаній въ 17 роды были безъ осложненій и въ 3 съ осложненіями, а именно въ одномъ случаѣ *obliquitas Naegele*, въ другомъ—*obliquitas Litzmani* и въ третьемъ—выпаденіе пуповины при головкѣ. Изъ 20 черепныхъ предлежаній 17 было темянныхъ и 3 затылочныхъ. Абортъ были оба въ ягодичномъ предлежаніи.

Что касается тазовъ, то они распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: обширный тазъ встрѣтился 1 разъ, нормальный—8; простой общесъуженный—6; общесъуженный рахитическій—5; общесъуженный рахитическій плоскій—1; обще-съуженный плоскій—2; простой плоскій—1 и поперечно суженный—1. Уже на этомъ небольшомъ матеріалѣ видно, какъ богата у насъ клиника атипическими по отношенію къ идеальной нормѣ *resp.* узкими тазами, если изъ 25 случаевъ въ 16 встрѣтились деформированные тазы, т. е. въ 64<sup>0</sup>/о.

Изъ 25 случаевъ, пришлось въ трехъ прибѣгнуть къ оперативному пособию: въ 1) forceps; 2) extractio foetus и 3) extractio placentae manualis.

Что касается заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ, то не было ни одного ясно выраженнаго, равно не было ни одного и смертнаго случая. Однократныхъ повышеній было 3, изъ которыхъ одно обуславливалось нагрубаніемъ грудей; не считая послѣдняго, процентъ = 8 (въ случаяхъ аборта). Многократныхъ было одно, зависящее отъ нагрубанія грудей. Въ 3-хъ оперативныхъ случаяхъ послѣродовой періодъ протекалъ нормально.

Жаль, что у *Бекмана* не указано въ его работѣ, какъ протекалъ послѣродовой періодъ у изслѣдованныхъ имъ ста роженицъ.

Изслѣдованіе производилось мною сначала per rectum, затѣмъ per vaginam.

Изъ 25 случаевъ ректальнаго изслѣдованія открытіе зѣва опредѣлялось въ 24-хъ, изъ этихъ послѣднихъ въ одномъ случаѣ весьма трудно, когда зѣвъ былъ открытъ на 2 $\frac{1}{2}$  пальца и головка стояла высоко надъ входомъ; опредѣлить его можно было только по напряженному пузырю во время сокращеній матки. Въ одномъ случаѣ нельзя было опредѣлить при ягодичномъ предлежаніи, когда ягодицы плотно установились въ верхнемъ отдѣлѣ полости таза, и край зѣва прощупывался вокругъ нихъ въ формѣ тонкой каймы. Такимъ образомъ, процентъ неопредѣленныхъ случаевъ = 4. Вообще нужно замѣтить, что чѣмъ тоньше края зѣва, чѣмъ они выше и чѣмъ болѣе кпереди направлена влагалищная часть шейки, тѣмъ изслѣдованіе труднѣе. Разница въ открытіи между ректальнымъ и вагинальнымъ изслѣдованіемъ = не болѣе  $\frac{1}{2}$  поперечнаго пальца.

Плодный пузырь опредѣлялся въ 9 случаяхъ, въ 11 не опредѣлялся, когда его совсѣмъ не было и въ 5 нельзя было судить объ немъ per rectum, между тѣмъ какъ онъ былъ найденъ per vaginam.

Такимъ образомъ, можно было имѣть правильное представленіе о пузырьѣ въ 20 случаяхъ и въ 5 нельзя. Процентъ неопредѣленныхъ случаевъ = 25. Такой сравнительно большой процентъ невозможности опредѣленія плоднаго пузыря весьма вѣроятно объясняется кондомомъ, который самъ по себѣ есть

пузырь и маскируетъ плодный. Состояніе краевъ зѣва можно было опредѣлить въ 18 случаяхъ и въ 7 нѣтъ, т. е. въ 28<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Предлежащая часть плода опредѣлялась въ 20 случаяхъ хорошо, въ одномъ трудно (когда была прижата ко входу), въ двухъ не опредѣлялась при срочныхъ родахъ и въ 2-хъ при выкидышахъ. Последніе случаи собственно нельзя считать, такъ какъ предлежащая часть слишкомъ мала на V и VI мѣсяцахъ и въ одномъ случаѣ и *per vaginam* нельзя было ее опредѣлить. Для вычисленія процента, слѣдовательно, два эти случая я выбрасываю, что составляетъ 8,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub> неопредѣляемыхъ. Предлежащую часть можно опредѣлять *per rectum* тогда, когда она находится во входѣ и въ полости; если-же надъ входомъ, или прижата ко входу, то въ такихъ случаяхъ она или совсѣмъ не опредѣляется, или опредѣляется очень не точно. Подобное обстоятельство можетъ имѣть большое значеніе, когда напр., предлежитъ пуповина, или мелкія части плода, или плацента.

Кромѣ того, степень приспособляемости предлежащей части ко входу остается для насъ неизвѣстной. То, чего можно достигнуть въ этомъ отношеніи пальцемъ *per vaginam*, удастся съ трудомъ *per rectum*, или совсѣмъ не удастся.

Опредѣленіе стрѣловиднаго шва изъ 20-ти случаевъ черепныхъ предлежаній (выкидышей не считаю) удалось въ 14-ти. *Per vaginam* же во всѣхъ случаяхъ. Въ 5-ти случаяхъ стрѣловиднаго шва не удалось опредѣлить; это происходило обычно тогда, когда не опредѣлялись и роднички (4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Препятствіемъ къ опредѣленію шва служило или высокое положеніе предлежащей части, или недостаточное открытіе матки. Роднички изъ 20-ти случаевъ черепныхъ предлежаній опредѣлялись въ 9-ти, при чемъ во всѣхъ удалось опредѣлить только одинъ родничекъ и въ 2-хъ случаяхъ нельзя было судить, какой это родничекъ. Въ 11-ти случаяхъ ихъ совсѣмъ нельзя было опредѣлить. *Per vaginam* роднички опредѣлялись въ 19-ти случаяхъ и въ одномъ, вслѣдствіе раскрытія зѣва только на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, ни одного нельзя было опредѣлить. Изъ 19-ти черепныхъ предлежаній, изслѣдованныхъ *per vaginam*, въ 8-ми можно было опредѣлить только одинъ родничекъ. Слѣдовательно, *per rectum* въ 7 случаяхъ можно было точно опредѣлить роднички, а въ 13-ти нѣтъ, т. е. 65<sup>0</sup>/<sub>0</sub> неопредѣленныхъ.

Невозможность опредѣленія родничковъ встрѣчалась обычно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ или зѣвъ недостаточно былъ раскрытъ, или головка была надъ входомъ, или малымъ сегментомъ во входѣ. Что касается особенностей изслѣдуемыхъ частей и уклоненій въ теченіи родового акта, то изъ 23-хъ случаевъ срочныхъ родовъ въ 2-хъ нельзя было опредѣлить: 1) особенностей зѣва; 2) рубцевого измѣненія его отъ прежде бывшихъ родовъ. Въ 1-мъ случаѣ зѣвъ былъ раскрытъ на 2 пальца, края его толстыя, при чемъ на краяхъ зѣва прощупывались кистообразныя привѣски (*ovula Nabothi*) съ правой стороны два и съ лѣвой одинъ, что указывало на *endometritis colli uteri*. Это былъ единственный случай такого рѣзкаго развитія железъ цервикальнаго канала, который мнѣ пришлось наблюдать во время родового акта. Во второмъ случаѣ были разрывы и рубцы на влагалищной части шейки матки отъ прежнихъ родовъ: одинъ изъ рубцовъ тянулся по краю задняго свода въ формѣ поперечной перелонки, соединяющей два мясистые лоскута нижняго отдѣла шейки. Благодаря этимъ разрывамъ, влагалищная часть, *resp.* наружный зѣвъ, совершенно обезобразился. Въ двухъ случаяхъ нельзя было опредѣлить: въ 1-мъ) отношенія стрѣловиднаго шва къ симфизу; во 2-мъ) къ мысу; въ одномъ предлежащую пуповину, въ одномъ лицо и въ одномъ позицію при ягодичномъ предлежаніи.

Такимъ образомъ, всего неопредѣленныхъ особенностей = 7 или 3,4<sup>0</sup>%. Въ другомъ случаѣ лицеваго предлежанія ясно опредѣлялись: ротъ, носъ и орбиты. Отношеніе предлежащей части къ различнымъ отдѣламъ таза изъ 23-хъ черепныхъ предлежаній опредѣлялось въ 22-хъ и только въ одномъ нельзя было опредѣлить, вслѣдствіе сильнаго напряженія пузыря; всего неопредѣлялось въ 4,3<sup>0</sup>%.

Во всѣхъ случаяхъ хорошо опредѣлялись также, какъ у *Ries'a*: *promontorium*, *os sacrum*, *os coccygis*, *spinae Ichi* и боковыя стѣнки таза (*Beckenwand*). Всѣ малѣйшія измѣненія какъ въ направленіи, такъ равно въ формѣ крестца и копчика очень легко можно опредѣлять *per rectum*, равно особенности плотныхъ и мягкихъ частей полости и выхода малаго таза.

Подводя итоги ректальному изслѣдованію, нужно замѣтить, что при немъ несомнѣнно много можно получить данныхъ, но

при этомъ много особенностей и пропадаетъ, весьма цѣнныхъ и важныхъ въ теченіи родового акта. Такъ, напр., оказывается почти невозможнымъ опредѣлять точно высоко стоящую надъ входомъ подлежащую часть, часто роднички, особенности зѣва и подлежащую пуповину.

Слѣдовательно, приходится сдѣлать выводъ, что *ректальное изслѣдованіе безусловно должно уступать вагинальному*. Въ этомъ, я думаю, легко убѣдятся тѣ товарищи, которымъ придется работать надъ этимъ вопросомъ. Главнымъ образомъ, при узкихъ тазахъ, гдѣ могутъ встрѣтиться особенности и осложненія въ теченіи родового акта, изслѣдованію *per vaginam* всегда должно быть отдано предпочтеніе. При порокахъ и уклоненіяхъ въ развитіи мягкихъ частей родового канала, всегда, само собою разумѣется, будетъ играть первенствующую роль вагинальное изслѣдованіе. Что касается повивальныхъ бабокъ, которыя иногда и во влагалищѣ не могутъ дать себѣ надлежащаго отчета, слѣдуетъ во избѣжаніе напраснаго загрязненія пальца и раздраженія прямой кишки разрѣшать имъ изслѣдованіе *per rectum* въ частной практикѣ, только въ исключительныхъ случаяхъ (желательно въ присутствіи врача), а въ повивальныхъ школахъ знакомить съ нимъ ученицъ какъ однимъ изъ дополнительныхъ методовъ акушерскаго изслѣдованія.

Мнѣ кажется, что гораздо больше будетъ пользы, если ученицы акушерскихъ школъ будутъ еще болѣе, чѣмъ въ настоящее время, дисциплинированы въ смыслѣ основъ современной асептики и антисептики, а публика, отбросивъ прародительскіе взгляды на «бабушекъ», будетъ искать помощи у дѣйствительно образованныхъ акушерокъ.

Стоитъ посмотрѣть на типы, встрѣчающихся акушерокъ, въ такомъ большомъ, съ полумилліоннымъ населеніемъ, городѣ, какъ Варшава, а такихъ акушерокъ больше половины, чтобы нисколько не удивляться высокому проценту послѣродовыхъ заболѣваній въ здѣшней частной практикѣ.

Нигдѣ столько не встрѣчается перитонитовъ, какъ заявилъ здѣшній инспекторъ врачебной Управы *П. И. Троицкій* на одномъ изъ засѣданій русскаго медицинскаго Общества, какъ въ Варшавѣ, «и при этомъ нужно думать, прибавилъ онъ, что

большая часть ихъ относится по послѣродовымъ». Въ здѣшнемъ краѣ званіе акушерки до сихъ поръ еще считается чуть не унизительнымъ, почему присвоивали до сихъ поръ это званіе лица часто весьма низкаго умственнаго и нравственнаго уровня.

Въ здѣшней клиникѣ, не смотря на то, что общіе методы изслѣдованія и дезинфекціи, введенные съ 15 марта 1885 года, остаются прежними и не смотря на многократныя (иногда до 20), внутреннія изслѣдованія, процентъ заболѣваемости и безъ ректальнаго изслѣдованія съ каждымъ годомъ падаетъ. Такъ, въ 1885—1887 г.г. процентъ легко заболѣвшихъ = 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; въ 1888 и 1889 онъ равенъ уже = 6,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ 1890, 1891 и 1892 г.г. до 15-го марта = 4,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а въ послѣдніе годы и еще меньше.

Если-же общій процентъ послѣродовыхъ заболѣваній (тяжелыхъ и легкихъ) еще = 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, то виною служатъ нерѣдко предварительныя уже изслѣдованія въ городѣ. Такъ по статистикѣ, собранной д-ромъ *Бржезинскимъ* изъ нашей клиники, за 1890, 1891 и 1892 годы до 15 марта изъ изслѣдованныхъ въ городѣ 305 роженицъ заболѣло 5, т. е. 1,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, между тѣмъ изъ 626 неизслѣдованныхъ, только одна, т. е. 0,16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; на это я также указывалъ въ свое время въ работѣ, «Къ вопросу о примѣненіи сулемы въ акушерской практикѣ» (1891 г.).

Слѣдовательно, дѣло здѣсь не въ новыхъ методахъ акушерскаго изслѣдованія, а въ томъ режимѣ, которымъ обставлено одно и тоже изслѣдованіе. Если-же мы будемъ предлагать изслѣдованіе *per rectum*, а условія асептики и антисептики въ родильныхъ учрежденіяхъ и частной практикѣ оставимъ прежнія, то по справедливому замѣчанію *Sänger'a*, мы объявимъ банкротство существующимъ до сихъ поръ предписаніямъ о дезинфекціи въ практикѣ повивальныхъ бабокъ.

Пусть *Zweifel*, обучая повивальныхъ бабокъ въ Лейпцигѣ изслѣдованію *per rectum*, покажетъ намъ на большомъ матеріалѣ, что черезъ прямую кишку можно опредѣлять безъ всякаго вреда для женщины всѣ особенности въ теченіи родового акта и что у всѣхъ женщинъ при такомъ методѣ послѣродовой періодъ протекалъ нормально, и тогда, можетъ быть къ методу сомнительному мы прибавимъ, хотя и *cum grano salis*, извѣстную долю убѣжденія въ его пригодности. До сихъ же поръ сказать

этого не можемъ. Я убѣжденъ, что *методъ ректальнаго изслѣдованія всегда останется только методомъ дополнительнымъ въ акушерствѣ*. Считая его таковымъ, невольно является вопросъ, когда же къ нему можемъ мы прибѣгать?

Я бы сказалъ на основаніи личныхъ наблюденій слѣдующее: методъ ректальнаго изслѣдованія въ акушерствѣ долженъ имѣть такое-же значеніе, какъ и въ гинекологіи, т. е. имъ слѣдуетъ пользоваться для болѣе тщательнаго выясненія особенностей какъ мягкихъ частей родового канала на протяженіи доступномъ со стороны прямой кишки, такъ равно плотныхъ, геср. костнаго таза, задняя и боковая стѣнки котораго весьма хорошо опредѣляются этимъ путемъ.

Слѣдовательно, показанія будутъ со стороны: во 1) уклоненій въ развитіи влагалища и новообразованій въ немъ; затѣмъ 2) со стороны деформациі таза, а равно костныхъ, хрящевыхъ и друг. опухолей послѣдняго. Вотъ какого характера, по моему убѣжденію, должны быть случаи, при которыхъ можетъ понадобится акушерское изслѣдованіе per rectum.

---