

Главнѣйшія опечатки:

Стран.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
2	13 сверху	приносятся	приносятся въ жертву
16	2 снизу	limpat.	sumpath.
36	6 .	конъюнктивовъ	конъюнктивитовъ
46	1 .	B. Klebs	B. Klebs
61	1 сверху	гонор-	бленнор-
—	7 снизу	случай.	случай
62	2 .	ophthalmie	ophthalm.
66	5 .	Durisy	Dubrisay
77	18 сверху	въкъ.	въкъ
81	1 снизу	Schmidt	Schmidt
84	5 сверху	7,7%	71,7%
88	8 снизу	Kimpler	Rimpler
114	1 .	1 ч. 60 м.	1 ч. 50 м.
118	11 сверху	22 марта	22 октября
122	1 .	30 декабря	30 ноября
129	7 снизу	Г-на 5 поля	Г-на
144	7 сверху	; въ культурѣ	въ культурѣ;
145	15 .	начала у	начала. У
150	10 снизу	=	и еще
166	17 .	1,3%	0,3%
181	15 и 19 сверху	Cradé	Credé
188	5 снизу	16,8%, 7,2% и 10,1%	16,8%, 7,2% и 10,1%
189	5 сверху	Arg. ac. 2%	arg. ac. 1%
—	14 .	Gallata	Gallatia
192	11 .	%-e	%-e
—	19 .	6	5%
194	7 .	11%	11%
195	1 снизу	52%	5,2%
196	6 сверху	23 заболѣванія	2 заболѣванія
—	8 снизу	въ 100 разъ	въ 10 разъ
198	11 .	—	Львовъ
200	12 сверху	съ 5 протарголомъ	съ 5% протарголомъ.
201	9 снизу	Всего . . . 12 8,8	Всего . . . 11,7 8,1

Стран.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать.
204	6 сверху	14,5 ⁰ / ₀₀	14,5 ⁰ / ₀₀
206	12 снизу	40,9 ⁰ / ₀	40,9 ⁰ / ₀₀
208	6 сверху	5 ⁰ / ₀₀	5 ⁰ / ₀
—	7 "	10,9 ⁰ / ₀	10,9 ⁰ / ₀₀
—	16 снизу	2 ⁰ / ₀	2 ⁰ / ₀₀
211	3 сверху	⁰ / ₀₀ отношение	⁰ / ₀₀ отношение.
230	19 снизу	23 февраля 1908 г.	23 ноября 1909 г.
—	6 "	№ 3729 1 мая	№ 3729. 4 пара
231	1 сверху	29 февр.	29 ноября
240	4 "	17 сентября	17 ноября
244	15 "	51,7 ⁰ / ₀	31,7 ⁰ / ₀
257	18 снизу	14 ноября	14 мая
258	9, 28 и		
—	31 сверху	ноября	марта
259	15 сверху	Пожоки на вышеописаніе	пожоя на вышеописанія
265	14 снизу	формы	флоры
269	3 "	1 ¹ / ₂ ч. 1 ч. 1 ч.	1 ¹ / ₂ ч. 1 ч. 2 ч.
275	27 "	P ₀	0
280	30 "	00	P ₂
281	9 "	Софоль Протарголь	Софоль Протарголь
—	—	2 ⁰ / ₀ 5 ⁰ / ₀ 2 ⁰ / ₀ 5 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀ 2 ⁰ / ₀ 5 ⁰ / ₀ 2 ⁰ / ₀
323	4 сверху	ined. orst.	in d. erst.
324	16 "	Zentralezt f. 1856...	Zentralzeit 1856...
—	—	...Zweifel'ю	...Zweifel'ю
—	7 снизу	Zyon	Lyon
325	19 сверху	1902 p. 1. H. 13	1902. H. 1. p. 13
—	22 сверху	Centrallbl. f. Gyn. 1904. № 3	Büll. de la
—	23 "	1904) по	1904 № 4 Po Frommel'ю.
—	—	—	1906 г.
—	24 "	1905 № 11	1905 № 3. з. 86
—	10 снизу	Dolérís	Dolérís
—	6 "	№ 222	№ 22
327	17 сверху	№ 35	№ 36 цит. по Dauber'y
—	17 снизу	Eyge	Eye
328	24 сверху	Keilkunde	Heilkunde
330	9 снизу	Mackenzie	Mackenzie
—	1 "	Gonorrhoe	Gonorrhoe
331	19 сверху	Augenheilk. inne	Augenheilk.
—	18 снизу	Gyg	Hug
332	20 "	Scopliades'y	Scopliades'y

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1911—1912 учебномъ году.

№ 46.

БЛЕННОРРЕЯ ГЛАЗЪ У НОВОРОЖДЕННЫХЪ

и
ея предупреждение

ДИССЕРТАЦІЯ

на степень доктора медицины

Л. И. БУБЛИЧЕНКО

БІБЛІОТЕКА

Харьковского Медич. Інституту

№ 4868

Шифр 6-90

ПЕРЕВІРЕНО

1936

Изъ Лабораіоріи ИМПЕРАТОРСКАГО Клиническаго Повивально-Гинекологическаго Института.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессоръ Л. Г. Белляриновъ, профессоръ А. А. Редкихъ и приватъ-доцентъ Я. В. Зеленковскій.

Рис. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Фототипія и Типографія А. Ф. Дресслера, Б. Подъяческая 22
1912

Получен
1966 г.



НЕ ОВЕРЕН

835

Шифр. дсс.
Б

Перечисл. 60

1950

7-НОЯ 1950

№ 46

ВВЕДЕНИЕ

Докторскую диссертацию врача Л. И. Бубличенко под заглавием "Бленноррея глаз у новорожденных и ее предупреждение" печатать разрешается, с тем, чтобы по отпечатанной было представлено в ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академию 500 экземпляров самой диссертации и 300 экземпляров краткого резюме ее (выводов), при чем 150 экземпляров диссертации и выводы должны быть доставлены в канцелярию Академии, а остальные 350 экз. диссертации — в библиотеку Академии

Ученый секретарь,
проф. М. Ильин.



ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 1
Статистика заболеваний бленнорреей 4

Часть I. Этиология и клиника бленнорреи.

Этиология бленнорреи глаз у новорожденных.	
Историческая справка	19
Распространение гонорройных заболеваний у женщин	29
Возбудители бленнорреи	32
Механизм инфекции	56
Внутриутробная бленноррея	57
Благоприятные и неблагоприятные моменты для инфекции конъюнктивы у новорожденных	78
Клиническая картина бленнорреи	85
Патологическая гистология бленнорреи глаз у новорожденных	98
Собственные исследования по этиологии бленнорреи	108
Гонококковые заболевания	111
Негонококковые заболевания	117

Часть II. Предупреждение бленнорреи.

Профилактические методы.

Общая профилактика и специальная	147
Асептическая и антисептическая профилактика	149
Метод Credé	153
Argentumcatarrh и прочие недостатки метода Credé	159

Статистика профилактическаго леченія бленнорреи . 180

Статистика метода *Credé* 182

Употребляемые для профилактики препараты серебра 193

Прочія профилактическія средства 205

Экспериментальныя изслѣдованія.

Содержаніе микроорганизмовъ въ конъюнктивѣ до и послѣ ея дезинфекціи 219

Содержаніе микроорганизмовъ въ конъюнктивѣ и на вѣкахъ тотчасъ по рожденіи 230

Бактериальная флора конъюнктивы въ первые дни жизни 252

Бактерицидныя свойства софолы сравнительно съ ляписомъ и протарголомъ 266

Ляписъ, протарголь, софолъ и сулема при испытаніи на глазахъ у животныхъ по 2-мъ методамъ 293

Выводы 315

Положенія 318

Curriculum vitae 319

Приложенія 321

Литературный указатель 323

ВВЕДЕНІЕ.

Съ тѣхъ поръ, какъ въ 1882 году *Credé* опубликовалъ свой методъ профилактики бленнорреи глазъ у новорожденныхъ, которымъ ему удалось, какъ онъ пишетъ, свести процентъ заболѣваній до 0,5%, а въ послѣдующемъ сообщеніи высказалъ надежду, что ему удастся свести % заболѣваемости къ 0, можно было думать, что сказано послѣднее слово по этому вопросу и казалось, что послѣ этого слѣдовало бы поставить точку. Однако истекаетъ третій десятокъ лѣтъ съ тѣхъ поръ какъ *Credé* опубликовалъ свое сообщеніе, а вопросъ о бленнорреѣ и ея профилактикѣ не только не сошелъ со сцены, а наоборотъ въ послѣдніе годы все болѣе, повидимому, привлекаетъ къ себѣ вниманіе за границей, судя по количеству печатныхъ сообщеній, посвященныхъ этому вопросу. Несмотря на то, что до *Credé* и вскорѣ послѣ его сообщеній, бленноррея глазъ у новорожденныхъ послужила темой для десятковъ диссертацій, въ самые послѣдніе годы ей посвящено нѣсколько диссертацій и за одинъ только 1908 годъ опубликовано болѣе сорока сообщеній. Это, во всякомъ случаѣ, говорить за то, что по вопросу о бленнорреѣ глазъ у новорожденныхъ далеко не все еще сказано.

Испытаніе метода *Credé* въ различныхъ клиникахъ и различными авторами показало, что онъ все-таки 1) не даетъ абсолютной профилактики, 2) обладаетъ многими недостатками и 3) представляетъ нѣкоторыя трудности для точнаго выполненія, чѣмъ нѣкоторые какъ сторонники, такъ и противники этого метода и объясняли невозможность достигнуть абсолютныхъ результатовъ. Этимъ конечно и объясняется то обстоятельство, что предложенія новыхъ способовъ предо-

хранения от офтальмобленнорреи и усовершенствования старых не прекращаются и до сих пор, а время от времени учение об офтальмобленноррее подвергается более или менее всестороннему пересмотру. Статистика причин слепоты показывает, что порядочный процент выпадает и в последнее время на долю бленнорреи глаз у новорожденных. Если согласно многим авторам принять, что % заболеваемости при употреблении метода *Crede* приблизительно достигает 0,5%, то следовательно около пяти младенцев на тысячу, не подвергающихся никакому вредному воздействию и имеющих полное право быть совершенно здоровыми, несмотря на специальные меры предупреждения, неизбежно, а не случайно приносятся этому ужасному заболеванию, которому обязаны своей слепотой десятки процентов так называемых слепорожденных. „Если нас пугают“ пишет земский врач Кацауров, „заносимся к нам эпидемия, если мы во всеоружии предупредительных мер ожидаем врача, готовые в ожесточенной борьбе отвоевывать у него каждую жертву, то тем не менее позволено нам смотреть сквозь пальцы на тот страшный вред, который причиняет враг не случайный, но так сказать наш домашний, молодому, едва успевшему взглянуть на свет Божий поколению.“

В последнее время *v. Herff* опубликовал блестящие результаты, полученные им с софолем, и, подобно *Crede* в свое время, высказал уверенность, что в его руках имеется верное средство, благодаря которому бленноррея глаз у новорожденных делается достоянием прошлого.

Согласно исследованиям *in vitro* Зеленковского *v. Herff* переопределял бактерицидные свойства софолы. В руках других авторов софоль обнаружил также некоторые преимущества пред ляписом, но в смысле профилактики не дал лучших результатов, чем последний.

Вопросу об офтальмобленноррее не посчастливилось в русской медицинской литературе. Имются сообщения только единичных авторов, и большею частью казуистического характера (о внутриутробной бленноррее). Между тем в России, где слабо развита специальная медицинская по-

мощь и окулистическая в частности мало доступна населению, профилактика офтальмобленнорреи приобретает тем больший интерес и значение. Между тем бленноррея новорожденных как устранимая причина слепоты без сомнения заслуживает большого внимания. Проф. *Dimmer* в 1910 г. выбрав для вступительной речи (Antrittsvorlesung) тему „профилактика бленнорреи у новорожденных“ высказал надежду, что она будет иметь всеобщий интерес, как часть вопроса о предохранении от слепоты. Головин, разбирая причины слепоты в России и меры борьбы с ними, высказывает прямой расчет на уменьшение числа слепых от исключения той доли, которая выпадает на офтальмобленноррею новорожденных. Настоятельные предложения специалистов о введении обязательной профилактики бленнорреи, выставившиеся особенно в Германии, где была сделана также и попытка практического осуществления этого предложения, требуют конечно, по возможности полного и обстоятельного изучения вопроса. Эти соображения в связи с наблюдениями за время долголетней земской службы над значительным распространением бленнорреи у новорожденных и были побуждениями к настоящей попытке возможно обстоятельной разработки вопроса об офтальмобленноррее у новорожденных по предложению проф. Д. О. Отта, на основании литературных данных и экспериментальных исследований. Само собою разумеется, что только точное всестороннее изучение самого заболевания и главным образом этиологии во всех ее деталях может дать указания для выработки наиболее действительной профилактики. Поэтому настоящая работа распадается на 2 большие части: этиологию офтальмобленнорреи и собственно профилактику. Действительно, усилия акушеров и офтальмологов особенно старого времени были направлены главным образом на изучение этиологии. Только со времени *Crede*, давшего такие замечательные результаты посредством специальной местной профилактики, стало заметно несколько однообразие увлечение разработкой данного им метода.

I. Статистика заболеваний бленнореей.

Действительно ли бленноррея глаз у новорожденных составляет большое бѣдствіе, это видно изъ статистическихъ работъ какъ стараго времени, до-антисептического періода, такъ и послѣднихъ лѣтъ, уже послѣ того какъ вошла въ употребленіе профилактика глазъ у новорожденныхъ въ томъ или въ другомъ видѣ. Наиболѣе полная и разработанная статистическія данныя о распространѣніи бленнорреи имѣются у *Hausmann'a*, *H.Cohn'a* и *Stephenson'a*. Первый между прочимъ ввелъ важную поправку въ разработку матеріала — именно вычисленія количества заболѣваній въ ‰ отношении къ числу только живыхъ дѣтей. Эта несомнѣнно правильная поправка была принята потомъ и другими авторами.

Представленіе о распространѣніи бленнорреи глазъ могутъ дать цифровыя данныя о числѣ бленнорреи въ акушерскихъ клиникахъ, родильныхъ пріютахъ, изъ статистическихъ дышей, глазныхъ клиникахъ и о числѣ слѣпыхъ отъ бленнорреи въ пріютахъ для слѣпыхъ, а также опредѣленныхъ спеціальными переписями.

Въ половинѣ 19-го вѣка *Mackenzie* высчитывалъ, что бленноррея глазъ поражала 1/10 всѣхъ новорожденныхъ. По статистикѣ до 1882 года въ родильныхъ учрежденіяхъ различныхъ городовъ Германіи процентъ заболѣваній бленнорреей глазъ колебался въ значительныхъ предѣлахъ, какъ это видно изъ нижеслѣдующихъ данныхъ, которыя получены путемъ суммированія цифръ, приведенныхъ *Hausmann'омъ* за каждый годъ отдѣльно.

	За какое число лѣтъ.	Число жив. мла- денцевъ.	Число блен- норрей.	‰-е отно- шеніе.
Берлинская Универ. Клиника	за 29 л.	21.756	716	3,29
Дрезденскій Повив. Институтъ	16 .	6.150	770	12,52 *)
Бреславльскій	43 г.	18.242	1.880	10,30 **)
Бреславльская клиника	2 .	333	28	8,40
	2 .	593	28	4,72

*) Наивысш. за отдѣльные годы 21,1‰.

**) Наивысш. 25,3‰.

	За какое число лѣтъ.	Число жив. мла- денцевъ.	Число блен- норрей.	‰-е отно- шеніе.
Въ Галле	23 г.	2.399	280	11,67 *)
Кенигсбергъ	1 .	130	12	9,23
Лейпцигъ	2 .	712	81	11,37
поликлиника	1 .	1.010	108	10,69
Марбургъ	10 .	1.087	85	7,8
Мюнхенъ	2 .	1.084	19	1,81
поликлиника	8 .	2.974	62	2,09
Штутгартъ	13 .	4.046	607	15,00
Вюрцбургъ	12 .	4.643	339	7,32
Кромѣ того, въ Россіи:				
Въ Петербургѣ	за 4 . (1845—49)	7.712	94	1,2
»	за 4 г. (1850—54)	2.038	29	1,42
Въ Швеціи:				
Въ Стокгольмѣ	за 15 л.	5.995	333	5,5
Въ Австріи:				
Грацъ	за 2 г.	2.429	106	4,4
Віена, Клиника врачей	8 л.	34.579	476	1,37
» акуш.	4 г.	14.838	153	1,03
Итого		132.749	6.206	4,67

Въ работѣ *H. Cohn'a* приведены еще слѣдующія данныя, не упомянутыя у *Hausmann'a*:

Saxinger'a—въ Тюбингенѣ на 1.980 млад.	6,1‰
Dethefsen'a—въ Килѣ	10,3‰

Какъ видно изъ вышеприведенной таблицы, процентъ заболѣваній значительно различенъ въ различныхъ учрежденіяхъ и странахъ и колеблется въ большихъ размѣрахъ отъ 1,9‰ въ Мюнхенѣ или 3,29‰ въ Берлинской Университетской Клиникѣ до 12,52‰, въ Берлинской же Charité, что возможно зависѣло отъ тщательности ухода и проч. гигиеническихъ условій.

Еще болѣе рѣзкія колебанія замѣтны по отдѣльнымъ годамъ въ однихъ и тѣхъ же учрежденіяхъ. Такъ въ Бер-

*) Наивысш. 21,7‰.

линской Университетской Клиникѣ въ среднемъ за періодъ 1829—1847 г. на 11.654 новор. было 195 заболѣваній, т. е. 1,67%, а за періодъ 1858—1862 на 10.092 новорожденныхъ 521 заболѣваній—5,16%, въ Дрезденскомъ родильномъ учрежденіи съ 2,8% за 1843 годъ до 25,3% за 1875 годъ.

По статистикѣ *Hecker'a*, обнимающей періодъ съ 1860—1881 годъ на 18.451 живыхъ новорожденныхъ заболѣло 430, т. е. въ среднемъ 2,4, причемъ изъ распредѣленія заболѣваній по годамъ видно, что процентъ заболѣваній колебался отъ 0,8% до 5,2%, т. е. въ отдѣльныхъ случаяхъ число заболѣваній и безъ профилактики по *Crede* немногимъ разнилось отъ среднихъ цифръ заболѣваемости произошедшей несмотря на профилактику по *Crede* и было значительно ниже, нѣкоторыхъ отдѣльныхъ цифръ послѣдней категоріи.

Рѣзкія колебанія цифръ заболѣваемости, въ однихъ и тѣхъ же учрежденіяхъ помимо разныхъ этиологическихъ моментовъ въ развитіи бленнорейныхъ заболѣваній могли зависѣть, во-первыхъ, отъ недостаточно точной регистраціи разными лицами, на что указывалъ *Crede*, во-вторыхъ, отъ большаго или меньшаго развитія заболѣваній, вслѣдствіе переноса заразы отъ однихъ больныхъ къ другимъ—бленнорейныхъ эпидемій, — о которыхъ упоминаютъ многіе авторы и, въ-третьихъ, отъ большаго или меньшаго развитія антисептики при веденіи родовъ. Первая причина естественно не могла дать рѣзкихъ колебаній. Вторая могла дать рѣзкія неравномѣрныя повышенія цифръ заболѣваемости и, наконецъ, третья могла дать постепенное уменьшеніе заболѣваемости по мѣрѣ развитія антисептического веденія родовъ. Въ послѣднемъ отношеніи интересно распредѣленіе числа заболѣваній по годамъ въ Берлинской *Charité*, гдѣ % заболѣваній за послѣдніе изъ нижеприведенныхъ годы значительно уменьшился еще до введенія метода *Crede*, возможно, въ зависимости частью отъ развитія антисептики (данныя приведены по *Hausmann'*).

Годы	1824	1825	1826	1827	1832	1833
% заболѣваемости	21,7	17,7	13,6	15,4	16,1	12,8
Годы	1834	1835	1836	1837	1838	1839
% заболѣваемости	12,2	14,9	21,3	17,1	14,5	14,9

Годы	1876	1877	1878
% заболѣваемости	9,1	9,5	7,4

Тотъ же самый замѣтно и въ Дрезденской клиникѣ, исключая послѣдніе 3 года, когда заболѣванія достигли необычайной высоты, повидимому, въ зависимости отъ какихъ-то случайныхъ причинъ.

Годы	1826	1829	1830	1831	1832	1833
% заболѣваемости	19,1	24,5	19,8	19,16	21,9	13,7
Годы	1835	1836	1837	1838	1839	1840
% заболѣваемости	11,1	5,07	8,1	13,0	6,3	6,0
Годы	1842	1843	1844	1845	1846	1847
% заболѣваемости	4,7	2,8	10,4	14,8	6,4	22,1
Годы	1848	1849	1850	1852	1853	1854
% заболѣваемости	8,5	8,9	13,4	15,1	7,2	7,6
Годы	1855	1856	1857	1858	1859	1860
% заболѣваемости	5,0	7,2	4,8	6,7	7,1	5,3
Годы	1861	1862	1863	1864	1865	1866
% заболѣваемости	3,8	7,9	4,7	4,4	3,4	7,1
Годы	1867	1868	1869	1873	1874	1875
% заболѣваемости	7,6	7,2	4,7	19,6	16,8	25,3

ВЪ HALLE.

Годы	1840	1842	1843	1844	1845	1846	1847
% отношеніе	27	14,6	21,68	12,36	16,85	20,6	14,13
Годы	1848	1849	1850	1851	1852	1853	1854
% отношеніе	20	13,95	14,28	10,58	6,81	5,88	10,71
Годы	1855	1856	1857	1879	1880		
% отношеніе	7,07	3,7	2,8	3,8	3,6		

ВЪ ВЮРЦБУРГѢ.

За 1850—1856 г. 8,7% и за 1856—1873 г. 6,59%

ВЪ СТОКГОЛЬМѢ (по *Widmark'*).

Съ 1824—1840 г. 5,5%, съ 1870—1876 г. 4,21%, съ 1877—1881 г. 1,88%.

Отдѣльно по малому количеству заболѣваній стоятъ 2 Вѣнскія клиники врачей и акушеровъ. Въ 1-й за періодъ 1857—1864 г., какъ было уже упомянуто, процентъ заболѣваемости—1,37%, во 2-й за тотъ же періодъ—1,03%.

Относительно числа заболеваний бленнорреей в приютах для подкидышей имеются следующие данные (по *Hausmann*'у).

Города.	Время.	Число младенцев.	Болн. глаз.	%-е отношение.
Вена	1854—1866	130.104	5.614	4,31
Петербург	1830—1840	40.816	2.813	6,89
Прага	1865—1868	10.188	1.106	10,8
Грац	1835/6—1836/7	3.433	238	6,9
Всего		184.441	9.773	5,29

Въ Московскомъ Воспитательномъ Домѣ находилось съ 1 января по 1 мая 1858 года	5.308 дѣтей	180 бленн.	3,39%
Тамъ же въ 1876 году	12.650	610	4,18%

Со времени „erochenmachende“ какъ выражаются нѣмецкіе авторы предложенной *Crede* профилактики, число наблюдающихся въ клиникахъ заболеваний резко уменьшилось почти въ 10 разъ. Статистика заболеваний въ этотъ періодъ времени даетъ следующее.

Въ Англіи по даннымъ *Stephenson*'а за періодъ времени приблизительно съ 1897 по 1906 годъ въ 53-хъ родильныхъ приютахъ по даннымъ различныхъ авторовъ на 17.579 живыхъ новорожденныхъ было 128 больныхъ гнойной офтальмобленнорреей въ среднемъ 0,72%. Въ частности, у 14 авторовъ % бленнорреи превышаетъ 1%. У 7 авторовъ превышаетъ 1,5%, а въ единичныхъ случаяхъ достигаетъ еще большей величины. Ниже приведены нѣсколько авторовъ, у которыхъ наблюдался большой % заболеваний.

Города	Авторы	Періодъ	Число жив. новорожден.	Число бленнорреей	% отнош.
Portsmouth	Marey	1898—1906	453	9	1,98
Halifax	Woodyatt	1901—1906	151	3	1,98
Dudley	Higgs	1897—1906	230	6	2,60
Plymouth	Charles J. Cooke	1897—1906	328	10	3,04

Въ 6 большихъ учрежденіяхъ общее число заболеваний бленнорреей глазъ значительно меньше вышеприведенныхъ, какъ это видно изъ приведенной ниже таблицы:

Учрежденія	Авторы	Періодъ	Число родовъ	Число болн. офтальмобл.	% отнош.
Queen Charlotte's Hospital London	—	1896—1906	13.644	42	0,307
Rotunda Hospital Dublin-Hastings	Tweedy	1903—1906	5.158	8	0,15
City of London Hospital-Clement	Godson	1901—1906	3.532	4	0,113
Britisch Lying-In Hosp. London	Drummond Robinson	1898—1906	7.090	3*	0,04
Meternity Hosp. Glasgow-Jardin	—	1906	574	4	0,69
Maternity Hosp. Clapham London	Annie Me-Call	1889—1906	5.817	18	0,319
Всего	—	—	35.815	79	0,22

По статистикѣ *H. Cohn*'а для различныхъ городовъ Европы до 1896 года на 24,724 собранныхъ свѣдѣній о новорожденныхъ процентъ заболеваний—0,65%. По *Haab*'у на 10.521 леченныхъ профилактически по *Crede* % больныхъ = около 1%. По *Köstlin*'у—на 24,723 = 0,65%, по *Howe*'у на 54,000 = 0,65%, по *Erdberg*'у на 14.870—0,78%, по *Stephenson*'у на 51.726 = 0,75%.

Наибольшее число заболеваний, несмотря на профилактику по *Crede*, приведено у следующихъ авторовъ:

Авторы	Городъ	Число новорожд.	Годы	Число бленнорреей	% заболѣв. бленнор.
Bröse	Берлинъ	460	1884	7	1,52
Behm	—	1.003	1884	11	1,09
Saro	Кенигсбергъ	1.254	1883—1886	18	1,44
Boemer	Грейфсвальдъ	102	1881—1882	4	1,7
и Peiper		107			
Felsenreich	Вѣна	3.000	1882	58	1,93
Schmitt и Weckbecker	Мюнхенъ	1.090	1883	—	1,8
Hecker	—	133	1882	4	3
Schmitt	—	962	—	—	3,54
Кромѣ того у Tarnier отмѣчено на	—	218	—	—	5,9
Champetier de Ribes . . .	—	3.021	1896—1898	34	1,21

*) Къ нимъ нужно добавить еще три позднихъ бленнорреи, развившихся на 8-й день по сообщенію автора, итого 6 случаевъ—0,09%.

Авторы	Городъ	Число новорожд.	Годы	Число бленнорей	% заболѣв. бленнор.
Steffan (no Wilim'y 1910 г.)	Донаушингенъ	228	—	3	1,32
Dahlmann	Магдебургъ	1.126	—	12	1,07
Adelmann	Меуъ	545	—	7	1,29
Rühle	Эльберфельдъ	901	—	21	2,33
Külenkamp	Бременъ	2.504	—	29	1,16
Szabó	Клаузенбургъ	823	—	17	2,05
Olshausen	Берлинъ	3.195	—	83	2,59

(у Olshausen'a диагнозъ бленнореи былъ подтвержденъ микроскопическимъ исследованиемъ).

Большинство данныхъ, какъ видно изъ датъ о времени публикации принадлежить самому раннему времени примѣненія профилактики по *Crede*, т. е. тому времени, когда асептика и антисептика родовъ не была еще такъ совершенна.

Представленіе о распространенности бленнореи до нѣкоторой степени можетъ дать также статистика дѣятельности глазныхъ клиникъ, показывающая какой % даютъ бленнорейные по отношенію ко всѣмъ больнымъ глазами.

Какъ абсолютныя числа бленнорейныхъ больныхъ, такъ и отношеніе ихъ къ общему числу больныхъ можно оцѣнивать, конечно, съ извѣстной долей приближенности, такъ какъ нельзя думать, что въ глазныхъ лечебницахъ регистрируются всѣ бленнорейные больные, а также, что вышеупомянутое %-е отношеніе одно и тоже для каждой мѣстности.

Для Германіи, Швейцаріи, Австріи и Голландіи *H. Cohn* на 302.971 больныхъ глазами нашелъ 1938, т. е. 0,6% больныхъ бленнорейей.

Данныя по *Stephenson'u* за цѣлые ряды лѣтъ въ глазныхъ клиникахъ разныхъ странъ, о которыхъ имѣются свѣдѣнія, представлены въ нижеслѣдующей таблицѣ.

Страны.	Число клиникъ.	Число боль-ныхъ глазами.	Число офтальмо-бленнорей.	% отнош. ко всему числу болы. глазами.
Германія	82	2.221.174	1.297	0,6
Австро-Венгрія	14	59.395	455	0,8
Швейцарія	4	10.078	87	0,9

Страны.	Число клиникъ.	Число боль-ныхъ глазами.	Число офтальмо-бленнорей.	% отнош. ко всему числу болы. глазами.
Голландія	3	11.324	99	0,9
Испанія	28	113.174	1.328	1,176
Португалія	2	19.283	221	1,146
Франція	23	149.283	1.646	1,10
Италія	18	47.154	553	0,117
Россія	13	258.083	776	0,29
Бельгія	4	17.420	215	1,23
Швеція	1	69.121	385	0,557
Турція	2	30.703	176	0,57
Мексика	1	1.500	23	1,53
Англія	7	407.202	5.129	1,25
Америка	—	941.080	4.447	0,47

Сравненіе данныхъ изъ глазныхъ и родильныхъ учреждений о числѣ бленнорейныхъ больныхъ для извѣстной мѣстности или города выяснило, между прочимъ, крайне интересный и важный фактъ, что бленнорейя значительно больше распространена, чѣмъ это регистрируется въ родильныхъ учрежденияхъ. Такъ *Zweifel'u* удалось выяснитъ, что въ глазную клинику Лейпцига за 1895 годъ обращалось съ офтальмобленнорейей въ 4 раза больше, чѣмъ у него отмѣчено въ акушерской клиникѣ (беря %-ое отношеніе случаетъ офтальмобленнорейи въ акушерской клиникѣ ко всѣмъ родамъ въ клиникѣ и больныхъ, обращавшихся въ глазную клинику, ко всѣмъ родамъ въ городѣ), т. е. что заболѣваемость бленнорейей въ частной практикѣ выше, чѣмъ въ клиникахъ. Для города Бреслава по опросамъ мѣстныхъ врачей *H. Cohn* высчиталъ % бленнорейныхъ въ 2—2½% всѣхъ рождающихся. Этотъ фактъ далъ поводъ *H. Cohn'u* сдѣлать отъѣнку методу по даннымъ объ отношеніи слѣпыхъ отъ бленнореи ко всему числу слѣпыхъ, и, на основаніи констатируемаго имъ только незначительнаго уменьшенія % отношенія слѣпыхъ отъ бленнореи послѣ введенія метода *Crede*, требовать обязательнаго введенія этого профилактическаго метода въ законодательномъ порядкѣ.

Еще незадолго до *H. Cohn'a*, *Silex* на матеріалѣ глазной

клиники показали, что со времени введения метода *Crede*, % отношение больных бленнореей глаз новорожденных ко всему числу пациентов почти не уменьшилось: за 1878 год на 4678 глазных больных вообще было 56—1,19% бленнореей, за 1883—1886 годы в среднем 1,1% и за 1889—1893 года на 65289 глазных больных 704 бленнореей глаз у новорожденных—1,07%.

Данные об ослепших от бленнореей глаз дают материал для суждения не только о распространении этого заболевания, но и главным образом для оценки вреда наносимого им для населения. Насколько бленнореей опасна в смысле потери зрения показывают данные *H. Cohn'a*, по которым на основании материала из 898 офтальмобленнореей из 45 глазных клиник ослепло на 1 глаз 23—2,5%, а на оба глаза 13—1,45%, повреждения роговицы наблюдались в одном глазу у 80—8,91%, в обоих глазах 25—2,78%. Как показывают данные многих авторов бленнореей глаз у новорожденных занимает видное место в ряду причин слепоты. По статистическим данным *Hausmann'a* процент слепых от бленнореей новорожденных в Дрезденском учреждении для слепых достигал 50% за 1855 год. Интересно что процент ослепших от бленнореей понижался постепенно в течение ряда лет, что отмечено уже было по отношению к заболваемости бленнореей, повидимому в зависимости от предполагаемого развития антисептики и асептики в ведении родов.

Годы	1855	1856	1857	1858	1859	1860	1861	1862
% слепых от бленнор. новор.	50	44,1	50,5	48,1	45,8	38,9	38,1	33,3
Годы	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1875	
% слепых от бленнор. новор.	34,9	35,1	37,4	36	35,1	34,8	31,9	

В различных городах Германии, Дании, Австро-Венгрии и Голландии % ослепших от бленнореей за 1865—1875 годы колебался от 11,43% до 60,52% всего количества слепых.

По статистике *H. Cohn'a* в 1876 году в учреждениях для слепых Германии, Австрии, Швейцарии и Голландии на

2165 слепых было ослепших от бленнореей 658 = 30%, причем в отдельных учреждениях % отношение достигало 61% (Лемберг). В 1895 году на 3033 слепых было ослепших от бленнореей 593 = 19,6%; из них слепых от бленнореей до 10-летнего возраста, т. е. ослепших уже после того, как вошел в употребление метод *Crede* было 127, что составляет 21,5% по отношению ко всему числу слепых от бленнореей. На конгресс учителей для слепых в 1901 году *H. Cohn* выступил с заявлением, что число слепых от бленнореей не уменьшилось после введения метода *Crede* и по прежнему для Германии и Австрии = 20%; для Голландии он = 10%, что автор объясняет постановкой родовспоможения, именно тем, что в Голландии большинство родовспоможений оказывается врачами.

Что касается более новых данных, то выяснилось, что при опросе детей до 10-летнего возраста в Германии на 254 слепых было 79 ослепших от бленнореей, т. е. 31%, в Австрии на 67—18—27%. (Большой процент слепых до десятилетнего возраста объясняется тем, что в этом возрасте исключаются другие причины слепоты, имевшие место у людей пожилого возраста). По отношению ко всему числу слепых в Германии % слепых от бленнореей до 10-летнего возраста оставался приблизительно одинаковым, в 1895 году их было 83 на всех 2233 слепых—37,1%, в 1901 году—79 на всех 2116 слепых, т. е. 37,3%.

Magnus, на основании материала различных немецких глазных клиник, вычислял % слепых от бленнореей новорожденных в 10,87% на 2528 (275 слепых от бленнореей).

В Бреславльском учреждении для слепых по *Köstlin'u* процент ослепших от бленнореей доходил до 34%, благодаря тому, что в нем находились слепые только молодого возраста, следовательно исключались другие причины слепоты. По *Toldt'u* на 1198 человек в 24 учреждениях Австро-Венгрии было слепых от бленнореей на оба глаза—286=18,2%.

Dimmer (1910 г.) приводит данные *Schaidler'a* для Баварии, по которым 8% всех слепых ослепли от бленнореей

новорожденных и на 192 слѣпыхъ дѣтей до десятилѣтняго возраста 38% ослѣпли отъ бленнорреи новорожденныхъ. По *Best'u* въ учрежденіяхъ для слѣпыхъ на 1911 годъ было слѣпыхъ отъ бленнорреи 13%. *Bednarsky* (Лембергъ) на 100 слѣпыхъ на оба глаза нашелъ 14 ослѣпшихъ отъ бленнорреи и на 200 слѣпыхъ на 1 глазъ 12 ослѣпшихъ отъ бленнорреи. *Головинъ* для Россіи высчиталъ на 65,724 слѣпыхъ 9% ослѣпшихъ отъ бленнорреи—4,9%.

Материаломъ автору служили:

Переписи глазныхъ отрядовъ даше	4,9%
Постоянные пункты	5,4%
Больницы	4,2%
Поголовные осмотры	1,8%

Небольшой процентъ слѣпоты, полученный при поголовныхъ осмотрахъ, авторъ объясняетъ рѣдкимъ распространіемъ гонорройныхъ заболѣваній въ деревнѣ.

Въ отдѣльныхъ статистикахъ самого автора для Москвы процентъ слѣпыхъ отъ бленнорреи доходитъ до 16,6%. У воспитанниковъ русскихъ школъ для слѣпыхъ по Дяконову процентъ слѣпыхъ отъ бленнорреи—11,2%.

Уже однѣ рѣзкія колебанія въ процентныхъ отношеніяхъ даютъ право предполагать, что цифры для всей Россіи не точны. Впрочемъ самъ *Головинъ* отмѣчаетъ трудности получения матеріала, такъ какъ онъ отмѣчаетъ, что при поголовныхъ переписяхъ изъ разныхъ сообщеній часть слѣпыхъ скрывалась отъ переписчиковъ. Кромѣ того, примѣнялись не одни и тѣже методы переписи.

Для Франціи *St. Hilaire* въ 1834 году изъ числа всѣхъ слѣпыхъ, начиная съ 20-лѣтняго возраста исчислилъ процентъ слѣпыхъ отъ бленнорреи новорожденныхъ въ 26,98%. *F. Daumas* на 1178 ослѣпшихъ отъ разныхъ причинъ нашелъ 817 ослѣпшихъ отъ бленнорреи новорожденныхъ, т. е.—69,3%.

По даннымъ *S. M. Burnett'a* для С.-Американскихъ Соединенныхъ Штатовъ по переписи 1890 года на 50,568 слѣпыхъ процентъ ослѣпшихъ отъ офтальмобленнорреи не выше 39%.

Snell въ одной англійской школѣ для слѣпыхъ нашелъ

% слѣпоты отъ бленнорреи=42,36%. На 22,832 слѣпыхъ въ Англіи онъ нашелъ ослѣпшихъ отъ бленнорреи новорожденныхъ 7000=30,7%.

Edgar частоту слѣпоты отъ бленнорреи исчисляетъ въ 25,21% въ разныхъ школахъ; въ пенсильванской за время съ 1900—1907 г. въ 33,36%, по отдѣльнымъ школамъ отъ 9,83% до 42,80%.

Wehler исчисляетъ частоту ослѣпшихъ отъ офтальмобленнорреи 1:2000 родовъ.

Bull исчисляетъ число слѣпыхъ въ Соединенныхъ Штатахъ около 60.000. изъ нихъ ослѣпшихъ отъ офтальмобленнорреи смотря по мѣстности 15—50%.

Fejer съ 1899 по 1905 годъ имѣлъ на 51.570 амбулаторныхъ глазныхъ больныхъ 1056=2,04% совершенно слѣпыхъ, изъ нихъ слѣпыхъ отъ бленнорреи новорожденныхъ 37,4%, бленнорреи взрослыхъ 21,3%, отъ трахомы 7,5%. Другіе этиологическіе моменты давали еще менѣй процентъ слѣпоты.

I. Widmark, констатируя въ Скандинавіи и Финляндіи уменьшеніе числа слѣпыхъ за 1890—1900 г. приписываетъ это уменьшеніе заболѣваніями бленнорреей введенію метода *Credé* также и въ частной практикѣ. Такъ въ Стокгольмскомъ учрежденіи для слѣпыхъ въ 1880/81 г.г. бленноррея какъ причина слѣпоты, отмѣчена въ 29,3%, а въ 1905 г. уже 14,87%, причемъ въ поликлиникѣ *Seraphimelazarett* за тотъ же годъ на 5021 больного отмѣчено только 2 случая бленнорреи новорожденныхъ.

Разница въ числахъ ослѣпшихъ отъ бленнорреи отдѣльныхъ авторовъ объясняется какъ различнымъ распространіемъ бленнорреи въ разныхъ странахъ и въ разные времена, такъ и разницей въ методахъ исчисления, разборъ которыхъ не имѣетъ прямого отношенія къ данному поверхностному обзору. Во всякомъ случаѣ изъ вышеприведенныхъ цифръ видно, что процентъ слѣпыхъ, обязанныхъ своимъ несчастіемъ бленнорреей новорожденныхъ, нужно признать довольно высокимъ.

По статистикѣ *Heim'a* за 1895 годъ на 3204 слѣпыхъ дѣтей въ разныхъ странахъ Европы, ослѣпло отъ:

	Въ %
Бленноррея новорожденныхъ	23,5
Неизвѣстныхъ причинъ	8,4
Пораженіе центральной нерв. системы	8,18
Сифофулеза	7,55
Ослы	7,49
Трахомы	1,31

Всѣ другія причины слѣпоты составляли каждая въ отдѣльности менѣе 5% слѣпыхъ.

L. Hirsch (1902 г.) на матеріалѣ въ 2.210 глазъ, лишенныхъ зрѣнія въ юности, нашелъ, что причиною этого были:

	Въ %
Бленноррея новорожденныхъ	17,8
Врожденная катаракта	10,1
Корь	6,1
Поврежденія	5,7
Трахома	0,7

У 600 взрослыхъ старше 18 лѣтъ:

	Въ %
Бленноррея новорожденныхъ	11,7
Поврежденія и симптомъ воспаления	6,1
Врожденная катаракта	5,2
Оспа	4,3
Трахома	4,7

На 700 человекѣ до 19-ти лѣтнаго возраста:

	Въ %
Бленноррея новорожденныхъ	18,1
Врожденная катаракта	11,4
Корь	6,6
Трахома	0,4

Snell—на 333 слѣпыхъ въ Шеффилдской школѣ нашелъ ослѣпшихъ отъ:

	Въ %
Ophthalmia neonat	42,36
Atrophia nervi optici	10,90
Catar. congenita	9,34
Ophthalmia limpat.	6,85
Разныя врожденныя заболѣванія	3,73

Изъ этихъ цифръ видно, что процентъ слѣпоты отъ разныхъ причинъ значительно измѣняется отъ возрастнаго состава слѣпыхъ, но, какъ выразился *Finard* „бленноррея глазъ у новорожденныхъ составляла и составляетъ наиболѣе частую причину слѣпоты“.

Практическіе англичане пробовали измѣрить бѣдствие, принимаемое бленнорреей на деньги и королевская коммиссія въ 1889 году оцѣнила 7.000 слѣпыхъ въ Соединенномъ Королевствѣ, какъ ежегодный налогъ на общество въ размѣрѣ болѣе трети милліона фунтовъ стерлинговъ.

Большія числа слѣпыхъ отъ бленнорреи сравнительно съ ея распространеніемъ, вообще, объясняются тѣмъ, что это заболѣваніе довольно часто осложняется заболѣваніемъ роговицы и влечетъ за собою послѣдовательно болѣе или менѣе значительное поврежденіе зрѣнія до полной слѣпоты включительно. Ниже приводятся данныя *Stephenson'a* о числѣ лицъ, потерявшихъ зрѣніе или получившихъ стойкія поврежденія его вслѣдствіе заболѣванія бленнорреей.

Имена	Сообщенія	Періодъ	Бленноррея	% потерявшихъ зрѣніе въ какой-либо степени
Horner . . .	Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1882 № 7	1859—1881	468	33
Heymann . .	Praher Vierteljahrs. 1860. 11. p. 70	—	139	18
Hirschberg .	Beitr. z. prakt. Augenheilk. 1876 p. 6	—	200	27,5
Schöler . . .	Jahresbericht 1880 p. 7	—	156	27,5
Schatz . . .	Deut. Med. Wochens. 1884 № 1	—	172	20
Galezowsky .	Gaz. des Hôpitaux apr. 1882 p. 331	—	507	21,5
Manchester Eye Hospital	Brit. med. Journ. apr. 7 1883 p. 690	1882	539	11,7
Emrys-Jones .	Brit. med. Journ. March 1881 p. 344	—	420	17,1
Mules . . .	Medic. Chronicle Jan. 1888	1876—1886	1,405	61,58
Prince and Woodruff . .	Med. Record Aug. 26, 1893	1892—1893	53	22,64

Имена	Сообщения	Периодъ	Бленнорея	%, потерявших зрѣніе въ какой-либо степени
Widmark . .	Centralbl. f. prakt. Augenh.-K. p. 262, 1895 . . .	1884—1885 1887—1888		17,5
Mckenzie a.	Royal Lond. Ophth. . . .			
Marshall . .	Hospit. Reports Decemb. 1896	1896	100	17,43
Tytrell . . .	Practitioner April 1902 . .	1900—1901	160	33
Alvarado . .	Ophthalmie des Nouv. nés. Valladolid 1903		962	14,65
Santos Fernandez . .	ibidem	1875—1896	499	19,25

Кромѣ того, у *Schatz'a* исчислено на 172 бленнореи 35 поврежденных роговицы = 20%; ослабленіе зрѣнія наблюдалось въ 16 случаяхъ = 9% и потеря зрѣнія въ 12 случаяхъ = 7%.

Heim вычислилъ для Швейцаріи (1895 г.), что 0,5% всѣхъ родившихся заболѣваютъ бленнореей, т. е. приблизительно около 400, ежегодно; изъ нихъ 16 страдаютъ полной или частичной слѣпотой, т. е. около 4%. Какъ уже выше упоминалось у *H. Cohn'a* на 898 собранныхъ имъ случаевъ офтальмобленнореи 105 представляли пораженія одной или обѣихъ роговицъ = почти 12% и 36 слѣпили на одинъ или оба глаза, что составляетъ какъ и у *Heim'a* почти 4%.

Какъ видно изъ сравненія приведенныхъ данныхъ болѣе старыя статистики даютъ болѣе большой процентъ потери зрѣнія, чѣмъ данныя послѣдняго времени, что, по всей вѣроятности, объясняется усовершенствованіемъ методовъ леченія и болѣе раннимъ попаданіемъ больныхъ подъ врачебное наблюденіе.

Данныя родильныхъ учреждений о слѣпыхъ отъ бленнореи глазъ, которая въ общемъ значительно ниже, нельзя принимать во вниманіе, такъ какъ младенцы выписываются изъ родильныхъ учреждений раньше, чѣмъ они теряютъ зрѣніе, да и раньше подвергаются леченію, что несомнѣнно имѣетъ вліяніе на процентное отношеніе потерявшихъ зрѣніе. Поэтому выясненіемъ распространенности и вреда наносимаго бленнореей общество обязано, главнымъ образомъ, офтальмологамъ, а не акушерамъ.

Часть I. Этиологія и клиника бленнореи.

II. Этиологія бленнореи глазъ у новорожденныхъ.

Историческія справки. Дѣлая по установившимся традиціямъ экскурсію въ историческое прошлое, можно убѣдиться, что бленнорея уже давно подмѣчена медиками. Очень подробныя историческія справки имѣются въ трудѣ *Haussman'a*; по даннымъ котораго о бленнорее упоминали уже *Soranus* и *Aetius*; которые также рекомендовали мѣры для профилактики бленнореи, именно, очищеніе вѣкъ и впусканіе въ глаза масла. *Escharius Roselin* также рекомендовалъ впусканіе деревяннаго масла, а при наличности припуханія вѣкъ, розовыя листья, шафранъ, алое съ женскимъ молокомъ (средства и у насъ въ Россіи рекомендуемая и примѣняемая при отсутствіи врачебной помощи деревенскими повитухами, какъ въ этомъ пришлось автору убѣдиться въ теченіе многолѣтней земской службы).

Примѣнявшаяся древними авторами профилактика давала право предполагать, что уже и въ то время происхожденіе бленнореи ставили въ зависимость отъ покрывающей младенца во время родовъ слизи. Впрочемъ причину бленнореи видѣли въ разныхъ моментахъ, въ постороннихъ вліяніяхъ. Такъ происхожденіе бленнореи ставили въ зависимость отъ воздѣйствія дневного свѣта, охлажденія; придавали значеніе солнцу, жару, пыли, вообще нечистотѣ, сыровидной смазкѣ, меконію, также остротѣ материнскихъ соковъ, которая черезъ молоко передается ребенку; грубому и неумѣльному обращенію со стороны акушеровъ, длительному пребыванію головки въ родовыхъ путяхъ, давленію во время родовъ и пр.

Изъ этого краткаго перечисленія причинныхъ моментовъ видно, что до рациональнаго изученія бленнорреи глазъ многие важныя моменты смѣшивались съ неимѣющими никакого значенія. Въ настоящее время эти воззрѣнія на причины и происхожденіе бленнорреи глазъ имѣютъ только историческій интересъ, а потому въ нижеслѣдующемъ будутъ приведены только главнѣйшіе моменты въ развитіи ученія о бленнорреѣ глазъ у новорожденныхъ *Quellmats* (въ 1750 г.) первый поставилъ происхожденіе бленнорреи глазъ въ зависимость отъ бѣлей матери, какъ отъ одной изъ причинъ, обуславливающихъ это заболѣваніе, причемъ пришелъ къ заключенію, что вредоносный секретъ переходитъ чрезъ кровь матери. Однако, предположеніе *Quellmats'a* далеко не всѣми было принято. Такъ *I. Ware* придавалъ значеніе золотухѣ. *Stall* (1788 г.) рассматривалъ бленноррею какъ признакъ сифилиса. *Frank* считалъ причиной бленнорреи наслѣдственный сифилисъ.

Съ начала 19-го вѣка начинается основательное изученіе этого вопроса. Въ 1807 году *E. Gibson* впервые, на основаніи своихъ наблюденій въ Манчестерскомъ госпиталѣ высказалъ убѣжденіе, что бленноррея глазъ у новорожденныхъ происходитъ большею частью вслѣдствіе прямого переноса катаральнаго секрета влагалища въ теченіе родовъ на глаза младенца, почему и предложилъ:

- 1) по возможности бороться съ бѣлями у женщинъ въ теченіе беременности,
- 2) гдѣ послѣднія остаются, удалять ихъ изъ влагалища во время родовъ, и
- 3) тотчасъ по рожденіи промывать глаза жидкостью, которая могла бы или удалить вредныя вещества или предупредить ихъ вредное воздѣйствіе.

На эту мысль навело его совпаденіе заболѣванія бленнорреей глазъ у мужа и наличности бѣлей у жены. Дальнѣйшее наблюденіе показало ему, что большинству матерей, дѣти которыхъ заболѣвали бленнорреей глазъ, страдали бѣлями. Рассматривая лейкоррею, какъ единственную причину бленнорреи глазъ, онъ рекомендовалъ промывать вѣки лавандовою водою. *John Wetch* (1820 г.) переносомъ гноя изъ глазъ въ уретру вызвалъ заболѣваніе гоннорреей черезъ 36 часовъ.

Хотя большинство авторовъ того времени, интересовавшихся этимъ вопросомъ, присоединились къ взгляду *Gibson'a*, однако, находились и поклонники старыхъ теорій, причемъ противъ связи бленнорреи съ бѣлями у матери приводились слѣдующія соображенія (*Hugh Carmichael*, 1839 г.).

- 1) Позднее наступленіе бленнорреи не вяжется съ высказанной теоріей инфекціи.
- 2) Бленнорреей нерѣдко заболѣвали тѣ дѣти, у матерей которыхъ никогда не было бленнорреи и наоборотъ.
- 3) Дѣти матерей, страдающихъ бѣлями, не заболѣваютъ бленнорреей.

Quillie немного ранѣе (1820 г.) показалъ возможность зараженія переносомъ гнойнаго секрета бленнорройныхъ на здоровую конъюнктиву 4-хъ слѣпорожденныхъ дѣтей, что, впрочемъ, оспаривалось многими авторами. Вслѣдствіи опыты были повторены *Piringer'омъ* и другими. Чтобы доказать возможность переноса инфекціи съ больной конъюнктивы, *Piringer* прививалъ гнойный секретъ больныхъ бленноррейныхъ конъюнктивитомъ дѣтей большею частью въ паннозные глаза, причемъ одинъ разъ между взятіемъ секрета и прививкой прошло 34 часа, и получилъ положительные результаты. Напротивъ, переносъ на конъюнктиву глаза влагалищнаго секрета одной хлоротичной дѣвушки не далъ результата.

Одновременно дѣлались попытки прививать секретъ больной конъюнктивы младенцевъ на конъюнктиву собакъ, но безрезультатно. Вслѣдствіи *Hiller'a*, который тоже держался того мнѣнія, что бленноррея глазъ можетъ быть вызвана попаданіемъ бѣлей въ глаза младенца при прохожденіи головки черезъ родовые пути, будто бы удавалось многократно переносомъ бѣлей вызвать искусственно пѣррею на гениталияхъ и конъюнктивѣ собакъ и кроликовъ. Исслѣдованія позднѣйшихъ авторовъ, какъ извѣстно, не подтвердили результатовъ *Hiller'a*. Что касается заразительности влагалищнаго секрета для конъюнктивы младенца, то она была подтверждена многими авторами.

Интересно что уже въ то время бленнорреей глазъ сопоставляли съ трахомой. *Fabini* находилъ сходство между бленнорреей и въ то время очень распространеннымъ египетскимъ

воспалениемъ глазъ, находя разницу только въ силѣ явленій и въ индивидуальных особенностяхъ отдѣльныхъ организмовъ.

Одновременно съ изучениемъ этиологии и заразительности бленнорреи глазъ дѣлались попытки предупрежденія ея съ помощью извѣстныхъ тогда антисептическихъ средствъ на основаніи выработавшихся взглядовъ на происхождение этого заболѣванія вслѣдствіе заболѣванія половыхъ органовъ матери. *Haase* (1829 г.), наблюдавшій въ Дрезденскомъ родильномъ учрежденіи большое количество заболѣваній бленнорреей, повидимому, первый примѣнилъ антисептическое промываніе глазъ растворомъ хлористаго кальція ($0,24-90,0=0,8\%$). *Bourjot saint Hilaire* (1834 г.) придавалъ большое значеніе бѣламъ матери и рекомендовалъ очищающія спринцованія влагалища при затянувшихся родахъ, окончаніе ихъ щипцами, а для глазъ послѣдующія промыванія тепловатой водой; при обнаружившейся у матери лейкоорее — профилактическое примѣненіе вяжущихъ, свинцоваго сахара и желѣзнаго купороса. *Sonnemayer* (1839 г.) помимо спринцованій влагалища рекомендовалъ у сифилитическихъ дѣтей обмываніе глазъ и тѣла слабыми растворами сулемы и карболки.

Попытки на основаніи статистическихъ данныхъ доказать зависимость бленнорреи отъ бѣлей матери въ рукахъ многихъ авторовъ дали болѣе или менѣе положительные результаты. *Cedersjold* въ Стокгольмскомъ родильномъ домѣ на 318 изслѣдованныхъ роженій нашелъ, что 317 матерей, страдавшихъ бѣлями имѣли 20 бленнорройныхъ дѣтей—14,6%, а изъ 181 здоровыхъ только 10—5,52%. *Withead* (1847) опубликовалъ 35 случ. бленнорреи глазъ у новорожденныхъ, причемъ у 32 матерей нашелъ слизистогнойную выдѣленія, у 3—гнойная, кровянистая или кровянистогнойная. Онъ раздѣляетъ бленноррею на первичную до 4 и 5 дня и вторичную. Происхождение первичной онъ приписываетъ прямой прививкѣ въ глаза материнскаго секрета во время прохожденія плода черезъ маточное отверстіе, а вторичную тому же самому агенту, но только при посредствѣ другихъ моментовъ. *Mackenzie* (1854 г.) такъ былъ увѣренъ въ зависимости бленнорреи отъ бѣлей матери, что разсматриваетъ инфекцію во время ро-

довъ уже какъ научно поставленную экспериментальную прививку. *Pauli* (по *Stephenson*'у) прививалъ гной изъ глазъ бленнорройнаго ребенка въ уретру мужчины и вагину проститутки. Получивъ гоноррею онъ *vice versa* дѣлаетъ выводъ, что возможно и обратное зараженіе. *Gyomar* (1858 г.) дѣлаетъ пробныя же прививки въ собственную уретру и въ результатѣ также получилъ гоноррею. *Peltzer* (1864 г.) считалъ, что заболѣваніе бленнорреей происходитъ вслѣдствіе переноса гонорройнаго секрета влагалища во время родовъ только въ единичныхъ случаяхъ, а въ другихъ чрезъ зараженіе лохіями въ послѣродовомъ періодѣ.

Въ половинѣ 19-го вѣка уже были опубликованы попытки раздѣленія формъ бленнорреи по клиническому теченію. Такъ *Luitthen* (1851 г.) различалъ 3 формы бленнорреи.

1) врожденное воспаленіе (бѣкъ) со специфическимъ секретомъ или безъ него.

2) Доброкачественную, контагіозную офтальмобленноррею и 3) злокачественную гнойную офтальмію.

Trousseau (1852 г.) различалъ 4 формы:

1) Простой к-витъ, который обнаруживается на 2—4 день послѣ родовъ и обыкновенно безъ особеннаго леченія проходитъ въ 8—10 дней.

2) Лейкорройную офтальмію, которая происходитъ отъ попаданія въ глаза бѣлей матери; въ общемъ доброкачественна и при леченіи исчезаетъ безъ всякихъ послѣдствій.

3) Бленнорройную офтальмію, которая происходитъ отъ злокачественныхъ (или венерическихъ) бѣлей матери и достигаетъ значительной силы.

4) Офтальмію отъ пуэрперальныхъ отдѣленій, которая появляется въ больницахъ при развитіи пуэрперальной лихорадки, сперва какъ простой катарръ, затѣмъ усиливается, иногда въ 3—4 дня ведетъ къ прободенію роговицы.

Тотъ фактъ, что наблюдалась бленноррея глазъ у тѣхъ дѣтей, матери которыхъ оставались повидимому здоровы, нашелъ объясненіе въ работахъ *Noeggerath*'а о скрытой гоноррее у женщинъ (1872 г.). Сюда, повидимому, и относится случай *Blaschko*, въ которомъ изъ 6 дѣтей, у 5 была бленноррея глазъ, хотя матери ихъ и отрицали лейкооррею, а также

сомнительный случай *Schirmer'a*, въ которомъ отъ совершенно здоровой матери лохальный секретъ попалъ въ глаза 6-ти дневному ребенку и послѣдній заболѣлъ бленнореей (о бактериологическомъ изслѣдованіи авторъ не упоминаетъ). Возможно, что значительная часть заболѣваній у матерей пропусклась по недосмотру, что и дало поводъ *Crédé* отмѣтить, на основаніи собраннаго имъ матеріала, что катарръ гениталій мало совпадаетъ съ заболѣваніями лейкореей. Такъ, для собранныхъ имъ за 15 лѣтъ 318 заболѣваній бленнореей глазъ изъ 316 матерей только въ 25 случаяхъ отмѣчена въ протоколахъ лейкоррея. Гранулезный вагинитъ наблюдался 70 разъ. 110 матерей пришли въ послѣдній періодъ родовъ и не могли быть тщательно осмотрѣны. По этому поводу *Crédé* отмѣчаетъ, что если % отношение больныхъ гранулезнымъ вагинитомъ достигаетъ только 22%, то это объясняется тѣмъ, что почти у 35% пришедшихъ въ послѣдній періодъ родовъ не могла быть констатирована гонорея, и тѣмъ, что данныя записей велись разными лицами. Во всякомъ случаѣ *Crédé* высказался противъ *Haussmann'a*, который будто бы утверждалъ, что нормальный влагалищный секретъ можетъ вызвать бленнорею. Впрочемъ на это заявленіе *Crédé*, въ послѣдствіи *Haussmann* написалъ опроверженіе, въ которомъ говоритъ „что ссылка *Crédé* обусловлена ошибкой или недоразумѣніемъ, такъ какъ самъ авторъ высказался, что не только гнойный секретъ, но также и обыкновенное бѣлое отдѣленіе можетъ вызвать заболѣваніе конъюнктивы и что немаловажное значеніе въ происхожденіи заболѣванія соединительной оболочки глазъ новорожденныхъ имѣетъ также лохальный секретъ.“ Далѣе *Haussmann* утверждаетъ, что иногда преобладаетъ тотъ или другой причинный моментъ и гораздо чаще, чѣмъ гнойный или бѣлый секретъ, можетъ быть причиной заболѣванія, имѣя въ виду преждевременный разрывъ пузыря и замедленіе періода изгнанія, чему и *Crédé* придавалъ значеніе. Дальнѣйшія изслѣдованія показали, что главное значеніе принадлежитъ не качеству отдѣленія, а наличности гонококковъ или другихъ патогенныхъ микроорганизмовъ.

Послѣ того какъ наблюденіями и опытами десятковъ

изслѣдователей еще до открытія гонококка была доказана заразительность какъ самой бленнореей глазъ, такъ и гоноройныхъ отдѣленій женскихъ половыхъ органовъ, а также происхожденіе первой отъ заболѣванія послѣднихъ, оставалось невыясненнымъ, когда и какимъ образомъ оно происходитъ, т. е. оставался неизученнымъ механизмъ инфекции. Одни стояли за то, что зараженіе происходитъ во время родовъ и считали возможнымъ попаданіе влагалищнаго секрета въ конъюнктивальный мѣшокъ въ теченіе родовъ, другіе были противъ. *Haussmann* на основаніи своихъ обстоятельныхъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что влагалищный секретъ во время родовъ попадаетъ на вѣки и оттуда уже при раскрытіи ихъ послѣ родовъ, что происходитъ спустя неопредѣленное время, попадаетъ въ конъюнктивальный мѣшокъ. *Saemisch* уже давно высказалъ мнѣніе, что незначительное количество влагалищнаго секрета, достаточное впрочемъ для инфекции можетъ уже во время родовъ попасть въ конъюнктивальный мѣшокъ. Впрочемъ, *Haussmann* допускалъ, что въ исключительныхъ случаяхъ инфекция можетъ попадать въ конъюнктивальный мѣшокъ во время родовъ. Какъ бы ни происходила инфекция, но *A. Graefe* выразилъ убѣжденіе большинства акушеровъ и офтальмологовъ, когда высказалъ мысль, что „бленноррея новорожденныхъ является почти исключительно благодаря соприкосновенію дѣтской к-вы съ секретомъ слизистой оболочки родовыхъ путей, что это не подлежитъ сомнѣнію“.

На это *Hecker*, однако, отмѣчаетъ, что офтальмологи все же не представили доказательствъ, да и не могутъ ихъ представить, такъ какъ не имѣютъ свѣдѣній относительно прониканія бактерий въ конъюнктивальный мѣшокъ и развитія воспаления глазъ. Мнѣніе ихъ по автору можетъ быть принято съ поправкой, что источникомъ зараженія могутъ быть больныя женскіе половые органы. Повидимому, даже для своего времени *Hecker* слишкомъ осторожно высказывался относительно специфичности бленнорреи и переоцѣнивалъ значеніе другихъ путей инфекции: переносъ инфекции чрезъ воздухъ (!) грязныя принадлежности купанья, пальцами матерей во время кормленія (74% болѣвшихъ по его даннымъ, кормились моло-

комъ матери, 26^{1/2}—нѣтъ), ухаживающимъ персоналомъ и пр. Тѣмъ не менѣе возраженія *Hecher'a* оставались въ силѣ, если понимать его въ смыслъ отсутствія экспериментальныхъ изслѣдованій по затронутому имъ вопросу. Уже значительно позже *Kallenbach* высказывая свои взгляды на профилактику офтальмобленнорреи исходилъ изъ того положенія, что инфекция глазъ во время прохождения головки черезъ влагалище не есть единственная и можетъ быть даже не самая частая причина заболѣванія. Последовательное зараженіе лохальнымъ секретомъ, переносъ отъ одного ребенка къ другому и распространеніе заразы отъ какого-либо инфицированного случая можетъ быть играютъ большую роль, чѣмъ инфекция въ моментъ родовъ. Они не могутъ быть устранены специальной профилактикой глазъ и уменьшеніе случаевъ бленнорреи можетъ быть въ большей степени зависить отъ всей системы чистоты и устраненія вредоносныхъ началъ, которыя теперь вездѣ проводится тамъ, гдѣ вообще преслѣдуется профилактика.

Открытие *Neisser'омъ* гонококка въ 1879 году поставило изученіе бленнорреи глазъ на твердую почву. Какъ извѣстно, ему удалось выдѣлить гонококка въ 7 случаяхъ бленнорреи глазъ у дѣтей, въ двухъ у взрослыхъ и въ 35 случаяхъ специфическаго вагинита и уретрита, на основаніи чего онъ пришелъ къ заключенію, что эти заболѣванія вызываються однимъ и тѣмъ же микроорганизмомъ. Последующіе изслѣдователи обратили вниманіе на гонококка при изученіи бленнорреи глазъ у новорожденныхъ и путемъ изслѣдованія нормальныхъ и патологическихъ выдѣленій изъ половыхъ органовъ, а также прививкой ихъ въ конъюнктиву здороваго глаза пытались подойти къ рѣшенію вопроса о специфичности этого заболѣванія. *Naab* (1881 г.) нашелъ гонококка въ двухъ случаяхъ бленнорреи глазъ у новорожденныхъ, *Hirschberg* и *Krause* въ 30 случаяхъ. *Krause*, а затѣмъ *Bumm'у* удалось прививкой чистой культуры вызвать заболѣваніе на слизистой оболочкѣ у людей.

Открытие гонококка внесло свѣтъ въ изслѣдованія о бленнорройной инфекции глазъ и дало возможность прививками доказать несомнѣнную зависимость между заболѣваніемъ

ніемъ половыхъ органовъ у матери и бленнорройной инфекціей глазъ у новорожденныхъ. *Tischendorf* (1884 г.) прививалъ гной изъ влагалища, содержавшій гонококковъ въ глаза одного марантического ребенка и вызвалъ тѣмъ гнойную бленноррею глазъ. *Hirschberg'у* и *Krause* также удалось вызвать бленноррею глазъ у новорожденныхъ прививкой лохального секрета.

По поводу одного случая, гдѣ капля лохального секрета, повидимому, совершенно здоровой женщины попала въ глаза новорожденнаго и вызвала бленноррею, *Zweifel* предпринялъ рядъ изслѣдованій. Въ 6-ти случаяхъ онъ переносилъ лохальный секретъ заведомо здоровой женщины въ глаза и получилъ отрицательные результаты. Лохальный секретъ брался на 3 и 13 дней, характера по виду серознаго и гнойнаго (2 женщины раньше страдали лейкоореей), причемъ гонококковъ въ немъ не было обнаружено предварительнымъ изслѣдованіемъ. На основаніи этихъ опытовъ авторъ высказался за специфичность заразнаго начала, выразивъ предположеніе, что въ частной практикѣ, гдѣ врачъ увѣренъ въ отсутствіи специфическаго заболѣванія у родителей, можно выпускать профилактическое леченіе у ребенка. Подобный опытъ продѣлалъ и *Andrews* (1885 г.). Онъ въ трехъ случаяхъ прививалъ нормальный лохальный секретъ новорожденнымъ и не получилъ результата.

Kroner прививалъ не содержавшій гонококковъ слизистогнойный влагалищный секретъ одной беременной 5-ти взрослымъ слѣпымъ и не получилъ никакой реакціи. Родившійся отъ больной ребенокъ также остался здоровъ, хотя не былъ леченъ профилактически. Въ другомъ случаѣ ребенокъ, родившійся отъ матери, которая много лѣтъ страдала лейкоореей, заболѣлъ гнойнымъ к-витомъ на 2-й недѣлѣ, хотя у матери не было обнаружено гонококковъ. Гнойный секретъ другой беременной, также не содержавшій гонококковъ, привитый взрослому не вызвалъ никакой реакціи.

Вскорѣ послѣ открытія гонококка *Krause* и *Bumm'у* удалось прививкой чистой культуры гонококка вызвать заболѣваніе на слизистой оболочкѣ у людей (*Saemisch*).

Послѣ того какъ была доказана патогенность гонококка

для слизистых оболочек при изучении этиологии естественно принималось во внимание не характер, качество и количество отделений у матери или конъюнктивы у ребенка, а наличие или отсутствие гонококков. Таким образом, для того, чтобы считать источником заражения отделения влагалища у матери во время родов или в послеродовом периоде, требовалось доказать наличие гонококков в отделяемых влагалища у беременных и в лохиях у родильниц вообще, а также в частности у тех матерей, дети которых болели бленнореей. *Kroner* исследовал отделения половых органов 21 матери, дети которых болели гонококковой бленнореей и 18 детей с безгонококковой бленнореей. В первой группе находил гонококки, во второй—нѣтъ.

Нахождение гонококков и определение частоты нахождения их в отделяемом половых органов у матерей показало бы приблизительную величину опасности заражения конъюнктивы и выяснило бы спорные вопросы, какия отделения гср. какого характера заболевания дают возможность предполагать, что может произойти инфекция конъюнктивы и возможно ли подозревать это при видимом отсутствии какого-либо заболевания у матерей.

Съ техъ поръ, какъ были установлены клинически факты, что гоноррея половых органовъ женщины можетъ протекать сравнительно доброкачественно и латентно, причемъ, напримѣръ, у женщинъ не упоминается о рѣзи при мочеиспусканіи, а бѣли могутъ быть не замѣчены, стало понятнымъ, что случаи, гдѣ несмотря на видимое отсутствіе гонорреи половых органовъ у матери все-таки наблюдается наличность гонорройной инфекции глазъ у младенца, могутъ быть объяснены тѣмъ, что 1) гоноррея не была распознана клиническимъ изслѣдованіемъ или 2) половые органы матери не изслѣдовались бактериологически. Согласно наблюденіямъ *Wertheim'a* (1894 г.) повидимому выздоравлившая женщина можетъ безъ всякой новой инфекции опять черезъ годъ обнаружить трипперъ; и авторъ объясняетъ это тѣмъ, что слизистая оболочка привыкаетъ къ собственной бленнорее; при переходѣ къ другому индивидууму, мужу или ребенку, инфекция можетъ возродиться. Такимъ образомъ, помимо инфекции

извѣстн могутъ быть объяснены тѣ случаи *Kroner'a*, когда у 6 женщинъ, дѣти которыхъ болѣли гонококковой бленнореей, не было никакихъ признаковъ гонорреи и ихъ гср. ихъ мужей, гоноррея отразилась только на ребенкѣ.

Распространение гонорройныхъ заболеванийъ у женщинъ. При оцѣнкѣ данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи отдѣляемаго изъ половыхъ органовъ матерей на присутствіе гонококковъ, нужно принимать во вниманіе слѣдующія обстоятельства:

1) Неоднородность изслѣдуемаго матеріала: распространенность гонорреи можетъ колебаться въ зависимости отъ имущественнаго и социальнаго положенія (замужнія или незамужнія) изслѣдуемыхъ, національности, и отъ того, берется ли матеріалъ отъ жителей большихъ городовъ или преимущественно изъ провинціи.

2) Методъ бактериологическаго изслѣдованія и личная опытность изслѣдователя.

3) Выборъ матеріала,—въ зависимости отъ того, изслѣдуются ли всѣ поступающіе подрядъ или только больные, примѣнялось ли предварительное леченіе или нѣтъ, а также въ какомъ періодѣ половой функціи или въ какой стадіи заболевания женщина подвергается изслѣдованію.

Уже вскорѣ послѣ открытія гонококка, кромѣ *Kroner'a*, *Leopold* и *Wessel* изслѣдовали отдѣляемое половыхъ органовъ на гонококковъ у 18 женщинъ, дѣти которыхъ не подвергались профилактикѣ (по *Crede*). Гонококки были найдены у одной роженицы, ребенокъ которой и заболѣлъ бленнореей глазъ. Кромѣ того у 3-хъ найденъ гранулезный кольпитъ съ гнойными бѣлами и въ 6-ти случаяхъ хроническій катарръ влагалища, хотя въ отдѣляемомъ половыхъ органовъ гонококковъ не было найдено.

Oppenheimer, который изслѣдовалъ бактериоскопически каждую беременную, нашелъ гонококковъ въ отдѣляемомъ половыхъ органовъ у 30 изъ 108 беременныхъ, т. е. 27,7%, причемъ, по его наблюденіямъ, отдѣленія, содержащія гонококковъ, имѣютъ особенныя свойства. *Lomer* (1885 г.) обнаружилъ гонококка въ 6 случаяхъ изъ 82 амбулаторныхъ бе-

ременных, принятых в клиник *Schröder'a*, т. е. 7,5%. *Schwarz* (Leipzig 1886 г.) нашел гонококков у 77 из 617 исследованных им женщин, т. е. в 12,7%. *Krönig* (1897 г.), изучая лохии при нормальном пуэрперии в 496 случаях нашел гонококков в 11%. По *Runge* в 2-х сериях по 40 беременных была обнаружена гоноррея в 1-й серии 25 раз, во 2-й—20. По *Sänger'u* на 1930 гинекологических больных было найдено 230 гонорройных—10%. *Taliev* в клиник В.-Мед. Академии проф. *Лебедева* на 25 больных нашел в 5 случаях гонококков, что составляет 20%. *Львов* исследовал бактериоскопически 150 случаев (130 рожениц и 20 гинекологических свежих больных), причем у 14 рожениц были свежая заболванья гонорреей и у 27 подозрительны. Во всех случаях, по автору: „где были ясные признаки бленнорройного заражения, найденны гонококки. В 89 случаях, где на вид бленнорройного заражение исключалось вполне, гонококки найдены 34 раза, т. е. на 130 случаев в 75-ти были найдены гонококки“. *Steinbüchel* (1892 г.) исследовал 328 беременных женщин и нашел бленнорею в 21,34%, при этом в 6,7% нашел гонококков и клинические признаки гонорреи, в 0,3% гонококков без клинических признаков гонорреи. У детей больных матерей в 4,28% была обнаружена бленнорея глаз. *Carr* (1894 г.) нашел гонококков в 33% у 278 исследованных им за 4 года проституток. *Bumm* (1897 г.) нашел гонококков в 11 случаях при 126 родах. *Van Schaick* (1897 г.) нашел гонококка в волосах и соседних частях влагалища у 67 замужних женщин в 26%.

Что касается частоты заболванья, причиняемых гонококком в послеродовом периоде у самих матерей, то числовые данные разных авторов также значительно разнятся между собою. Так *Krönig*, указавший, что гонококк является причиной послеродовых заболванья, нашел его в 27% из 179 случаев умренного пуэрперального эндометрита. *Williams* (по *Стефенсону*), изучая лохии в 151 случае пуэрперальной лихорадки нашел гонококков только в 5,29%. *Bumm*'ом и другими было отмечено, что лохии представляют из себя благоприятную питательную среду

для развития гонококков; размножение гонококков действительно было констатировано в лохимальном секрете у родильниц. Позднейшими исследователями это наблюдение было подтверждено. То же явление наблюдается, повидимому, и в менструальный период.

Таким образом бактериоскопическими исследованиями отделяемого половых органов у женщин были установлены следующие важные для этиологии офтальмобленнорреи факты, отчасти давно уже отмечаемые клиническими наблюдениями:

1) Возможна наличность гонорройной инфекции без ясного проявления ее клиническими симптомами.

2) Беременность и послеродовой период благоприятствуют обострению гонорройного процесса.

3) Гоноррея у беременных представляется не редким явлением, во всяком случае достаточно частым, чтобы имела постоянная опасность для младенцев заразиться бленнорреей во время родов.

Интересно отметить, что при исследовании беременных были найдены гонококки приблизительно в таком же процентном отношении к числу исследованных, в каком наблюдались заболванья бленнорреей глаз ко всему числу новорожденных в доантисептический период и до применения специальной профилактики глаз у новорожденных, т. е. в среднем в 5, 10, 20%.

Разсматривая вышеприведенные данные о частоте заболванья женщин гонорреей, можно заметить, что она колеблется в довольно значительных пределах, в зависимости, конечно, от материала, подлежащего исследованию, методов, применяемых авторами и проч. обстоятельств. Поэтому было бы неправильно суммировать результаты отдельных наблюдений и делать общий вывод; достаточно констатировать факт.

Исследование матерей, дети которых болели бленнорреей глаз, неоднократно обнаруживало присутствие гонококков в лохиях.

Таким образом бактериологические исследования подтвердили уже давно подмеченную связь между инфекцион-

ными заболеваниями половых органов у матери, одним из признаков которых является *fluor albus, leucorrhea* и пр. и заболеваниями конъюнктивы у детей; подтвердивши в то же время и факт существования латентной инфекции бактериологическими исследованиями подчеркнули несовпадение между наличием гонококковой инфекции у матерей и клиническим проявлением ее в виде лейкорреи, благодаря чему наблюдается несовпадение между наличием лейкорреи у матерей и заболеванием офтальмобленнореей у детей, связь между которыми добивались установить, до открытия *Neisser's*ом гонококка. Такъ *Groenouw* в своемъ обстоятельномъ исследованіи отмѣчаетъ *fluor albus* у $\frac{1}{2}$ тѣхъ матерей, дѣти которыхъ болѣли гонококковой бленнореей и у 45% и тѣхъ матерей, дѣти которыхъ болѣли не гонококковыми бленнореей и конъюнктивитами. Изъ 20-ти матерей, дѣти которыхъ болѣли гонококковой бленнореей и въ дохлѣльномъ секретѣ которыхъ были обнаружены гонококки, только 3 жаловались на боли при мочеиспусканіи, т. е. 15% всѣхъ исследованныхъ, откуда авторъ дѣлаетъ выводъ, что наличиемъ *fluor albus* имѣетъ мало цѣны для сужденія о томъ имѣется ли въ данномъ случаѣ гонококковая инфекция.

Возбудители бленнорреи. Уже вскорѣ послѣ опубликованія работы *Neisser's*а о гонококкѣ, было замѣчено, что не во всѣхъ случаяхъ бленнорреи глазъ можно найти описаннаго имъ диплококка (*Kroner*). Одно время *Bumm* высказалъ мнѣніе, что описанный *Kroner's*омъ негонококковая бленноррея глазъ названы таковыми совсѣмъ несправедливо, такъ какъ, по его мнѣнію, гонококки находятся въ секретѣ каждаго гонорройнаго воспаления слизистыхъ оболочекъ. Позднѣйшими исследованиями фактъ существованія бленнорреи безъ гонококковъ подтвердился. *Schmidt—Rimpler* приводитъ 2 совершенно сходныхъ по клинической картинѣ случая, гдѣ въ одномъ были найдены гонококки, въ другомъ нѣтъ, несмотря на повторныя исследования. Въ первомъ—пораженіе роговицы и гибель глаза. Такимъ образомъ оказалось, что подобно тому какъ лейкоррея у женщинъ можетъ быть различнаго происхожденія, такъ и бленноррея глазъ можетъ вызываться,

кромѣ гонококка, другими микроорганизмами. При оцѣнкѣ исследованийъ, сдѣланныхъ въ этомъ направленіи нужно принять во вниманіе, что терминъ бленноррея глазъ у новорожденныхъ послѣ открытія гонококка долженъ быть нѣсколько измѣнить свое значеніе. *Zade* высказалъ мнѣніе, что современные ему авторы находили небольшой процентъ гонококковыхъ бленнорреей потому, что раньше подразумевали подъ этимъ терминомъ только рѣзко выраженную бленноррею.

До открытія гонококка подъ бленнорреей глазъ у новорожденныхъ подразумевалось заболевание, главнымъ клиническимъ признакомъ котораго было обильное отдѣленіе гноя. *Bumm*, найдя гонококка во всѣхъ исследованныхъ имъ случаяхъ бленнорреи глазъ, повидимому, склоненъ былъ считать таковыми только тѣ заболевания, которыя въ результатъ исследования давали гонококковъ. Послѣ того, какъ были обнаружены такого рода бленнорройныя заболевания глазъ у новорожденныхъ, при которыхъ, несмотря на повторныя исследования, не было обнаружено гонококковъ, хотя клиническая картина вполне соответствовала установившемуся понятію объ офтальмобленноррее, пришлось отмѣчать и такія заболевания, причемъ это дѣлалось, повидимому, не всѣми авторами. Съ другой стороны были опубликованы такіе случаи, гдѣ при клинической картинѣ обыкновеннаго катарра въ отдѣляемомъ конъюнктивы были найдены гонококки. Благодаря этому для постановки діагноза бленнорреи, помимо наличности клинической картины, оказалось необходимымъ и бактериологическое исследование. Отсюда получилось раздѣленіе бленнорреи на 2 большихъ категорій—гонококковая и безгонококковая. У разныхъ авторовъ сообразно вышеупомянутымъ соображеніямъ % офтальмобленнорреей, въ которыхъ были обнаружены гонококки, различенъ. Такъ какъ одни авторы исследовали на содержаніе гонококковъ ясно выраженныя типичныя бленнорреи глазъ, другіе подрядъ всѣ заболевания конъюнктивы съ подраздѣленіями на бленноррею и разныя степени катарра, то поэтому въ нижеприведенномъ матеріалѣ разныхъ авторовъ, производившихъ исследования на гонококковъ отдѣляемого конъюнктивы, замѣтна значительная разница въ результатахъ исслѣ-

дованій. Независимо отъ прочихъ условий различные результаты получались еще и отъ того, производились ли изслѣдованія у акушеровъ въ родильныхъ учрежденіяхъ или у офтальмологовъ въ глазныхъ клиникахъ и амбулаторіяхъ, куда больше обращаются уже съ ясно развитыми и затѣнувшими заболѣваніями. Само собою разумѣется, что методъ изслѣдованія и личный опытъ изслѣдователей также вліяли на результаты, напримеръ, производились ли изслѣдованія бактеріоскопически или на культурахъ, однократно или нѣсколько разъ, въ началѣ заболѣванія или спустя извѣстное время. Впрочемъ *Buntz* утверждалъ, что ему удавалось находить гонококковъ въ еще очень позднихъ стадіяхъ заболѣванія. *Groenouw* считалъ, что бактеріоскопическаго изслѣдованія совершенно достаточно и что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ему не удавалось находить гонококковъ бактеріоскопически, онъ не могъ доказать ихъ и въ культурахъ. Исключая отдѣльныхъ авторовъ, производившихъ изслѣдованія въ единичныхъ случаяхъ, нижеслѣдующіе авторы находили гонококковъ при изслѣдованіи отдѣляемаго конъюнктивы въ указанныхъ для каждаго процентныхъ отношеніяхъ.

	Число случ.	въ кот. най- денъ гоно- коккъ въ числу случаевъ	% ко всему числу случаевъ
Kroner . . . Arch. f. gyn. Bd. 25. 1884. . .	92	63	68,47
Haab . . . Corr. Bl. f. schw. Aerzte 1885 . . .	16	14	87,50
Weeks . . . Med. Rec. July 1886 . . .	17	15	88,23
E. Cohn . . . Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1886 . . .			
Bd. 13 s. 312	21	9	42,86
Widmark . . . Rev. gen. d'ophthal. apr. 1888 . . .	103	64	62,13
Kopffstein . . . Wien. Klin. Woch. 1891 № 5—6 . . .	51	30	58,82
Francisco . . . New York Eye & Ear Infirmary . . .			
Reports Jan. 1895 (no Stephenson's)	40	30	75,00
Grandclément ref. in Centrbl. f. Gyn. 1895 . . .			
p. 930	17	5	29,41
Reyling . . . Amer. Journ. Ophthal. Oct. 1897 . . .	14	10	71,42
Chartres . . . Revue gen. d'ophthal. 1896 p. 168 . . .	100	44	44,00
Gonin . . . Rev. med. de la Suisse Rom. Febr. 20, 1899 . . .	38	22	58,00
Ammon . . . Münch. med. Woch. Bd. II 1901 . . .	100	56	56,00

	Число случ.	%	
	бленнор.	въ кот. най- денъ гоно- коккъ въ числу случаевъ	ко всему числу случаевъ
Groenouw v. Arch. f. Ophthalmol. LII, Ed. 1901 . . .	100	40	40,00
Thomin . . . Thèse de Paris 1901 p. 32 . . .	20	14	70,00
Alt . . . Amer. Jour. ophthalm. Apr. 1901 . . .	17	9	52,94
Haupt . . . Klin. Monatsbl. f. Augenh.-K. 1903 . . .	62	45	72,68
Torres . . . Oftalmia purulenta de los Naci- dos 1904 (no Stephenson'y) . . .	20	—	90,00
Druais . . . Thèse de Paris 1904 . . .	63	24	38,09
Gabrielides . . . Gaz. med. d'Orient Febr. 15, 1905 (no Stephenson'y) . . .	14	—	78,57
Usher & Fra- ser . . . Royal Lond. Oph. Hosp. Report XVI pt. IV 1906 (no Stephe- nson'y) . . .	21 45	— 30	85,71 66,00
Stephenson . . . Ophthal. Neonat. Lond. 1907 . . .	76 50	41 35	53,94 70,00
Всего . . .	171 cn.	106	61,98
v. Hippel . . . Галле . . .	47	4	?
Deutschmann . . . Гамбургъ . . .	35	23	65,71
Kunth . . . Кенигсбергъ . . .	46	15	32,60
Горюханскій . . . Вѣна . . .	154	47	30,52
Morax . . . Paris Ann. de Gyn. 1904. I s. II . . .	38	13	34,21
Elschnig . . . (Вѣна) Prag. med. Woch. 1908 . . .			
Bd. 33 p. 1 . . .	41	21	51,22
" . . . (Прага) . . .	17	14	82,4
Zabel . . . Галле . . .	33	19	57,57
Zade . . . Leipzig . . .	67	43	60
Bartels . . . Münch. Men. Woch. 1910 № 24 . . .	70	38	54

Кромѣ вышеприведенныхъ у *H. Cohn'a* собрано 252 изслѣдованія, гдѣ гонококки были найдены въ 73,01%, а также у *Auge* (1906 г.) въ 165 случ. найдены гонококки 70 разъ, т. е. въ 42,42%. Слѣдующіе изслѣдователи опубликовали случаи бленнорреи глазъ, въ которыхъ находили гонококковъ. *Andrews* (1890 г.)—122 случая. Пукаловъ опубликовалъ леченные имъ посредствомъ ваюмеля 57 случаевъ бленнорреи глазъ, при изслѣдованіи которыхъ онъ находилъ гонококковъ.

По данным Tolda (1911 г.) наблюдалось:

в клиник Schnabel'a	на 216 бленнорей	93 гонококковых	= 43%
" " Chrobak'a	" 159	" 56	" = 35%
" " Pawlik'a	" 107	" 25	" = 22%

Изъ вышеприведенныхъ данныхъ, несмотря на ихъ несравнимость, вслѣдствіе различія въ методахъ изслѣдованія различныхъ авторовъ, видно, что гонококкъ бываетъ причиной бленнорей глазъ, приблизительно въ половинѣ случаевъ. (По подсчету Axenfeld'a на 464 бленнорей найдено гонококковыхъ 273—59%).

Это даетъ новая данныя для объясненія подмѣченного несоотвѣтствія въ соотношеніяхъ между заболѣваніемъ половыхъ органовъ у матерей и бленнореей глазъ у новорожденныхъ. Какъ не каждая бленноррея причиняется гонококкомъ, такъ и не всякія бѣли, какъ извѣстно, имѣютъ специфическій характеръ. Такимъ образомъ заболѣванія бленнореей глазъ у дѣтей, матери которыхъ не страдали гонореей, возможно объяснить такъ, что младенцы получили инфекцію, не специфическаго характера и, слѣдовательно, послѣдняя могла все-таки произойти отъ матери и во время родового акта. Самымъ дѣйствительнымъ подтвержденіемъ этого прежде всего было бы нахожденіе одного и того же возбудителя заболѣванія, способнаго вызвать заболѣваніе, подобно гонококу какъ у матери, такъ и у ребенка и нахожденіе его одновременно у обоихъ. Что касается послѣдняго условія, то оно выполнено по отношенію къ одному только гонококу, хотя патогенность по отношенію, какъ къ конъюнктивѣ, такъ и къ половымъ органамъ доказана и для другихъ, кромѣ гонококковъ микробовъ: стрептококка, дифтеритной палочки и др.

Кромѣ гонококковъ различными авторами, какъ возбудители конъюнктивитовъ были находимы въ отдѣляемой конъюнктивы у новорожденныхъ слѣдующіе микроорганизмы, которые частью были находимы также при заболѣваніяхъ конъюнктивы у взрослыхъ.

Сюда прежде всего относятся такъ называемые грамнегативные, т. е. подобно гонококу, обезцвѣчивающіеся по

Граму диплококки. Первые указанія на присутствіе въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ сходныхъ съ гонококками грамнегативныхъ диплококковъ встрѣчаются у Giffard'a и Martens'a, обстоятельныя сообщенія у Axenfeld'a и Krukenberg'a. Brons специально занимался изслѣдованіемъ грамнегативныхъ диплококковъ. Въ 6-ти случаяхъ конъюнктивиты онъ выдѣлилъ грамнегативныхъ диплококковъ, которые почти на всѣхъ средахъ давали ростъ—на агарѣ въ видѣ желтовато-сѣроватыхъ колоній. Эти микроорганизмы по автору вызываютъ очень незначительную реакцію, такъ что въ препаратъ только въ небольшомъ количествѣ встрѣчаются лейкоциты.

По настоящее время описаны слѣдующіе грамнегативные диплококки (по Axenfeld'y).

1) *Micrococcus albicans amplius* (Bumm); морфологически этотъ микроорганизмъ больше гонококка, растетъ также на желатинѣ при комнатной т°, безъ разжиженія.

2) *Micrococcus albicans tardissimus* морфологически сходенъ съ гонококкомъ, но медленно растетъ, также и на желатинѣ.

3) *Micrococcus subflavus*, растетъ при комнатной т°, даетъ желтоватый налетъ, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ сходенъ съ золотистымъ стафилококкомъ, но не разжижаетъ желатины и не патогененъ.

Въ послѣднее время Nogano (1905 г.) была описана обезцвѣчивающаяся по Граму сарцина.

Lingelsheim'омъ описаны слѣдующіе 6 видовъ грамнегативныхъ диплококковъ:

1) *Diplococcus pharyngis siccus*, многодневныя колоніи котораго образуютъ морщинистую поверхность, обнаруживающую сухость и плотность.

2) *Diplococcus phar. cinereus*. Большія круглыя или овальныя клѣтки. Колоніи—коричнево-буроватыя, трубозернистыя. Получается ростъ на обыкновенномъ агарѣ и желатинѣ.

3) *Diplococcus phar. flavus* I. Круглыя колоніи, просвѣчивающія зеленовато-желтымъ оттѣнкомъ, похожія въ колоніяхъ и мазкахъ на *micrococcus catarrhalis*. Хорошо растетъ и на агарѣ.

4) *Diplococcus phar. flavus* II, похожъ на *micrococcus catarrhalis*, отличается способностью образовывать золотисто-желтый пигментъ на содержащихъ кровь средахъ и на Лёфлеровской.

5) *Diploc. phar. flavus* Ill образует желтоватый пигмент.
 6) Шестой вид образует желтоватые колонии. Бульон мутнеет равномерно без пленки, образуется волокнисто-слизистый осадок. На желатин по уколу образуется рвдкий рост в верхней части. Вызывает брожение в сахарных средах, исключая маннит и галактозу. Abelsdorf-Neumall'овские диплококки образуют молочно бѣлая колонии и хотя медленно разжижают желатину.

Под название *micrococcus catarrhalis* отнесены Pfeiffer'ом группы обезвѣчивающихся по Граму диплококков, которые являются частыми обитателями слизистой оболочки носа, дыхательных путей и часто встречаются в катарральных отдѣлениях упомянутых слизистых оболочек. Морфологически он часто крупнее гонококка. В носовом секретѣ и при бронхитѣ встречается часто и внутриклеточно. В культурах *micrococcus catarrhalis* образует болѣе крупныя формы и тетрады. Болѣе старыя культуры обнаруживают дегенеративныя формы. Обезвѣчивание по Граму равномерное и такое же быстрое, как и гонококка. В противоположность гонококку в культурах получают: болѣе сѣроватая колонии, похожия нѣсколько на замазку консистенции, съ желтоватым, позднѣе коричневатым оттѣнком. Колонии по изслѣдованіям Бронса слегка выдаются в видѣ нароста, не вязкой консистенции. Край больших колоній немного угловатый, выдается в видѣ валика. При слабом увеличеніи колонія образует крупно-зернистое строение. На всѣх питательных средах *microc. catarrhalis* обнаруживает обильный рост также и при t° ниже 20° . По уколу на желатинѣ образует рост в верхней части в видѣ маленьких зернышек. На поверхности образует зазубренную сѣроватую просвѣчивающую пленку. Желатин не разжижает. Штрих на агарѣ сывоточному и на сахарном дает плотную сѣровато-желтоватую блестящую полосу съ валикообразным краемъ. В бульонѣ образуется клочковатый осадок, также и на стѣнѣ. Если бульон стоит совершенно спокойно, то на поверхности образуется пленка иногда в видѣ кольца. На молокѣ хорошій рост безъ свертыванія, образуется щелоч. На сахарных средах вызывает брожение. Индола

не образует. Болѣе гонококка устойчивъ къ холоду и теплу. По истеченіи 60 дней еще дает обильный рост при перебивкахъ. Не патогененъ для кроликовъ и морскихъ свинокъ. *Meningococcus intracellularis* болѣе гонококка и не всегда имѣет такую типическую форму почки какъ гонококк. Быстро и совершенно обезвѣчивается по Граму. Растетъ на сывоточныхъ средахъ, часто на глицериновомъ агарѣ. Образует сѣровато-желтоватой колонии, просвѣчивающія съ перламутровымъ оттѣнкомъ. Консистенція слизистая. Мало устойчивъ по отношенію къ высыханію, почему внѣ человеческого тѣла не долго сохраняется. Ростъ менингококка въ общемъ сильнѣе, чѣмъ гонококка, хотя это свойственно и нѣкоторымъ видамъ гонококка. В бульонѣ дает легкое помутнѣніе со слизистымъ осадкомъ. На сахарныхъ средахъ обильный рост. Не даетъ роста на желатинѣ, при комнатной t° и на картофель. Отъ гонококка отличается реакціей агглютинации со специфической сывоткой (1:1500), на которую гонококкъ даетъ реакцію только 1:10. Что касается патогенности менингококка для конъюнктивы, то Axenfeld, приводя изслѣдованія разныхъ авторовъ на менингококковъ въ конъюнктивѣ при менингитѣ и въ здоровомъ состояніи, приходитъ къ заключенію, что совершенно безошибочныхъ доказательствъ нахождения менингококка на конъюнктивѣ только немного представлено.

Изъ вышеприведеннаго краткаго обзора грамнегативныхъ диплококковъ видно, что кромѣ менингококка, который требуетъ для дифференціального діагноза довольно сложнаго и продолжительнаго наблюденія, всѣ прочіе виды грамнегативныхъ диплококковъ довольно легко отличить отъ гонококка поствомъ на среды. Въ то время какъ гонококкъ растетъ на сывоточныхъ средахъ при 37° и только въ исключительныхъ случаяхъ, при томъ крайне скудно и на прочихъ средахъ, другіе виды грамнегативныхъ диплококковъ даютъ болѣе или менѣе обильный ростъ на обыкновенныхъ средахъ и при комнатной температурѣ. Впрочемъ, Бронсъ высказываетъ мнѣніе, что и микроскопическая картина намаза даетъ возможность различать, имѣется ли дѣло съ гонококками или другими грамнегативными диплококками. Если при

типическомъ бленнорройномъ процессѣ, пишетъ онъ, въ секретѣ находятъ во множествѣ преимущественно внутри клеттокъ расположенныхъ булкообразныхъ грамнегативныхъ диплококковъ, то можно съ большою вѣроятностью поставить діагнозъ гонорреи и считать препаратъ достаточнымъ для выясненія діагноза. Если же въ секретѣ катаррально пораженной конъюнктивы находятъ булкообразныхъ и грамнегативныхъ диплококковъ въ небольшомъ количествѣ и только нѣсколько экземпляровъ, лежащихъ внутриклеточно, а больше въ беспорядкѣ внѣ клетокъ вмѣстѣ съ большимъ количествомъ другихъ микроорганизмовъ, то можно съ увѣренностью считать, что гонококковъ не имѣется, а, вѣроятно имѣется *microc. catarrhalis*. Иначе обстоитъ вопросъ, если имѣется настоящій диффузный катарръ и для діагноза гонорреи нѣтъ данныхъ. Тогда картина можетъ быть настолько неясна, что точный діагнозъ можетъ быть поставленъ только съ помощью культуръ. Для практики, однако же, можно спокойно ставить діагнозъ гонорреи на основаніи одного микроскопическаго препарата отдѣляемаго конъюнктивы. Такое же мнѣніе высказывали по отношенію къ діагностикѣ бленнорреи глазъ *Groenouw*, вообще, гонорреи—*фонъ-Валь* на основаніи обстоятельнаго изученія окраски по Граму и др., причемъ первый даже отдавалъ предпочтеніе простому микроскопическому изслѣдованію отдѣляемаго конъюнктивы предъ культурами, вслѣдствіе того, что послѣднія не всегда удаются. Однако, изслѣдованія другихъ авторовъ показали: во-первыхъ, что гонококки иногда въ большомъ количествѣ встрѣчаются только въ первые дни заболѣванія; уже по истеченіи первой недѣли гонококки могутъ встрѣчаться крайне рѣдко; во-вторыхъ, примѣсь другихъ микробовъ можетъ быть случайной, въ зависимости отъ способа взятія намаза, ухода за глазомъ (антисептическія промыванія) и другихъ причинъ. Такимъ образомъ, дифференціальныя отличія на микроскопическомъ препаратѣ сглаживаются. Большее значеніе, повидимому, имѣть характеръ заболѣванія, который обнаруживается микроскопической картиной препарата въ видѣ большого количества гнойныхъ тѣлецъ.

На основаніи изученія грамнегативныхъ диплококковъ

въ отдѣляемомъ конъюнктивы *Бронсъ* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Настоящая клиническая картина офальмобленнорреи съ типическими грамнегативными диплококками вызывается гонококками.

2) Въ конъюнктивѣ встрѣчаются грамнегативные диплокки, сходные морфологически съ гонококками, такъ что дифференціальныя отличія могутъ быть поставлены только съ помощью культуръ, а не одного микроскопическаго препарата.

3) Большая часть такихъ микробовъ идентична съ *micrococcus catarrhalis*.

4) *Micrococcus catarrhalis*, *meningococcus intracellularis* и *gonococcus* суть разновидности одной группы. Изъ нихъ *microc. catarrhalis* самая устойчивая, а гонококкъ—самая нѣжная разновидность.

Несмотря на принадлежность *microc. catarrhalis* къ одной группѣ съ гонококкомъ, *Axenfeld*, повидимому, не склоненъ считать его патогеннымъ для конъюнктивы. Что *microc. catarrhalis* при бленнорреѣ играетъ роль, пишетъ *Axenfeld*, тому не представлено до сихъ поръ никакихъ доказательствъ. Напротивъ, нельзя исключать, если нельзя и утверждать, что онъ можетъ причинить простой катарръ. *Abelsdorf* и *Neumann* находили *microc. catarrhalis* при послѣоперационномъ конъюнктивитѣ. Доказательныхъ переносовъ и прививокъ *microc. catarrhalis* до сихъ поръ не имѣется. Патогененъ ли онъ и въ какой степени для слизистыхъ оболочекъ, это требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій. Точныя бактериологическія изслѣдованія относительно этого зародыша очень желательны". На основаніи этихъ соображеній *Axenfeld* также думаетъ, что практической діагнозъ гонорреи и въ будущемъ можетъ быть поставленъ на основаніи окрашенныхъ по Граму препаратовъ при клинической картинѣ бленнорреи съ тѣмъ большею вѣроятностью, что очень незначительная возможность встрѣтить менингококка или *microc. catarrhalis* не заслуживаетъ вниманія. Дѣйствительно, какъ уже выше было указано, трудно провести дифференціальныя отличія между гонококкомъ и менингококкомъ, а не *microc. catarrhalis*, который легко можетъ быть

выделить культурами на средах. При легких формах катарров по *Axenfeld'u*, приходится считаться с возможностью нахождения *microc. catarrhalis*, но прежде чѣмъ ставить такой діагнозъ, необходимы изслѣдованія на средахъ. Въ такихъ контрольных изслѣдованіяхъ на средахъ, въ культурахъ, по автору, нуждается, высказываемое нѣкоторыми изслѣдователями (*Groenouw, Meierhof*) мнѣніе, что по излеченіи отъ гонореи на слизистой оболочкѣ остаются гонококки и могутъ произвольно вызвать рецидивъ.

Несомнѣнно, что имѣя въ виду *microc. catarrhalis* всегда приходится относиться съ нѣкоторой долей недоувѣрія къ гонококковымъ конъюнктивитамъ съ какими либо особенностями течения, напримѣръ, слабая форма, быстрое излеченіе и проч., если діагнозъ былъ поставленъ на основаніи микроскопическаго препарата, а не изслѣдованія на культурахъ.

Въ послѣднее время *Lewenstein'омъ* (1908 г.) описаны четыре случая бленнореи у новорожденныхъ гдѣ авторъ выкультировалъ подобныхъ гонококку, но болѣе безвредныхъ *microc. catarrhalis*. Описанія культуръ не приводится.

Кромѣ граммнегативныхъ диплококковъ, какъ возбудители бленнореи новорожденныхъ, описаны пневмококки. Последніе, какъ утверждаютъ многіе, нѣрѣдко находятся въ нормальной конъюнктивѣ. Въ нормальной конъюнктивѣ находили пневмококка *Рымовичъ* 9%. *Heinersdorf* находилъ пневмококка (по *Axenfeld'u*) въ 5%, *Orsten* въ 4%; *Gasparini* будто бы удавалось находить пневмококка въ 80%. Относительно пневмококковаго конъюнктивита у новорожденныхъ всѣ авторы сходятся на томъ, что онъ принимаетъ гораздо болѣе благоприятное теченіе, чѣмъ гонококковый. Тяжелые случаи пневмококковой бленнореи у новорожденныхъ во всякомъ случаѣ очень рѣдки. По наблюденіямъ *Groenouw'a*, начало въ первые дни жизни, на 1-й, 2-й, 3-й и на 5-й день, слѣдовательно одновременно или раньше, чѣмъ гонококковья заболѣванія. Оба глаза заболѣваютъ болѣею частью одновременно. Протекаетъ быстро. Черезъ 6—10 дней наступаетъ выздоровленіе (какъ и у взрослыхъ, по наблюденіямъ *Axenfeld'a*). По *v. Ammon'u* пневмококковая заболѣванія наступаютъ на 3-й—5-й день, излѣчиваются въ 10—16 дней. Клинически пневмокок-

ковое воспаленіе конъюнктивы представляетъ собою картину легкой или средней степени катарра. Отдѣляемое конъюнктивы представляетъ изъ себя желтоватую жидкость, съ нѣсколькими комочками гноя. Настоящаго гноя не бываетъ. Пораженія роговицы не наблюдалось.

Помимо пневмококковыхъ конъюнктивитовъ пневмококки неоднократно были находимы въ конъюнктивѣ у новорожденныхъ при заболѣваніи бленнореей въ преобладающемъ количествѣ или какъ примѣсъ при заболѣваніяхъ, вызванныхъ гонококкомъ.

Какъ причину бленнореи глазъ находили пневмококка. *Groenouw* въ 5 случаяхъ на 100 изслѣдованныхъ имъ заболѣваній, т. е. въ 5%;

v. Ammon—въ 15-ти на 100 случаевъ, т. е. въ 15%;

Gonin—въ 4 случаяхъ на 38—10,52%;

Augé—въ 10 на 165 случаевъ—6%;

Druais—въ 4 на 63 случая—6,34%;

Pollock—въ 2 на 18 случаевъ—11,11%;

Bartels—на 70 изслѣдованій въ 7%.

Druais исчислялъ въ среднемъ частоту пневмококковыхъ конъюнктивитовъ отъ 8%—12%. У другихъ авторовъ пневмококковые конъюнктивиты встрѣчались значительно рѣже. Такъ, *Elschnig* на 41 изслѣдованіе нашелъ пневмококка въ 1 случаѣ, а *Zade* въ 1 случаѣ на 67 изслѣдованій. У нѣкоторыхъ авторовъ пневмококковые конъюнктивиты вовсе не упоминаются.

Пневмобациллъ *Friedländer'a*—довольно рѣдкая находка въ конъюнктивѣ вообще. Вместе съ гонококкомъ при бленнорее у новорожденныхъ пневмобациллъ описанъ у *Groenouw'a*. *Kreserizky* описалъ одинъ случай бленнореи глазъ новорожденного, вызванной пневмобациллою; *v. Ammon*—3 случая на свои 100 изслѣдованій; *Gurflein* въ 4-хъ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ конъюнктивита также нашелъ пневмобацилла.

Конъюнктивиты съ пневмобациллами протекаютъ въ легкой формѣ. Въ началѣ замѣчается поверхностная ложная перепонка. Немного припухаютъ вѣки; бываетъ довольно сильное слизисто-гнойное отдѣленіе. Заболѣваютъ оба глаза.

Осложнений не наблюдалось. Переноса также не наблюдалось. Продолжительность от 1 до 3 недель.

Стрептококк многими авторами описан как возбудитель воспаления на слизистых оболочках половых органов.

Стрептококковый конъюнктивит по *Groenouw*у наступает на 8—14 день в форме легкой бленнорреи с сильным покраснением и припуханием конъюнктивы вѣкъ и переходной складки, с довольно обильным отдѣлением гноя, но безъ припухания вѣкъ. Иногда стрептококковый конъюнктивит обнаруживается в форме сильного катарра, с умеренным припуханием и покраснением конъюнктивы, с отдѣлением не гноя, а желтоватой жидкости или даже в форме легкого катарра. Однако, *Darier* (1895 г.) сообщил одинъ случай стрептококкового конъюнктивита, осложнившегося поражениемъ обихъ роговицы. Стрептококка также находили в небольшомъ числѣ случаевъ и в единичныхъ экземплярахъ, на нормальной конъюнктивѣ. Стрептококки упоминаются у *Рымовича* въ 5% и у *Heinersdorf'a* въ 3%. Стрептококковъ находили болѣею частью в видѣ вторичной инфекции, напримѣръ, при поражении роговицы, в течение гонококковой бленнорреи. *Cramer* упоминаетъ о вторичныхъ стрептококковыхъ инфекціяхъ в течение *argentum-saturni*. Какъ первичный возбудитель заболевания стрептококк описанъ у *Chartres* 8 разъ=8%, 4 разъ въ соединении съ *b. Löffler'a*, у *Groenouw'a* въ 2 случаяхъ на 100=2%, у *Haupt'a* 1 разъ на 62 изслѣдованія=1,7%, у *Elschnig'a* 5 разъ на 41 изслѣдованіе=12,5%. По *Druais* стрептококкъ рѣдко причиняетъ бленноррею глазъ. Авторъ наблюдалъ одинъ случай, гдѣ онъ выделилъ стрептобацилла, который морфологически видоизмѣнялся въ культурахъ, приближаясь къ стрептококку.

Хотя кишечная палочка есть постоянный обитатель нормального кишечника, однако, способность его вызывать воспаление въ тканяхъ животныхъ и чловѣка есть фактъ твердо установленный. Вопросъ, какіе именно виды изъ многочисленной, повидимому, группы кишечной палочки обладаютъ патогенными свойствами и какіе нѣтъ, не подлежитъ рѣшенію

въ данномъ случаѣ. Для этиологіи бленнорреи важно отмѣтить, что кишечная палочка неоднократно была отмѣчена какъ возбудитель воспаления въ мужскихъ и женскихъ половых органахъ и что его довольно часто находили въ отдѣленіяхъ женскихъ половых органовъ, особенно въ послѣ родовомъ періодѣ. Помимо нахождения въ самомъ половомъ трактѣ роженницы, какъ источника инфекции для конъюнктивы, можно думать, что кишечная палочка легко попадаетъ въ глаза новорожденного также непосредственно изъ прямой кишки во время родового акта. Кишечная палочка, какъ возбудитель бленнорреи, описана у *Axenfeld'a* (1898 г.). *Alt* нашелъ кишечную палочку 1 разъ на 17 бленноррей, *Haupt*—1 разъ, *Zade*—1 разъ; *Bietti* и *Zur Nedden* также описали случаи офтальмобленнорреи, вызванные кишечной палочкой. *Groenouw* и *Cramer* вмѣстѣ съ гонококками нѣсколько разъ находили бактерій, похожихъ на кишечную палочку, хотя и отличающихся нѣкоторыми особенностями. *Groenouw* въ 7 случаяхъ находилъ исключительно эту палочку, въ 4—вмѣстѣ съ гонококками. Палочка отличалась отъ кишечной образованиемъ свѣтлыхъ мѣстъ по срединѣ, похожихъ на споры, отсутствиемъ выработокъ индола и образованиемъ газа на сахарныхъ средахъ. Длина палочки 3—5 μ , ширина 0,5—0,8 μ . Молоко она иногда свертываетъ чрезъ 3—4 дня; иногда этого не было обнаружено чрезъ 7—13 дней. На картофель образуетъ слизистый бѣлый налетъ.

Прививка на конъюнктиву у чловѣка (по *Axenfeld'y*) не удавалась. При прививкахъ животнымъ были обнаружены патогенныя свойства. По аналогіи съ другими слизистыми оболочками, для которыхъ кишечная палочка является возбудителемъ катарра, можно думать, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ конъюнктивѣ она находится почти въ чистой культурѣ, она играетъ причинную роль. Переноса заболевания не наблюдалось. Способность вызывать воспаление и нагноение въ глазномъ яблокѣ доказаны. Нѣсколько разъ находили кишечную палочку въ гною при дакриоциститѣ. Колибацилярный конъюнктивитъ протекаетъ сравнительно быстро и доброкачественно.

B. Koch-Weeck'a, найденная какъ возбудитель заболева-

ния и изученная сперва въ конъюнктивѣ у взрослыхъ, нѣ сколько разъ была находима и при бленнорее глазъ у новорожденныхъ. Эта палочка у *Morax* оtmѣчена 1 разъ, у *Chartres* 1 разъ, у *Haupt'a* и *Gonin'a* по 3 раза, у *Pollock'a* 2 раза въ частой культурѣ и 1 разъ съ гонококками.

Diplobacil. Morax-Axenfeld'a также были находимы при офальмобленнорее у новорожденныхъ *Cotomb'омъ* (1899 г.), *Andraed'омъ* (1902 г.) и другими.

Патогенность послѣднихъ двухъ микроорганизмовъ для конъюнктивы челоука настолько установлена и изучена у взрослыхъ, что *Axenfeld* предлагаетъ считать ихъ возбудителями заболѣванія наравнѣ съ гонококками даже въ томъ случаѣ, если они обнаружены на конъюнктивѣ въ небольшомъ количествѣ.

B. influenzae и *pseudoinfluenzae bacillus*, находимые значительно чаще при конъюнктивитахъ у взрослыхъ, описаны въ единичныхъ, болѣею частью, случаяхъ какъ возбудители бленнорреи у новорожденныхъ. У *Haupt'a* описаны 2 случая, у *Druais*—1 случай, у *Auge* на 165 изслѣдованій также 1 случай. *Zur Nedden* описалъ 3 случая бленнорреи (одинъ легкой степени), при изслѣдованіи которыхъ онъ нашелъ эти палочки. Заболѣванія начинались на 2-й, 3-й и 5-й день отъ рожденія, въ видѣ небольшого, усиливавшагося катарра или бленнорреи съ обильнымъ гноетеченіемъ, припуханіемъ вѣкъ и конъюнктивы. Исцѣленіе наступало при леченіи ляписомъ въ теченіе 8 дней. Въ одномъ случаѣ у *Zur Nedden'a*—одностороннее заболѣваніе. У *Haupt'a* въ случаяхъ конъюнктивита, вызванныхъ *B. influenzae*, заболѣваніе протекало въ видѣ обоюдосторонней тяжелой бленнорреи съ отекомъ вѣкъ, съ сильнымъ припуханіемъ конъюнктивы и обильнымъ отдѣленіемъ лимонно-желтаго жидкаго гноя.

Интересно отмѣтить, что *Рымовичъ* (Русскій Арх. Пат., т. XII, 1901 г., стр. 170), изслѣдуя *B. Pfeiffer'a* и *B. Koeh-Weeck'a* нашелъ полную морфологическую и биологическую аналогию между ними. Въ симбіозѣ съ ложнодифтеритной палочкой и бѣлымъ стафилококкомъ палочка, по его же изслѣдованіямъ, развивается лучше (*B. c.*, стр. 190).

B. Kilebs Löffler'a, какъ причина дифтеритическаго вос-

паленія конъюнктивы при случайномъ зараженіи отъ больныхъ дифтеритической ангиной, не составляетъ рѣдкости. Еще до открытія дифтеритной палочки были описаны случаи перепончатого воспаления конъюнктивы. Извѣстны случаи дифтеритическаго воспаления конъюнктивы у новорожденныхъ, подтвержденные бактериологическими изслѣдованіями и описанные *Zweifel'емъ* (1884 г.), *Chartres* (1896 г.). По мнѣнію *Druais*, встрѣчается при бленнорее у новорожденныхъ рѣже, чѣмъ можно судить по статистическимъ даннымъ. Многими авторами, какъ извѣстно, описаны случаи дифтеритическаго воспаления женскаго полового тракта. Возможность дифтеритическаго заболѣванія конъюнктивы представляетъ особый интересъ въ смыслѣ дифференціальной діагностики съ помощью микроскопическаго изслѣдованія въ случаяхъ ложноперепончатого конъюнктивита, вызваннаго другими микроорганизмами и не представляющаго такой опасности, какъ вызванный истинной дифтеритной палочкой.

B. ruosulaceus представляетъ сравнительно рѣдкую находку при офальмобленнорее у новорожденныхъ.

Объ этой палочкѣ упоминается у *Axenfeld'a* въ 2 случаяхъ, *Derby*—1 случай въ смѣси со стафилококкомъ и *B. xerosis*, *Elschnig'a*—1 случай и *Stephenson'a*—1 (1 случай внутриутробнаго заболѣванія бленнорреей). Съ точки зрѣнія этиологии интересно отмѣтить, что *B. ruosulaceus* находили и при лихорадочныхъ пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ.

Одинъ разъ у *Groenouw'a* описанъ случай бленнорреи, гдѣ имъ былъ найденъ микроорганизмъ, сходный съ описаннымъ у *Lehmann'a* и *Neumann'a micrococcus luteus*.

Pichler 2 раза находилъ вмѣстѣ со стрептококками *Soor*. Въ нижеслѣдующей таблицѣ выбраны случаи заболѣваній бленнорреей, вызванные разными, кромѣ гонококковъ, патогенными для конъюнктивы микроорганизмами, иначе встрѣчающимися.

Виды микроорганизмовъ

Авторы	Пневмок.	Пневмоб.	Стрепток.	Киш. пал.	bac. K-Weeck	b. Infl
Groenouw . на 100 сл.	5=5%	—	2=2%	7=7%	—	—
v. Ammon . . . 100	15=15%	3=3%	—	—	—	—
Gonin 38	4=10,52%	—	—	—	3=7,8%	—
Augé 165	10=6%	—	—	—	—	1=0,61%
Druais 63	4=6,34%	—	—	—	—	1=1,6%
Pollock 18	2=11,1%	—	—	—	2=11,1%	—
Bartels 70	7%	—	—	—	—	—
Elschnig 41	1=2,44%	—	5=12,5%	—	—	—
Zade 67	1=1,5%	—	—	1=1,5%	—	—
Haupt 62	—	—	1=1,6%	1=1,6%	3=4,84%	2=3,2%
Alt 17	—	—	—	1=5,88%	—	—
Morax 38	—	—	—	—	1=2,63%	—
Chartres 100	—	—	8=8%	—	—	—

Кромѣ вышеописанныхъ 2-хъ большихъ группъ гонококковыхъ и безгонококковыхъ бленноррей, вызываемыхъ другими патогенными для конъюнктивы микроорганизмами, остальные принято относить къ группѣ такъ называемыхъ безбактерійныхъ бленноррей и конъюнктивитовъ; послѣднимъ принято называть такіа заболѣванія, при которыхъ или совсѣмъ не находится никакихъ микробовъ или находятся такіе же, какъ и на нормальной конъюнктивѣ или наконецъ, такіе микробы, которымъ не приписывается никакого этиологическаго значенія, какъ бѣлый стафилококкъ и ксерозная палочка. Наряду съ катаррами большей или меньшей степени описаны многими авторами также и заболѣванія бленноррейнаго типа, относящіеся къ группѣ безбактерійныхъ.

Если не считать тѣхъ случаевъ, когда изслѣдованію подвергаются конъюнктивиты, гдѣ возбудители заболѣванія исчезли или вслѣдствіе давности заболѣванія, или вслѣдствіе предшествующаго леченія, то относительно безбактерійныхъ конъюнктивитовъ можно сдѣлать, какъ пишетъ *Axenfeld*, два предположенія.

1) Нашими методами изслѣдованія не удастся обнаружить возбудителя заболѣванія.

2) Существуетъ эндогенный раздражитель, который поражаетъ конъюнктиву.

На эндогенныя гонорройныя заболѣванія конъюнктивы впервые обратить вниманіе *Fournier* (1885 г.).

Это тѣ случаи, гдѣ одновременно съ припадками трипернаго ревматизма, наступаетъ болѣею частью обоюдосторонній конъюнктивитъ. Послѣдующими авторами приведенъ рядъ дальнѣйшихъ наблюденій и обращено вниманіе на то, что эта форма встрѣчается преимущественно у взрослыхъ.

Van der Straeten (1891 г.) указалъ на то, что этой формѣ не находится въ секретѣ гонококковъ, чѣмъ она и отличается отъ экзогенной бленнорреи.

Возможно ли объяснить раздраженіе конъюнктивы дѣйствіемъ гонококковаго токсина? Гонококковый токсинъ, выпадаемый каждыя 2 минуты въ конъюнктиву (по *Axenfeld*'у), вызывалъ острое воспаленіе, которое чрезъ сутки исчезало. Подобное дѣйствіе обнаруживалъ и токсинъ стафилококка.

По *Valenta* (1900 г.) при вкапываніи токсина стафилококка, дифтеритной палочки, тифозной и сибиреязвенной не получается раздраженія конъюнктивы. Наоборотъ при введеніи токсина кишечной палочки даже подъ кожу обнаруживаются мѣстныя явленія на конъюнктивѣ.

Въ обществѣ существованіе эндогенныхъ конъюнктивитовъ было подтверждено *Morax*; но послѣдній, однако, утверждаетъ, что бывають случаи съ очень незначительнымъ содержаніемъ гонококковъ въ секретѣ конъюнктивы, когда ихъ можно и не найти въ отдѣляемомъ конъюнктивы. Отсутствіе гонококковъ при изслѣдованіи отдѣляемаго конъюнктивы *Morax* и *Axenfeld* истолковываютъ такъ, что послѣдніе находятся въ сосудахъ, въ ткани конъюнктивы и могутъ вызывать раздраженіе ея безъ того, чтобы появляться на поверхности. Поэтому они считаютъ nepозволительнымъ на основаніи отрицательныхъ результатовъ заключать, что воспаленіе произошло, вслѣдствіе переноса не гонококковъ, а токсина, если этого нельзя исключить съ увѣренностью.

Интересное и достойное вниманія съ принципиальной точки зрѣнія наблюденіе по вопросу, какъ объ эндогенныхъ, такъ и вообще объ гематогенныхъ воспаленіяхъ слизистыхъ оболочекъ имѣется у *Френкеля* и *E. Cohn'a*. Именно, непосредственное втираніе дрожжей кроликамъ въ слизистую обо-

лочку носа и въ конъюнктиву. не вызвало никакой реакции, между тѣмъ, какъ послѣ внутривенной инъекціи регулярно чрезъ 2—3 недѣли наступалъ обоюдосторонній конъюнктивитъ и ринитъ, который нерѣдко принималъ гнойный характеръ. Могутъ ли ксерозная палочка и бѣлый стафилококкъ при извѣстныхъ условіяхъ сдѣлаться болѣе вирулентными и быть причиною воспаления, это вопросъ, повидимому, еще спорный.

Ксерозная палочка и стафилококкъ какъ извѣстно наиболѣе постоянные обитатели конъюнктивы, хотя разные изслѣдователи находили ихъ не одинаково часто.

Ксерозн. п.	Бѣл. стаф.	Золот. стаф.
Рымовичъ	въ 94%	79%
Heinersdorf	83%	11%
Orster	57%	96%

Ксерозная палочка представляетъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ, особый выдѣленный съ конъюнктивы видъ ложнодифтеритной палочки. Не входя въ разсмотрѣніе разныхъ видовъ ложнодифтеритной палочки, ихъ особенностей и мѣстонахожденія, достаточно отмѣтить, что оба вышеупомянутыхъ вида встрѣчаются въ половомъ каналѣ женщины (по *Axenfeld'y*). По *Axenfeld'y* и *Groenouw'y* выдѣленный *Gelpe bac. septatus* также идентиченъ съ *bac. xerosis*. По росту на средахъ различаютъ 2 вида ложнодифтеритной палочки: скудно растущую и болѣе пышно растущую. Что касается патогенныхъ свойствъ, то *Gurfain Doret* (1905 г.) находилъ, что *b. xerosis*, взятый съ воспаленной конъюнктивы, вызываетъ болѣе сильное раздраженіе въ роговицѣ и передней камерѣ кролика, чѣмъ тотъ же микробъ, взятый съ нормальной конъюнктивы. Въ послѣднее время описаны случаи тяжелого гнойнаго воспаления послѣ операций и поврежденій или метастатическаго, гдѣ изъ эксудата была выдѣлена ложнодифтеритная палочка, которая при вспрыскиваніи опять давала воспаление (*Gelpe*).

Относительно стафилококка также имѣются данныя, указывающія на то, что стафилококкъ можетъ играть роль при воспаленіи конъюнктивы. Нахожденіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ негнококкового конъюнктивита большого количе-

ства стафилококковъ въ конъюнктивѣ, повидимому, говорить за то, что они имѣютъ этиологическое значеніе. Въ большомъ количествѣ находили стафилококка (по *Axenfeld'y*) и придавали ему этиологическое значеніе при блефароконъюнктивитахъ, при *conjunctivitis pseudomembranosa* и при такъ называемыхъ фликтенулезныхъ заболѣваніяхъ. Можно ли считать стафилококка возбудителемъ при спорадическихъ доброкачественныхъ конъюнктивитахъ—трудно сказать. Одни стоятъ за это, другіе утверждаютъ, что стафилококки въ такихъ случаяхъ ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ въ нормальной конъюнктивѣ. Сторонники стафилококковыхъ конъюнктивитовъ основываютъ свои заключенія на свойствахъ и особенностяхъ культуръ и токсиновъ различныхъ видовъ стафилококковъ, полученныхъ при разныхъ обстоятельствахъ. *Bardelli* (1899 г.) нашелъ, что стафилококкъ съ гиперэмированной конъюнктивы болѣе вирулентенъ, чѣмъ съ нормальной.

Что токсинъ вирулентнаго золотистаго стафилококка способенъ вызывать довольно сильное раздраженіе это доказали путемъ вкапыванія *Morar* и *Elmassian. Randolph* получить сильное раздраженіе подконъюнктивальными вспрыскиваніями. Однако въ болѣе поздней работѣ (1905) *Morar* высказываетъ мнѣніе, что стафилококковые конъюнктивиты рѣдки и что они болѣею частью развиваются вторично, т. е., если какое нибудь другое раздраженіе подготовляетъ для нихъ почву. Въ такомъ случаѣ они могутъ повысить и затянуть состояніе раздраженія. Подобный взглядъ высказалъ и *Cramer* въ своей статьѣ объ *argentumcatarrh*. Возможно предположить, что тогда имѣется дѣло съ болѣе вирулентными формами.

Опыты съ искусственнымъ вызваніемъ конъюнктивита у животныхъ подтвердили значеніе механическаго раздраженія. *Meyer* вызывалъ конъюнктивитъ у кроликовъ прививкой вирулентнаго золотистаго стафилококка, перевязывая слезносовую каналъ и сшивая вѣки. Эти опыты интересны тѣмъ, что нѣчто подобное получается при врожденномъ зарощеніи слезносового канала у новорожденныхъ, причѣмъ также развивается заболѣваніе сходное съ бленнореей.

Опыты на животныхъ показали также, что при закрытіи конъюнктивальнаго мѣшка и отсутствіи мигательныхъ движе-

ний под повязкой и при зашивании вѣкъ количество микробовъ въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ увеличивается. Это какъ разъ можетъ имѣть мѣсто у новорожденныхъ, которые вообще мало открываютъ глаза въ первые дни жизни. *Cramer* высказалъ взглядъ, что на раздраженной во время родовъ, а потому сдѣлавшейся восприимчивой конъюнктивѣ новорожденныхъ золотистый гноеродный стафилококкъ можетъ оказаться возбудителемъ воспаления. Цитируя *Morax*, которому будто бы не удалось найти на здоровой конъюнктивѣ золотистаго стафилококка, *Groenouw* высказывается за возможность стафилококковыхъ конъюнктивитовъ. Такимъ образомъ, хотя встрѣчающіеся на здоровой конъюнктивѣ стафилококки, повидимому, не вирулентные, однако можно думать, что тамъ, гдѣ они встрѣчаются въ большомъ количествѣ, они становятся вирулентными и при особо располагающихъ обстоятельствахъ могутъ вызвать катарръ конъюнктивы. Перевивки вирулентныхъ кокковъ не могли дать достойнаго вниманія заболѣванія. Почти всѣ изслѣдователи находили нѣсколько случаевъ бленнореи глазъ, въ которыхъ не находили патогенныхъ или даже вовсе никакихъ микробовъ. *Druais* совершенно не признаетъ никакой роли за стафилококкомъ въ происхожденіи бленнореи глазъ у новорожденныхъ на томъ основаніи, что онъ постоянно находится въ нормальномъ конъюнктивальномъ мѣшкѣ, хотя и часто находилъ стафилококка въ своихъ изслѣдованіяхъ отдѣляемаго большой конъюнктивы. Авторъ не находилъ патогенныхъ микробовъ въ 31 случаѣ. Изъ нихъ въ 5 случаяхъ не находилъ микробовъ ни въ мазкѣ, ни въ культурѣ. Въ 18 случаяхъ не обнаружено микробовъ въ мазкѣ. Въ 10 случаяхъ найдена ксерозная палочка въ 2-хъ—стафилококкъ. При изслѣдованіи съ помощью культуръ тѣхъ же 31 случая, въ 6 не получилось роста, въ 9 случаяхъ—ксерозная палочка, въ 12-ти—стафилококкъ въ чистой культурѣ или въ смѣси съ вышеупомянутой палочкой. Происхожденіе офтальміи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ *Druais* не находилъ въ конъюнктивѣ патогенныхъ микробовъ, онъ ставитъ въ зависимость отъ наследственнаго сифилиса.

Другіе изслѣдователи также довольно часто находили стафилококка, какъ единственнаго микроорганизма, находящагося въ больной конъюнктивѣ.

V. Ammon на 100 случаевъ въ 2 нашелъ стафилококковъ.

Elschnig на 41 изслѣдованіе нашелъ въ 3 случаяхъ ксерозную палочку въ 6 стафилококка, въ 1 неопредѣленную имъ палочку и въ двухъ никакихъ микробовъ. На основаніи своихъ изслѣдованій онъ высказывается за патогенность стафилококковъ для конъюнктивы, такъ какъ они быстро исчезали при леченіи. *Zade* на 67 изслѣдованій нашелъ въ 6-ти случаяхъ, золотистаго стафилококка въ чистой культурѣ, 3 раза съ ксерозной палочкой 2 раза грамнегативную палочку, 2 раза ксерозную и въ 9 случаяхъ никакихъ микроорганизмовъ. *Groenouw* на 100 изслѣдованій, въ 8 случаяхъ нашелъ золотистаго стафилококка, въ 40 случаяхъ никакихъ микробовъ. Случаи съ нахожденіемъ стафилококковъ протекали подъ видомъ легкаго или сильнаго катарра; въ двухъ случаяхъ подъ видомъ легкой бленнореи. *Augé* на 165 конъюнктивитовъ у новорожденныхъ нашелъ 77 безбактерійныхъ.

Въ числѣ другихъ причинъ, обуславливающихъ бленнорею приходится еще считаться съ заболѣваніями слезныхъ путей, которые могутъ вызвать заболѣванія конъюнктивы у новорожденныхъ. *Groenouw* такихъ заболѣваній не наблюдалъ, но возможность ихъ допускаетъ. *Saemisch* также указываетъ на врожденную непроходимость слезноносового канала, какъ на возможную причину обнаруженія симптомовъ офтальмо-бленнореи. Выше приведенныхъ литературныхъ справокъ достаточно, чтобы видѣть, во-первыхъ, что количество такъ называемыхъ безбактерійныхъ конъюнктивитовъ довольно велико, во-вторыхъ, что, если даже считать за возбудителей заболѣванія стафилококковъ и ксерозную палочку, то остается еще значительное число случаевъ, гдѣ никакихъ микробовъ доказать не удается (у *Haupta* 12 разъ на 62 изслѣдованія). Какъ уже выше упомянуто, французскіе авторы склонны приписывать появленіе амикробныхъ заболѣваній конъюнктивы врожденному сифилису и золотухѣ. Хотя *Druais* подкрѣпляетъ свое заключеніе въ достаточной мѣрѣ ссылками на клиническія наблюденія, тѣмъ не менѣе вопросъ о происхожденіи амикробныхъ заболѣваній конъюнктивы у новорожденныхъ остается признать открытымъ.

Начало амикробных заболеваний согласно данным вышеупомянутого автора бывает между 2—19 днями. В 19 случаях заболевание было в виде большей или меньшей степени катарра, в 6 случаях легкой, в 1—тяжелой бленнорее. Длительность заболевания—несколько дней, иногда недель. В 6 случаях процесс односторонний, в прочих обоюсторонний. Последнее обстоятельство говорит скорее за легкую, не очень вирулентную инфекцию, чем за причины общего характера.

В последнее время сделано несколько сообщений о нахождении при бленнорее новорожденных так наз. включений *Provaseck'a* и *Halbestädter'a*, которых эти авторы считают образованиями паразитарного происхождения и ставят их в связи с этиологией трахомы. *Neumann* на интернациональном медицинском конгрессе в Будапеште 1909 года, сделал сообщение, что ему также удалось найти хламидозы в 4 случаях, где клинически и бактериологически была установлена гонококковая бленноррея, и высказался, что хламидозы представляют реакцию на гонококковый яд, а не образования паразитарного происхождения. *Provaseck* и *Halbestädter* в 35 случаях свѣжаго перелоу у мужчиу и в 15-ти у женщину, по иху словамъ, не могли констатировать своихъ включений, а въ 5 случаяхъ бленнорреи глазъ, гдѣ не было гонококковъ, нашли включения. Поэтому въ противоположность *Neumann'у* авторы склонны скорее причислять ихъ къ паразитарнымъ образованиямъ.

В диссертации фон-Поппена, которая посвящена вопросу о хламидозахъ, приводится, между прочимъ, интересная точка зрѣнія этиологии бленнорреи глазъ у новорожденныхъ теорія *Herzog'a*. Исходя изъ того соображенія, что большинству авторовъ удалось найти провацевскія тѣльца только при гонорее и трахомѣ проф. *Herzog* пытался установить связь между гонореей и трахомой. Работая съ окраской по *Giemsa* онъ наблюдалъ, что гонококки довольно часто скоплялись у ядра клѣтокъ, образуя кучки въ видѣ шапочки. Дегенерируя и продуцируя меньшія формы, гонококки теряютъ свою типическую форму, окрашиваются въ матово-розово-фіолетовый цвѣтъ и даютъ дѣленія на подобіе гирь (*Involutionsform*).

Между этими формами гонококка и провацевскими тѣльцами *Herzog* пытается установить связь, рассматривая трахоматоза возбудителя, какъ особую стадію въ ростѣ гонококка, измѣняющагося морфологически и биологически и приспособившагося къ новому внутри-клѣточному паразитарному существованію. Буммъ считалъ маленькія формы гонококка за болѣе молодыя, а также за образующіяся вслѣдствіе какихъ-либо неблагоприятныхъ условій для роста. Почему обыкновенный гонококкъ не вызываетъ трахомы, причину этого *Herzog* видитъ въ томъ, что при острыхъ бленнорройныхъ явленіяхъ происходитъ чрезчуръ быстрое слущиваніе эпителия и гонококки не имѣютъ возможности фиксироваться въ клѣткахъ съ тѣмъ, чтобы дать инволюционную форму. Эта теорія легко и просто могла бы объяснять тѣ случаи бленнорреи, неоднократно описанные, въ которыхъ несмотря на типичную клиническую форму не удавалось находить гонококковъ. *Halbestädter* оспариваетъ гипотезу *Herzog'a* и указываетъ, что далеко не во всѣхъ случаяхъ гонококкового конъюнктивита у новорожденныхъ можно найти хламидозы, почему другіе заявляютъ, что гонорройная и хламидозойная формы бленнорреи суть различныя заболевания. Нельзя всѣ окрашивающіеся по *Giemsa* въ красный цвѣтъ зернышки считать хламидозами.

На основаніи своихъ изслѣдованій и литературныхъ данныхъ, фон-Поппенъ не нашелъ возможнымъ считать хламидозовъ за возбудителей бленнорреи глазъ у новорожденныхъ. Авторъ подобно *Neumann'у* находилъ хламидозы не только въ случаяхъ безгонококковой бленнорреи; хламидозы были обнаружены авторомъ при

Blennorrhoea neonat.	gonorr. изъ 8 случ.	5 разъ
	non. gon. изъ 3	2
Conjunctivitis gon. 2	1
	pneumoc. 1	0
	follicularis 15	2

Hofstätter при профилактикѣ софоломъ на 2000 младенцевъ нашелъ 3 гонококковыхъ бленнорреи, 13 безгонококковыхъ съ хламидозами. Инкубационный періодъ для нихъ—5—8 днямъ; въ одномъ случаѣ хламидозы найдены на 2-й день.

Въ виду того, что относительно частоты нахождения хламидозеовъ въ женскихъ половыхъ органахъ не имѣется данныхъ, авторъ не высказывается относительно дѣйствительности профилактики софоломъ по отношенію къ хламидозеамъ, но предполагаетъ на основаніи большаго числа найденныхъ имъ безгонококковыхъ бленноррей, что профилактика противъ хламидозеовъ малодѣйствительна.

Пока еще остается открытымъ вопросъ, представляютъ ли хламидозы образванія паразитарнаго происхожденія, или продуктъ реактивной дѣятельности кѣтокъ, было бы преждевременно учить ихъ какъ этиологическій моментъ въ происхожденіи бленнорреи глазъ у новорожденныхъ.

Изъ приведеннаго выше обзора литературы объ этиологии бленнорреи можно видѣть, что за исключеніемъ небольшого числа случаевъ безбактерійныхъ бленноррей, причиной заболѣванія являются известные патогенные для конъюнктивы ребенка микроорганизмы, которые частью содержатся и въ отдѣляемомъ полового тракта матери, при ея заболѣваніяхъ.

Механизмъ инфекціи. Въ вопросѣ объ этиологии бленнорреи у новорожденныхъ подлежатъ разсмотрѣнію собственно случаи бленнорреи, находящейся въ непосредственной зависимости отъ родовъ. Но такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ невозможно установить произошла ли инфекція въ моментъ родовъ или послѣ нихъ, то при изученіи механизма инфекціи было бы правильно и удобно схематически раздѣлять инфекціи на.

1. Возникающія до родовъ — внутриутробныя инфекціи, результатомъ которыхъ является, такъ называемая, врожденная бленноррея.

2. Возникающія во время родовъ, собственно во время прохожденія головки чрезъ родовую каналъ, результатомъ которыхъ принято считать бленнорреи, клинически обозначаемыя подъ названіемъ раннихъ инфекцій.

3. Инфекціи, имѣющія мѣсто послѣ рожденія плода, въ результатъ которыхъ получаютъ заболѣванія, начинающіяся спустя первые дни по рожденіи, и клинически обозначаемыя названіемъ позднихъ инфекцій или бленноррей.

Последнюю категорію теоретически можно раздѣлять на инфекціи, происходящія отъ матери чрезъ лохіяльныя отдѣленіе, для которыхъ было бы доказательно нахожденіе гонококковъ въ отдѣленіяхъ матери и на инфекціи отъ другихъ больныхъ, что, повидимому, часто имѣло мѣсто въ до-антисептической періодъ, когда въ родильныхъ домахъ и учрежденіяхъ для подкидышей развивались настоящія эпидеміи бленнорройныхъ заболѣваній глазъ у новорожденныхъ.

На практикѣ такое раздѣленіе на 3 группы, конечно, не всегда осуществимо, такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ невозможно указать источникъ инфекціи, да это и не имѣетъ такого значенія, какъ раздѣленіе инфекцій 1-й и 2-хъ послѣднихъ группъ. Только условно возможно отнесеніе къ 3-й группѣ тѣхъ заболѣваній, которыя начинаются спустя столько дней послѣ рожденія, во сколько приблизительно протекаетъ инкубаціонный періодъ гонорреи. На этомъ основаніи и принято раздѣлять раннія и позднія бленнорреи.

Stephenson раздѣляетъ послѣднюю группу на 2 отдѣла: инфекцію, происходящую почти непосредственно послѣ родовъ (вторичную А) и спустя одинъ или нѣсколько дней послѣ родовъ (вторичную В). Помимо трудности такого раздѣленія на практикѣ, такъ какъ трудно установить произошла ли инфекція только нѣсколько часовъ спустя послѣ родовъ или черезъ сутки, было бы правильнѣе въ интересахъ ученія о профилактикѣ бленнорреи отнести „вторичную А“ инфекцію ко 2-й группѣ, т. е. къ инфекціямъ, происходящимъ во время родовъ, такъ какъ въ смыслѣ профилактики безразлично — пошло ли заразное начало въ конъюнктиву въ моментъ соприкосновенія головки со стѣнками влагалища гестр. съ влагалищнымъ секретомъ или уже послѣ рожденія плода, вслѣдствіе мигательныхъ движеній, — съ вѣкъ или отъ какихъ-либо производящихся въ это время манипуляцій.

Внутриутробная (врожденная) бленноррея. Фактъ существованія врожденныхъ бленноррей, т. е. такихъ заболѣваній, которыя имѣютъ начало еще до рожденія плода является собственно самымъ достовѣрнымъ доказательствомъ зависимости бленнорреи у новорожденныхъ отъ

заболеваний женских половых органов во время родов. Случаи врожденной бленнорреи глаз были описаны еще до открытия гонококка, хотя подлинность таких заболеваний подлежить сомнению, вследствие отсутствия доказательных данных, частью за недостатком обстоятельных описаний, главным образом за отсутствием бактериологических исследований. По *Haussmann*'у первым о врожденной бленноррее глаз писал *Riverius* (1656 г.) Далее *Demours* (1818 г.) упоминает о наблюдавшемся припухании век немедленно после родов, хотя и не приводит описания случая. *Hilsenberg* сообщает в 1834 году, что офтальмия новорожденных у некоторых младенцев была обнаружена уже спустя несколько часов после родов. Подобное наблюдали *lungmann* в Пражском родильном учреждении в 1838 году на 330 случ. 4 раза и *Luithen* в Штутгарте на 69 случаев 16 раз. *Werdmüller* в своем руководстве (Цюрих, 1849 г., стр. 63) упоминает, что иногда дети появляются на свет с офтальмией новорожденных и ставит это в зависимость от заболевания матери сифилисом. По врачебным отчетам Вейскаго приюта для подкидышей за 1856—1866 годы из 112.502 младенцев болело бленнорреей 3.996; из них на 1-й день обнаружилась бленноррея у 60—1,5% на второй день у 132—3,2% и на 3-й день 152—3%, причем 3 раза было обнаружено поражение роговицы на 2-й день, 3 раза на 3-й день и 2 раза на четвертый. У одного ребенка была констатировано врожденное разрушение роговой оболочки с выпадением радужной. У *Queirel's* (1890 г.) приведены 16 достоверных случаев врожденной бленнорреи глаз у новорожденных. У *Stephenson'a* приведено 71 таких же случая из литературы и 19 случаев, наблюдавшихся им самим. Мною добавлено к ним еще 7 достоверных случаев из литературы именно *Kermauner'a*, *Seefeldner'a*, *Bergmeister'a*, *Holsbach'a*, *Hannes'a*, *Hofstätter'a* и *Korn'a*. Один наблюдался в Императорском Клиническом Повивально-Гинекологическом Институте. Всего, следовательно, 114 случаев. Однако число подтвержденных бактериологическим исследованием случаев невелико, всего 30. В значительном большинстве случаев, не под-

твержденных бактериологическим исследованием, клиническая картина с начала заболевания и дальнейшее течение дают возможность с большою вероятностью считать их за случаи, если не гонококковой, то какой-либо другой инфекционной бленнорреи внутриутробного происхождения. Бактериологическое исследование случаев врожденной бленнорреи глаз обнаружило, что последняя также не всегда вызывается гонококками. В исследованных бактериологически 19 случаях *Stephenson'a* были найдены гонококки 10 раз—52,63%, пневмоки 2—10,53%, кишечная палочка 1—5,26%, синегнойная палочка 1—5,26%, отрицательные результаты 5 раз—26,32%. В одном случае, где бактериологическое исследование дало отрицательный результат, отмечено помутнение роговицы и в результате *Staphyloma*. Младенец перенес, между прочим, легкую септическую инфекцию. В гной абсцесса у него гонококков также не было обнаружено.

Каким образом происходит заражение внутри матки до сих пор еще нельзя считать твердо и определенно установленным. Внутриутробная инфекция может происходить через плодные воды непосредственно и через кровяное русло. Возможность перехода палочек (туберкулезных) и кокков (стафило- и стрептококков) от матери к плоду указана некоторыми авторами. Наличие гоноэмии (попадания гонококков в кровь) также установлена как у взрослых, так и у новорожденных (*Hamm* 1908 г.). Правда, повидимому, такие твердо установленные бактериологическим исследованием факты очень редки. *Hamm* нашел 2 бактериологически исследованных случая на 25 сообщений в литературе. Можно ли отсюда делать вывод о внутриутробной инфекции конъюнктивы через кровь—сомнительно. Напрашивается вопрос, представляется ли это необходимым и нельзя ли объяснить происхождение внутриутробных заболеваний инфекцией через плодные воды, что было бы гораздо проще. Для решения этого вопроса важно было бы установить, что инфекция имеет возможность поступать в плодные воды напр. через разрыв оболочек именно за столько времени до рождения плода, сколько требует инкубационный период для гонококковых

и других заболеваний. Так как внутриутробная не гонококковая инфекция отмечена только в единичных случаях, а инкубационный период для них не установлен определенно, то материалом, на основании которого позволительно делать какие либо положительные выводы могли служить только случаи врожденной гонококковой бленнореи глаз, установленной бактериологическим исследованием.

Поступление инфекции в полость матки может совершаться двояко: 1) чрез неповрежденную плодную оболочку, что требует доказательств и 2) чрез преждевременный разрыв оболочек.

Против происхождения инфекции последним путем высказывались многие авторы. В наблюдавшемся *Armaignac* случае внутриутробной бленнореей пузырь был порван акушеркой за $\frac{3}{4}$ часа до родов. Ребенок родился с ясно выраженной бленнореей глаз и вульвитом, что было констатировано 2-мя врачами. Роговица обоих глаз казалась белой как будто мацерированной. На 10-й день было констатировано автором прободение роговицы на обоих глазах.

Основываясь на исследованиях *Kraus'a*, который у 2 страдавших лейкореей женщин 8 раз находил гонококков в маточной шейке, далее на исследованиях *Bar'a Zung'a*, *Maisenes* и друг., которые испытывали амнион на проницаемость для химических растворов, а также на часто описываемых случаях метастатических гонорейных артритов при заболевании бленнореей, *Armaignac* полагает, что инфекция при специфическом метрите происходит путем прямого перехода гонококков из матки чрез лимфатические и кровеносные пути, причем микробы могут попадать в амниотический мешок каким либо путем эндосмоза.

Еще *Kühne* доказывал экспериментально, что животная перепонка проницаема для бактерий.

В эtiологическом отношении интересен случай *Korn'a*. У беременной послѣ 33 часовой родовой деятельности (20 часов в родильном залѣ) пузырь прорвался за 5 минут до родов; извлечен 1-й плод и немедленно, послѣ искусственного разрыва пузыря, был извлечен 2-й. У первого уже

через 5 часов послѣ родовъ была констатирована гонорея и через 16 часовъ въ секретѣ гонококки; у второго бленнорея констатирована на 3-й день. Судя по времени, протекаемъ отъ момента родовъ до начала заболевания, которое приблизительно равняется инкубационному периоду для гонореи, можно думать, что въ первомъ случаѣ инфекция имѣла мѣсто до родовъ еще во время пребывания плода въ пузырь, а во второмъ случаѣ во время прохождения головки черезъ родовые пути.

Для рѣшенія вопроса, попадаютъ ли микробы въ плодную воду черезъ разрывъ или чрезъ неповрежденныя оболочки, интересно выяснитъ, можно ли во всѣхъ случаяхъ врожденной бленнореи инфекцію водѣ объяснять первымъ путемъ или нѣтъ, т. е. во всѣхъ ли случаяхъ время отъ разрыва пузыря до рождения плода достаточно для инкубационнаго периода. Мною выбраны и въ одной таблицѣ ниже приведены всѣ несомнѣнные случаи врожденной гонококковой бленнореи, подтвержденные бактериологическимъ исследованиемъ, найденные въ доступной мнѣ литературѣ. Въ другой таблицѣ приведены случаи негонококковыхъ врожденныхъ бленнорей, а также такихъ, относительно которыхъ у авторовъ не упоминается, было ли произведено бактериологическое исследование, но которыя были достаточно обследованы съ указаніемъ времени, протекашаго отъ разрыва пузыря до рождения плода.

Относительно инкубационнаго периода для развитія бленнореи *Bumt* на Мюнхенскомъ съѣздѣ (1886 г.) высказался за то, что обнаруженіе клиническихъ явленій инфекции можно ожидать уже черезъ 12 часовъ. Поэтому въ нижеслѣдующемъ случаѣ врожденной офтальмобленнореи распределены на 2 большія группы по продолжительности периода отъ разрыва пузыря до рождения плода; на случаи, гдѣ этотъ періодъ продолжался до 12 часовъ и на случаи, гдѣ онъ продолжался свыше 12 часовъ.

Всего 27 (считая двойни 28) случаевъ врожденной офтальмобленнореи, при исследованіи которыхъ въ отдѣляемомъ

Случаи врожденных

гонококковых заболеваний

Авторъ.	Источники.	Время от разрыва пузыря до рождения плода.	Особенности родовъ.	Плодь.	Состояние глаза.	Течение бленноррей.	Отмѣтки о матери.	Примѣчания.
1	Quei-rel	Leçons de Clinique Obstet-rique 1902	30 м.	Роды 8 ч. 30 м.	2.100 гр.	Бленноррея во время родовъ.	Тяжелое, дифтереоиднаго типа, безъ поражѣнія ро-говицы.	Найдены гонококки во влагалищномъ секретѣ
2	"	"	31 ч. 10 м.	Прикр. плаценты въ ниж. сегментѣ	2.350 гр.	Бленноррея во время родовъ.	Улучшеніе на 10-й день	M. 30 лѣтъ IV para
3	Korn	Arch. v. Gyn. 1887 Bd. 31, s. 240	5 мин.	Прод. 33 час.	—	Черезъ 5 час. замѣч. бленноррея, черезъ 6 найдены гонок.	—	—
4	Krönig	Centralbl. f. Gyn. 1894	4 дня	Прод. 29 час.	—	Обоюдостор. бленноррея тотчасъ послѣ родовъ съ помутнѣніемъ роговицы.	—	Мать страдала гонорреей
5	Krucken-berg	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1882 s. 456	45 1/2 ч.	2-е зат. предлж.	2.150 гр.—не доношенъ	Припухание вѣкъ, помутнѣніе правой роговицы, отдѣленіе не гнойное	На 10 день тоже самое	Гнойная отдѣл. изъ влаг. за 8 нед. до родовъ содержавшая гонококковъ
6	Keller	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1882 s. 456	30 1/2 час.	1-е зат. предлж.	—	Сперва одинъ глазъ пораженъ, затѣмъ другой; отдѣленія не гнойныя	8 дней спустя обоюдостор. бленноррея съ уменьш. отдѣленіями.	Primipara
7	Feiss	Centralbl. f. Gyn. 1892 № 12	24 час.	1 1/2 карболов. душъ	2.270 гр.—не составл. донош., до 47,5	Припухание обѣихъ вѣкъ; серозные выдѣленія. Роговицы не поражены	Исцѣленіе въ 6 недѣль. Роговицы не повреждены	XII para. Зеленоватое желтоватая выдѣленія изъ влагалища
8	Fers	Centralbl. f. pract. Augenh.-K. 1893 s. 557	54 час.	Продолжит. роды	—	Ясно выраженная бленноррея	—	Multipara; Leucorrhoea
9	Парышевъ	"Врачъ" 1892 л. № 47 стр. 1186	болѣе 3 дн.	—	Недоношенъ 1.900 гр. умеръ на 5-й день	Рѣзко выраженная бленноррея	На 2-й день помутнѣніе обѣихъ роговицъ.	У матери никакихъ указаний на гонноррею
10	Liroff	Recueil d'Ophthalmologie 1901 p. 705	6 м.; 2-го разрыва не обнаружено	Norma	—	Бленноррея замѣчена тотчасъ послѣ родовъ	—	Гонококки во влагалищ. секретѣ матери
11	Strzeminsky	Ibidem	Нѣсколько минутъ; 2-го разрыва не обнаружено	Роды 13 час. 1-е зат. полож.	Доношенные хорошо развитой	Вѣки припухшія. Черезъ 4 час. серозно-гнойная выдѣленія, легкое помутнѣніе лѣв. рогов.	Обильное гнойное выдѣленіе; роговицы не повреждены, исцѣленіе черезъ 3 недѣли	Multipara; Leucorrhoea; въ выдѣленіяхъ гонококки
12	Morax	Ann. de Gyn. 1904 p. 327	48 час.	—	—	Обильный секретъ изъ обѣихъ глазъ	Благопріят.	—
13	"	Ibidem	—	Norma	—	Поражены оба глаза	Благопріят.	VII para
14	Nance	Ophthalmie Record March 1907 p. 141	1 1/2 час.	Легкіе и непродолж. роды	Реб. цианотичный	Припухание вѣкъ, истеченіе гноя изъ одного глаза	Благопріят.	I para

Авторы.	Источники.	Время от разрыва пузыря до рождения плода.	Особенности родов.	Плод.
15 Stephenson	Ophthalmia neonat. 1907	3 дня	Роды ночью	Желтуха
16 "	"	20 час.	Продолж. 26½ ч.	"
17 "	"	—	Прод. роды 24 ч.	"
18 "	"	—	Роды 14½ час.	"
19 "	"	12 час.	Двойни	"
20 "	"	15½ час.	Прод. 21½ час.	"
21 "	"	1½ час.	Мать не испытывалась до родов	Хорошо упитанный
22 "	"	6 час.	Прод. род. 13½ ч. испытывалась не больше 30 мин. до родов	8 мбс. довольно слабы, сифилит.
23 "	"	1 час.	Продолж. 5 час.	"
24 Kermauner	Beitr. zur Geb. u. Gyn. Bd. 12 s. 153 1908	4 ут.	Исследование за 82 час. до родов	"
25 Seefelder	Deut. Med. Wochenschr. 1908, 34,2 s. 1233	.3 дня	—	"
26 Holzbach	Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1908, 27 s. 96	3 дня	Неоднократно испытывалась	"
27 Бубличенко	"	92 час.	Исследовалась нбск. раз	2.600 гр.
28 Hoffstätter	Gyn. Rundschau 1911 3. II s. 1	"	4 раза исплд. в клиник	3.380 гр. 53 снт.

Состояние глаз.	Течение бленнорреи.	Отметка о матери	Примечания.
Утром: желтоватая выделенная, помутненные роговицы. Небольшой дескерт эпителиа на левой рог.	Гнойная бленноррея средней степени. Наблюдение 9 дней	—	
Пораж. прав. глаза; левый на 10-й день	Гнойная бленноррея; наблюд. 3 нед.; роговицы не поражены	II para	
Пораж. лѣв. глаза; правый чрезъ неделю	Ободокостор. бленноррея; набл. мѣсяцъ, роговица не поражена	Multipara	
—	Наблюд. 3 нед.; тяжелая бленноррея съ поражениемъ роговицы	—	
Заболѣв. въ теченіе 10 час. послѣ родовъ. Наблюд. 7 дней	1. Безъ пораж. роговицъ. 2. Помутненіе лѣв. роговицы	—	
8 или 9 час. послѣ родовъ отбѣчено воспаленіе и секретъ изъ обоихъ глазъ	Средней степени бленноррея безъ поражения роговицы	—	
Пораженіе лѣваго глаза замѣн. тотчасъ послѣ род., праваго на 3-й день	Наблюд. 22 дня, бленноррея средней степени безъ пораж. роговицы	—	
Воспаленіе и слизистогнойное отд. во время родовъ	—	—	
Заболѣваніе замѣчено во время родовъ	Бленноррея средней степени безъ пораж. роговицы	Multipara	
Ясно выраженная офтальмо-бленноррея	Ulcus corneae	Во влагалищ. секретѣ найдены гонококки	
Ясно выраженная бленноррея съ помутненіемъ роговицы	—	—	
Небольшое отдѣл. гной; помутненіе одной роговицы и изъязвленіе другой	—	—	
Припуханіе вѣкъ, отдѣленіе желтовато-бѣлов. гноя	Тяжелая бленноррея	Въ отдѣленіи влагалища матери найдены гонококки	
Отечные и припухшія вѣки, обильная преишущ. серозная отдѣл.	Безъ поражения роговицы	I para; шипцы; послѣдств. периодъ лихорадочный	

Случаи врожденных заболеваний без указания на

нахождение гонококков в отделяемом конъюнктивы.

Авторы.	Источники.	Время от разрыва пузыря до рождения плода.	Плод и роды.	Состояние глаз при рождении	Течение бленнореи.	Примечание о матери.
1 Queirel	Leçons de Clin. Obstetr 1902	30 мин.	2.900 гр., роды 9 1/2 час.	Гноетечение изъ обоихъ глазъ	Излеченіе въ 10 дней	22 г. III para
2 "	"	3 дня	2.900 гр.; прирѣпленіе плаценты въ нижнемъ сегментѣ	Характерные признаки бленнореи глазъ	Симптомы усиливались до 3 дня и исчезли на 11-й день	25 л. IV para
3 "	"	Тотчасъ предъ рожденіемъ плода (искусств. разрывъ)	1.950 гр. (7-ми мѣс.)	Бленнорея съ ложными пленками	Излеченіе въ 8 дней	20 л. I para
4 "	"	За 36 час.	2.700 гр.	Родился съ бленнореей глазъ	Излеченіе въ 4 дня	22 г. I para
5 "	"	1 1/2 часа.	3.330 гр.	Глаза воспалены, гноетечение	Продолжалась 5 дней	30 л. III para; вагинитъ; уретритъ
6 Haussmann	Die Bindehautinfection d. Neugebor. 1882	Не преждевременный разрывъ	Роды 5 час.	Отечность и припуханіе К—вы	Исчезла въ нѣсколько дней	Multi para; бѣли
7 Magnus	Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1887	3 дня	Недоношенный 3—4 недѣли	Бленнорея, помутненіе и инфильтрація обоихъ роговицъ, язвъ нѣтъ	Изъявленіе роговицъ, рубцеваніе, глазное яблоко сохранилось	—
8 H. Woods	Journ. of Eye, Ear a Throat Dis Jan. 1898	1 1/2 часа	Роды 16 час.; р. часто изслѣдовалась студентами	Припуханіе вѣкъ, гноетечение; опалесценція одной роговицы	Потеря зрѣнія	I para 18 л. бѣли; въ лохияхъ гонококки
9 Reymond	Thèse de Paris 1898	Преждевременный разрывъ	Роды 4 ч., 2.900 гр. недоношенный	Ободосторонняя бленнорея	Заболѣваніе оставалось и на 9-й день	I para
10 "	"	Преждевременный разрывъ пузыря	Роды 9 час. 25 мин.; 2.380 гр., недоношенный	Ободосторонняя бленнорея	Полное излеченіе	VII para
11 H. Friedenwald	Med. News 1895 r. p. 257	2 1/4 часа	Роды 2 дня, вкпываніе 2%	Гноетечение 1 ч., спустя послѣ родовъ	Легкія помутненія обоихъ роговицъ на 28 день	—
12 Eareckson	Med. News 1895	15 час.	Лицевое предлежаніе	Припуханіе вѣкъ; слизистогнойная выдѣленія.	Б. вышла изъ наблюденія на 5-й день	Multi para
13 Durisay и Valenci	Centrallbl. f. Gyn Dec. 10 1898	Преждевременный разрывъ	—	Поражены оба глаза	Ребенокъ погибъ отъ стрептококковой инфекціи	Colpitis granulosa; позже-маститъ
14 Chavanne	Soc. b. Obstetr. de Paris 1898 ref. in Rev. gén. d'Ophtalm. 1899	3 дня	Недоношенный 7 1/2 мѣс.	Отечность вѣкъ, серозное отдѣленіе на роговицахъ опалесценція	—	Гнойная бѣли

Авторы.	Источники.	Время от разрыва пузыря до рождения плода.	Плоды и роды.
15 Bellouard	Thèse de Paris 1892	Пузырь цѣль за 8 час. до родовъ	Многократное изслѣдованіе студентами
16	"	19 час.	Рож. часто изслѣдовалась
17 Guilbaud	"	60 час.	—
18 Dianoux	"	2 дня	—
19 Окинчицъ	Русск. Мед. Вѣсти. 1900 № 17	1 нед.	—
20 Armaignac	Annal d'ocul. 1902 p. 241	$\frac{3}{4}$ часа (пузырь порванъ акушеркой)	1.786 гр. гнойный вульвитъ
21 Thomin	Thèse de Paris 1901	Задолго до родовъ	—
22	"	"	—
23	"	"	—
24	"	"	—
25	"	"	—
26	"	"	—
27 Wintersteiner	Wien. Klin. Wochenschr. 1904 sep. 15	1 день	—
28 R. Ford	The Ophthalmoscop oct. 1906	40 мин.	—
29 "	The Ophthalmoscop May 1904	10 мин.	Двойни
30	"	1 часъ (искусств. разрывъ)	—
31 Robinson	The Ophthalmoscop June 1907	15 мин.	—
32	"	1 $\frac{1}{4}$ час.	—
33 Stephenson	Ophthalmia Neonat. 1907.	Воды отошли тогда же предъ рождениемъ	Роды 10 час.
34	"	$\frac{1}{2}$ часа	Роды 3 час.; частое изслѣдованіе
35	"	70 мин.	Роды 8 час. изслѣдованія не было
36	"	34 мин.	Роды 10 час.
37 Neumann	Wien. Klin. Wochenschr. 1907 20. s. 158	2 сутокъ	Щипцы

Состояніе глазъ при рожденіи.	Течение бленнорреи	Примѣчаніе о матери.
Склеиваніе и припуханіе вѣкъ; позднее гнойныя отдѣленія	Быстрое выздоровленіе	II пара, бѣли
Припуханіе вѣкъ; позднее, спустя 3 дня много отдѣленія	—	I пара, вагинитъ
Припуханіе вѣкъ, гноетеченіе	Выздоровленіе	Обильныя бѣли
Припуханіе вѣкъ, на слѣдующій день гноетеченіе	Поврежденіе одной роговицы	Вагинитъ
Бленноррея.	—	—
Припуханіе вѣкъ, роговицы мацерированы	Изъявленіе и перфорация роговицы	(Предшущія дѣти не страдали бленнорреей)
Бленноррея	—	—
"	—	—
"	—	—
"	—	—
"	—	—
Острая типичная бленноррея	Излеченіе черезъ 2 недѣли	—
Желтоват. отдѣл. изъ 1 глаза, приѣмънъ методъ Среде	3 мѣс. спустя помутнѣніе обоихъ роговицъ	2-й ребенокъ здоровъ
Припуханіе вѣкъ	—	—
Припуханіе верхняго вѣка	Выздоровленіе	I пара 21 года
Припуханіе вѣкъ; 8 час. спустя желтоватая выдѣленія	—	I пара 20 лѣтъ
Лѣвый глазъ воспаленъ; гноетеченіе	—	—
Припуханіе вѣкъ, истеченіе жидкихъ, желтоватыхъ (не гнойныхъ) отдѣленій, хемозъ	—	IV пара
Гиперемія праваго глаза, увеличенная секретія	Благопріятное, въ намазѣ пневмококки	—
Припуханіе верхняго вѣка, жидкія сукровичныя отдѣленія	Благопріятное, въ намазѣ b. ruosclaneus	—
Вленноррея съ помутнѣніемъ роговицы	Перфорация роговицы	—

обнаружены гонококки. Изъ нихъ относительно 25 случаевъ имѣются данныя за сколько времени до рожденія плода констатировано нарушение цѣлости пузыря. Распределение случаевъ по длинѣ этого періода показало слѣдующее.

	Мѣнѣ 6 час. протекло отъ разрыва плоднаго пузыря до рожденія плода	въ 7 сл.	28
	Отъ 6 до 12 час.	1	4
	Всего	въ 8 .	32
	Отъ 12 до 24	въ 3	12
	24 - 48	5	20
	Дольше 2 сутокъ	9	36
	Всего	въ 17 .	68

Распределение случаевъ, относительно которыхъ имѣются данныя, за сколько времени до рожденія плода констатированъ разрывъ пузыря, но не имѣется указаній на бактериологическое изслѣдованіе или послѣднее дало отрицательные результаты, видно изъ нижеслѣдующаго:

	Мѣнѣ 6 час. прошло отъ разрыва пузыря до рожденія плода	въ 21 сл.	42
	Отъ 6 до 12 час.	2	4
	Всего	въ 23 .	46
	Отъ 12 до 24 час.	въ 5 сл.	10
	24 - 48	6	12
	Свыше 48 час.	17	36
	Всего	въ 27 сл.	54

Въ 2 случаяхъ отмѣчено, что воды отошли преждевременно или задолго до родовъ, въ одномъ случаѣ воды отошли не преждевременно и въ другомъ пузырь былъ цѣлъ за 8 часовъ до родовъ. Такимъ образомъ, если для инкубационнаго періода, который по предположеніямъ, высказаннымъ еще *Haussmann* о мѣстѣ внутри матки, вслѣдствіе повышенной тѣп-лоты долженъ протекать быстрее, принять за минимумъ 12 часовъ,

то получимъ, что изъ случаевъ врожденной бленнорреи 2-й группы, т. е. не подтвержденныхъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ, немного мѣнѣ половины не удовлетворяютъ этому требованію. Для этихъ случаевъ приходится или механизмъ инфекціи объяснить прониканіемъ микробовъ черезъ оболочки яйца или предположить, что, по крайней мѣрѣ, часть этихъ случаевъ въ дѣйствительности не была инфекционной бленнорреей. Сомнительными въ такомъ смыслѣ можно считать №№ 4, 5 и 6-й, въ которыхъ заболѣваніе продолжалось 4—5 дней и пожалуй №№ 1, 2, 3, 15, 16 и 28, всего 9 случаевъ, что составляетъ 18% всѣхъ бленноррей и 36% числа тѣхъ бленноррей, относительно которыхъ не установленъ съ достовѣрностью гонококковый характеръ.

Что касается первой группы несомнѣнной гонококковой бленнорреи, то изъ нея видно, что въ значительномъ большинствѣ случаевъ инфекция попадаетъ, повидимому, черезъ плодныя воды, вслѣдствіе преждевременнаго разрыва оболочки, такимъ образомъ, что гонококки или сами попадаютъ туда или заносятся пальцами изслѣдующихъ лицъ. Трудно поддаются такому объясненію 1) тѣ случаи, гдѣ роды произошли вскорѣ послѣ произвольнаго или искусственнаго разрыва пузыря чрезъ нѣсколько часовъ или даже минутъ, а также 2) тѣ случаи, въ которыхъ несмотря на то, что прошло достаточно для инкубационнаго періода времени отъ разрыва пузыря до рожденія плода, младенецъ являлся на свѣтъ уже съ болѣе или мѣнѣ выраженнымъ пораженіемъ роговицы, для чего требуется уже болѣе продолжительный періодъ (заболѣванія роговицы по *Saemisch'y* наступаютъ между 5 и 14 днемъ).

Для объясненія первыхъ случаевъ принято многими авторами, которые сами такіе случаи наблюдали, считать, что инфекция можетъ проникать чрезъ какой-нибудь небольшой высоко проницаемый разрывъ, который не былъ и не могъ быть обнаруженъ во время родовъ.

Lehmann на основаніи своихъ изслѣдованій надъ родами, при которыхъ изливаются воды съ запахомъ, высказываетъ мнѣніе, что инфекция плодныхъ водъ всегда бываетъ вслѣдствіе разрыва пузыря. Разбирая 59 случаевъ такихъ родовъ

Lehmann нашла, что изъ лихорадившихъ во время родовъ и послѣродоваго періода — у 22 легко лихорадившихъ средняя продолжительность родовъ послѣ разрыва пузыря 36 часовъ, у 8 тяжело лихорадившихъ 38 часовъ. Изъ лихорадившихъ въ послѣродовомъ періодѣ — у 9-ти легко лихорадившихъ продолжительность этого періода въ среднемъ = 26 часамъ, у 3-хъ тяжело лихорадившихъ = 94 часамъ и у 8 лихорадившихъ во время родовъ = 51 часу. Изъ 3-хъ случаевъ вовсе не лихорадившихъ въ одномъ воды отошли за $\frac{3}{4}$ часа до родовъ, въ другомъ за 38 часовъ и въ 3-мъ (абортъ 6 мѣс.) за 3 недѣли. Авторъ думаетъ, что при кажущейся цѣлости пузыря обнаруженіе воды съ запахомъ можетъ быть объяснено незамѣчаемыми преждевременными, высоко лежащими разрывами пузыря. Въ этомъ отношеніи интересенъ случай *Korn'a* — роды двойнями, гдѣ первый младенецъ, плодный пузырь котораго разорвался произвольно будто бы за 5 минутъ до родовъ заболѣлъ врожденной бленнорреей, а 2-й ребенокъ, плодный пузырь котораго былъ порванъ искусственно за болѣлъ бленнорреей только на 3-й день. Разъ воды инфицированы существуетъ особенное предрасположеніе глаза къ воспріятію бленнорроинаго яда, какъ думаетъ *Seefelder*, вслѣдствіе нарушенія цѣлости поверхностныхъ слоевъ эпителия благодаря мацерации. *Bockelmann* неоднократно находилъ помутнѣнія роговицы у мертворожденныхъ, долго пролежавшихъ въ маткѣ съ разлагающимися водами. 3 раза случалось наблюдать это у живыхъ дѣтей, находившихся въ подобныхъ условіяхъ. Помутнѣнія, повидимому, поверхностныя, по автору, скоро проходятъ, однако замѣтны еще на 3-й день. Авторъ считаетъ эти помутнѣнія за продуктъ мацерации. Микроскопическое изслѣдованіе ничего характернаго не обнаружило. Кромѣ того, *Mayer* указалъ на то, что дѣти гонорройныхъ матерей развиваются вообще гораздо хуже и болѣе подвержены воздѣйствію всякихъ вредностей въ первые дни жизни.

Такимъ образомъ случаи 2-го рода, т. е. тѣ, когда рождаются младенцы уже съ имѣющимися пораженіями роговицы могутъ быть объяснены или такъ, что помутнѣнія роговицы, наблюдающіяся у бленнорройныхъ дѣтей во время родовъ, не есть специфическій процессъ, а продуктъ мацерации или,

что деструктивные процессы при болѣе высокой температурѣ внутри матки и у дѣтей гонорройныхъ матерей совершаются быстрее, чѣмъ послѣ родовъ у здоровыхъ матерей. Во всякомъ случаѣ можно принять за достовѣрное, что большинство врожденныхъ заболѣваній бленнорреей глазъ происходитъ отъ инфекции черезъ плодные воды, вслѣдствіе преждевременнаго разрыва пузыря.

Переходя къ этиологіи заболѣваній, начало которыхъ относится къ послѣднему моменту родовъ и далѣе къ первымъ днямъ жизни, приходится отмѣтить, что для раздѣленія инфекции, происходящей во время родовъ, первичной, отъ инфекции, происходящей спустя нѣкоторое время послѣ родовъ вторичной не имѣется точныхъ данныхъ и потому основанное на этомъ раздѣленіе бленноррей на раннія и позднія въ сущности произвольно и какъ выше упомянуто было основано на соображеніяхъ наиболѣе часто наблюдающейся продолжительности инкубационнаго періода при гонорройныхъ заболѣваніяхъ, соотвѣтственно которому, т. е. приблизительно на 4-й день и наблюдается также наибольшее число заболѣваній бленнорреей глазъ. На счетъ вторичной инфекции можно пожалуй безъ ошибки отнести волну подъема числа заболѣваній спустя 8—10 дней отъ родовъ. Число такихъ вторичныхъ заболѣваній особенно было велико въ до-антисептической періодъ. Такъ, напримеръ, разсматривая таблицу распредѣленія бленноррей по началу заболѣванія въ Вѣнскомъ приютѣ для подкидышей, можно видѣть, что наибольшее число заболѣваній суть позднія бленнорреи, т. е. результатъ вторичной инфекции, отъ больныхъ младенцевъ; эти заболѣванія въ прежнее время нѣрѣдко принимали эпидемическій характеръ и очень затрудняли рѣшеніе вопроса, происходитъ ли инфекция во время родовъ и чрезъ влагалищный секретъ, или другими путями.

Начало заболѣванія.	1856	1857	1853	1859	1860	1861
На 1-й день . .	1	—	5	7	4	—
„ 2 „ . . .	2	6	2	5	3	3
„ 3 „ . . .	2	2	9	12	5	5
„ 4 „ . . .	4	4	15	8	6	6

Начало	Г	О	Д	Ы.	
заболевания.	1856	1857	1858	1859	1860 1861
Въ 5-й день.	12	5	15	14	4 17
6	8	10	7	9	16 10
7	13	12	14	11	94 15
8	17	18	137	159	212 61
9	80	80	205	212	41 197
10	103	91	43	37	76 138
Отъ 10—20 дн.	103	123	80	78	16 114 *)
21—30 "	6	11	14	9	9 9 **)
Позднѣе	2	8	2	7	— 7

Изъ этой таблицы видно, что кромѣ волны подъема приблизительно на 4—5 день, наблюдается другая волна подъема на 8—9 и 10-й день, соответственно предполагаемымъ вторичнымъ инфекціямъ внѣ родовъ. Между тѣмъ, въ смыслѣ профилактики какъ для предупрежденія заболеваний, такъ и для оцѣнки отдѣльныхъ методовъ предупрежденія возможность точно отдѣлять оба вида инфекцій имѣла бы громадное значение. Судя по отсутствию вторичной волны подъема въ данныхъ анти- и асептического періода можно думать, что число вторичныхъ инфекцій за это время значительно меньше, а потому и профилактика во время родовъ стоитъ на первомъ мѣстѣ. *Köstlin* высказалъ даже предположеніе, что такъ называемая поздняя инфекція, можетъ быть, есть проявленіе особенностей энергіи роста микробовъ, когда инкубационный періодъ оказывается болѣе продолжительнымъ и на основаніи еще другихъ соображеній предлагаетъ не раздѣлять бленнорей на раннія и позднія. Такъ какъ профилактика позднихъ заболеванийъ носить общій характеръ профилактики инфекционныхъ заболеванийъ, то вторичная инфекція собственно не входитъ въ ученіе о специальной профилактикѣ, и съ нею приходится имѣть дѣло постольку, по скольку она имѣетъ отношеніе къ послѣдней.

Изученію специальной профилактики подлежатъ механизмы той инфекціи, которая наступаетъ во время родовъ или въ ближайшіе моменты послѣ родового періода и кото-

рая собственно интересуеъ акушеровъ. Съ тѣхъ поръ какъ началось изученіе бленнорей глазъ у новорожденныхъ намѣчались 2 направленія. Одни (*Stellwag*, *Hausmann*, *Schirmer* и др.) считали, что инфекція во время прохожденія головки чрезъ родовой каналъ попадаетъ только на вѣки и уже оттуда послѣ рожденія плода въ конъюнктивальный мѣшокъ попадаетъ при миганіи, во время купанья и проч. Другіе (*Hiller* (1871 г.) *Crede*, *Saemisch*, *Druais* и пр. держались того мнѣнія, что влагалищный секретъ уже во время прохожденія головки чрезъ родовые пути попадаетъ на глазную щель, а затѣмъ при дальнѣйшемъ теченіи родовъ вѣки, соприкасаясь при прохожденіи головки черезъ родовой каналъ со стѣнками послѣдняго могутъ подвергаться смѣщеніямъ, благодаря которымъ получается возможность секрету проникать въ глазную щель и въ конъюнктивальный мѣшокъ. *Hausmann* также соглашался съ тѣмъ, что это возможно при ненормальныхъ положеніяхъ плода, благоприятствующихъ прониканію инфекціи въ глазную щель. Изъ такого представленія о механизмѣ инфекціи естественно вытекаетъ заключеніе, что, чѣмъ долѣе находятся глаза ребенка въ соприкосновеніи съ влагалищнымъ секретомъ, тѣмъ вѣроятнѣе становится возможность инфекціи содержащимися въ родовомъ каналѣ микробами. Исслѣдованія *Crede* надъ продолжительностью изгнанія у матерей, дѣти которыхъ болѣли бленнореей говорятъ въ пользу этого. Данные *Hecker*'а не подтверждаютъ. Априорныя соображенія не даютъ возможности предполагать точную зависимость частоты заболеванийъ бленнореей отъ продолжительности періода изгнанія. Во-первыхъ, въ большинствѣ случаевъ инфицирующей секретъ находится въ соприкосновеніи съ глазами плода не во весь періодъ изгнанія, а только съ момента разрыва пузыря. Слѣдовательно, скорѣй можно предполагать зависимость частоты заболеванийъ отъ преждевременнаго разрыва плоднаго пузыря. Во-вторыхъ, по механизму инфекціи, въ такомъ видѣ какъ его представляютъ себѣ сторонники того взгляда, что инфекція происходитъ еще до прорѣзыванія головки, представляются двѣ возможности: 1) самостоятельное прониканіе инфекціи въ глазную щель или 2) прониканіе вслѣдствіе вдавленія, сдвиганія вѣкъ и пр.

*) Въ среднемъ на каждый день 9 заболеванийъ въ 1 годъ.

**) Въ среднемъ на каждый день забол. въ 1 годъ.

механических моментов. В первом случае, вполне возможно, что, чем дольше глаза плода находятся в соприкосновении с инфицирующим секретом, тем больше шансов на инфекцию конъюнктивы. Во втором случае, главное значение принадлежит количеству и качеству механических причин, величине и положению плода, особенностям родового тракта в обширном смысле слова, изгоняющих сил и проч. Во всяком случае шансы на инфекцию не всегда идут параллельно с удлинением периода ли изгнания или времени от излития воды до рождения плода и с накоплением механических моментов благоприятствующих инфекции. Возможность инфекции внутри матки как будто говорить в пользу того, что инфекция может попадать в конъюнктиву еще до прорезывания головки. Но у нас не имеется достаточно данных, чтобы судить о том, попадает ли инфекция в конъюнктиву при заражении плодных вод самостоятельно во вследствие диффузии или прорастания и самостоятельного передвижения микробов в глазную щель, или просто вследствие произвольного раскрытия глазной щели, подобно глотательным и сосательным движениям. Если допустить первое для редкой внутриутробной инфекции, то приходится сделать это и для обычной инфекции во время родов, хотя нужно иметь в виду, что время от разрыва пузыря до изгнания плода обычно исчисляется минутами, и часами, в исключительных случаях сутками, следовательно условия внутриутробной инфекции, когда инфицирующее начало сутками находится в соприкосновении с глазами плода, значительно разнятся от тех, которые имеют место при обычных родах для обычной инфекции во время прохождения головки через родовый канал, когда соприкосновение головки со стенками влагалища и с влагалищным секретом исчисляется минутами и часами.

Таким образом внутриутробная заболеваемость бленнореей несомненно доказывают собственно только возможность восходящей инфекции внутри матки через неповрежденные ли оболочки или по разрыву пузыря через инфекцию околоплодной жидкости. Опровергают ли случаи внутриутробной бленнореи как то думает *Druais* тот взгляд,

что инфекция помещается первоначально на краю века и только вторично по рождении плода попадает в слизистую оболочку конъюнктивы, вряд ли это можно утверждать с достоверностью.

Schürmer считает едва ли возможной инфекцию глаз внутри вагины, так как после прорезывания головки веки остаются закрытыми и сверх того благодаря сыровидной смазке, которая закупоривает глазную щель образуется естественная защита против проникания в глаз инфекции в жидкой субстанции.

Случаи внутриутробной инфекции не совсем противоречат вышесказанному мнению, так как при продолжительном пребывании плода в зараженных водах условия значительно изменяются. С другой стороны в подтверждение того взгляда, что уже в период изгнания происходит внедрение инфекции в конъюнктивальный мешок приводятся случаи родов с выворотом века. На основании своих 2 случаев рождения младенцев с эктропионом века *Cramer* пытался выяснить механизм происхождения, как эктропиона, так и возможного раскрытия века в течение родов, той легкостью с какой можно сделать эктропион у младенцев и пришел к заключению, что раскрытие века во время прорезывания головки вполне возможно, в противоположность *Hausmann*'у и *Keilmann*'у, которые нормально этого не допускают. Как на благоприятный момент для проникания влагалищного секрета в конъюнктивальный мешок указывают на отклонения от нормальных родов и значение плотной промывки, благодаря которой происходит механическое отдаление нижнего века (*Köstlin*).

Если не имеется положительных и определенных данных относительно механизма инфекции, то констатирование наличности инфекции в первые моменты после родов в конъюнктивальном мешке или только на поверхности конъюнктивы имело бы громадное значение не только для выяснения механизма инфекции, но и способа наиболее рациональной профилактики. Сторонники того взгляда, что инфекция помещается первоначально на краю века и только вторично по рождении плода попадает в конъюнктивальный

мѣшокъ, считали достаточнымъ для профилактики дезинфекцію родовыхъ путей и механическое удаленіе секрета съ поверхности вѣкъ, по возможности немедленно послѣ прорѣзанія головки. Сторонники того взгляда, что инфекция попадаетъ въ конъюнктиву уже во время прохожденія головки чрезъ родовые пути, естественно пришли къ мысли о специальной дезинфекціи конъюнктивы. Между тѣмъ, почему первые считали достаточной механическую очистку вѣкъ, а не дезинфекцію, и почему вторые посвящали исключительное вниманіе только дезинфекціи конъюнктивы и игнорировали вѣки, для этого не представлено почти никакихъ положительныхъ данныхъ и вопросъ остается открытымъ. Относительно наличности микробовъ въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ тотчасъ по рожденіи имѣется очень немного и противорѣчивыхъ данныхъ.

Такъ по изслѣдованіямъ *Waltahrd'a* въ 30 случаяхъ *Cramer'a* въ 10 случаяхъ, *Koblank'a* въ 20 случаяхъ конъюнктивна новорожденныхъ, оказалась стерильной. *Sikes*, изслѣдуя 20 новорожденныхъ нашелъ конъюнктиву стерильной только въ 15 случаяхъ, т. е. въ 75%.

Само собою разумѣется, что отрицательные результаты при изслѣдованіи конъюнктивы на содержаніе микробовъ не даютъ еще права дѣлать положительные выводы о стерильности конъюнктивы новорожденныхъ въ первые моменты жизни, даже при болѣе совершенныхъ методахъ изслѣдованія, чѣмъ предложенные до сихъ поръ. Но положительные находки дали бы право болѣе солидно обосновать какъ ученіе о механизмѣ инфекции, такъ и вытекающіе изъ этого ученія методы профилактики.

Благопріятные и неблагопріятные моменты для инфекции конъюнктивы у новорожденныхъ. Сравнительно съ большимъ количествомъ заболѣваний гонореей половыхъ органовъ, число заболѣваний глазъ у взрослыхъ приходится признать сравнительно рѣдкимъ (*Axenfeld*). Также пораженіе глазъ рѣдко остается одностороннимъ, несмотря на то что предупредительныя мѣры не принимаются.

У новорожденныхъ послѣднее наблюдается рѣже и заболѣванія сравнительно чаще. Слѣдующія обстоятельства могутъ помѣшать развитію заболѣванія. Гонорройный секретъ можетъ терять свою заразительность благодаря тому, что прежде чѣмъ достигнуть конъюнктивы, онъ претерпѣваетъ охлажденіе, разжиженіе или высыханіе (*Piringer*). Впрочемъ уже *Bumt* высказалъ мнѣніе, что для зараженія достаточно самого незначительнаго количества секрета и что разжиженіе какъ будто даже благопріятствуетъ инфекціи. Далѣе возможно, что сравнительная рѣдкость заболѣванія бленнореей происходитъ оттого, что заразное начало быстро смывается слезами въ носовую полость, что оно теряетъ свою вирулентность, благодаря послѣднимъ, такъ какъ слезы представляютъ дурную питательную среду для гонококковъ, наконецъ, что существуетъ извѣстный иммунитетъ. Что касается перваго момента, т. е. смыванія слезами, то на него имѣются прямые указанія въ опытахъ *von-Genderen'a*; послѣдній дѣлалъ перевязку слезно-носового канала и чрезъ нѣсколько дней замѣчалъ, что даже черезъ 1 часъ послѣ введенія бактерий въ конъюнктиву въ ней находилось значительно большее число бактерий, которые безъ этого уже черезъ нѣсколько минутъ по введеніи значительно уменьшались въ количествѣ. *Bach* (по дисс. Лобанова) тоже мигательнымъ движеніемъ вѣкъ придавалъ большое значеніе въ дѣлѣ освобожденія конъюнктивы отъ введенныхъ въ ея полость бактерий.

Для опредѣленія антисептического дѣйствія слезъ *Bernheim* производилъ опыты со слезами въ пробиркѣ, куда вводились различные микробы; изъ нея чрезъ извѣстные промежутки бралась часть слезъ и засѣвалась на питательныя среды для исчисленія колоній. Результаты: золотистый стафилококкъ, посѣянный въ большомъ количествѣ не уменьшается въ числѣ колоній, посѣянный въ среднемъ количествѣ, уменьшается, въ маломъ—совсѣмъ исчезаетъ. То же самое наблюдалось приблизительно и съ *b. subtilis*. *Bach* также занимался изученіемъ дезинфицирующаго дѣйствія слезъ, собираемыхъ имъ у разныхъ больныхъ, а также искусственно приготовляемыхъ, и получилъ подобные же результаты. *Ahlstrott*, изслѣдуя слезы изъ свища слезной железы не обнару-

жить бактерицидного действия слезы в опытах с золотистым стафилококком и наоборот значительное бактерицидное действие слезы от больного фликтенулезным кератитом. Исследовав слезы на бактерицидность путем определения в них алексинов и иммунизинов, Рымович отмечает присутствие таковых.

Неблагоприятный для инфекции момент — слезоотделение выпадает у новорожденных. По Гундобину („Особенности детского возраста“, СПб., 1894), согласно исследованиям Кирштейна у детей слезоотделение наступает только во второй половине 2-го месяца. Исследуя микроскопически слезную железу, он пришел к выводу, что слезная железа у новорожденных находится еще в период роста и развития, в состоянии зародышевом. *Axenfeld* опровергает мнение Кирштейна о зародышевом характере железы и находит, что она, судя по ее строению, уже способна к функции и, если слезы не наблюдаются у детей раннего возраста, то это зависит от недостатка центральных импульсов. В общем большинство, повидому, согласно в том, что слезоотделение у детей раннего возраста не наблюдается. По нашим наблюдениям в этом замечаются индивидуальные различия. Небольшое слезоотделение, наступало довольно часто при раздражении конъюнктивы; у некоторых детей замечено было ясное отделение слезы особенно при беспокойстве и плаче, что согласуется с мнением *Axenfeld'a*.

В смысле восприимчивости слизистой оболочки к гонорройной инфекции наблюдаются большие индивидуальные колебания. Известен случай, когда *Kalt* для излечения рубцов после трахомы пытался привить гонорройный секрет и не имел успеха (*Axenfeld*).

Благоприятным для инфекции моментом со стороны плода, подмеченным уже давно, является состояние конъюнктивы у новорожденных.

Строение конъюнктивы в детском возрасте иное, чем у взрослых. В диссертации Лобанова приводятся положения Федорова, который находит, что конъюнктивя зародышевой и новорожденных не имеет аденоидного строения и не содержит лимфатических фолликулов. Поэтому клиническое

течение и исход некоторых бактериальных болезней конъюнктивы, напр., бленнорреи у детей отличается от таковой у взрослых. *Schmidt-Rimpler* также подтверждает особенности гистологического строения детской конъюнктивы, особенно незначительное развитие аденоидной ткани. Этими особенностями он объясняет почему на незначительные раздражения конъюнктивы новорожденных отвечает резкой гиперемией, катарральным воспалением и в то же время мало подвержена дифтерии и трахоме, а также тот факт, что на различные инфекции, как гонококковую, так и других патогенных микробов, отвечает одинаковой реакцией, клинически выражающейся в виде бленнорреи. Гиперемия и набухлость конъюнктивы во время родов представляет, повидому, благоприятные условия для заражения. Что состояние конъюнктивы имеет значение в смысле инфекции это косвенно подтверждается опытами на животных, с раздражением или повреждением конъюнктивы. Некоторые держатся даже того мнения, что конъюнктивит вызывается бактериями лишь в том случае, когда имеются дефекты и ссадины эпителия (по Лобанову); как раз у новорожденных отмечается усиленная десквамация эпителия конъюнктивы, отмечаемая еще *Chretien'ом* (1877 г.) и на других местах.

Возможно, что благоприятным условием для заражения конъюнктивы у новорожденных является и то обстоятельство, что они первые дни по рождении очень мало открывают глаза, следовательно, у них получаются благоприятные условия для развития микробов, теплота, отсутствие света, механического удаления микробов и пр. Опыты на животных, по крайней мере, показали, что под повязкой и при зашивании века, число микробов в конъюнктиве увеличивается (*Marthen, Morax, Bach*). По *Foote* утром в конъюнктиве нормального человека содержится зародышей больше, чем вечером.

Кроме вышесказанного, благоприятствующими инфекцией моментами *Seguin'ом* приведены физиологически повышенная деятельность всех функций в первые дни жизни, рельеф лица в смысле большей или меньшей степени легкого попадания инфекции в конъюнктивальный мешок в

зависимости от анатомических особенностей лица, заболевания кожи (особенно слизистых оболочек специфического характера, напр., гонорройный вульвагинит и стоматит) и гонорройное поражение наружного слухового прохода—*Stephenson*), как непосредственно источник инфекции путем прямого переноса. Путь плода может иметь значение в том отношении, что мужского пола плоды, как более крупные, могут затягивать роды. По *Hausmann*'у, изучившему материал Петербургского, Вѣнскаго и Пражскаго родильныхъ приютовъ, за 19 лѣтъ мальчики чаще болѣли бленнорреей, чѣмъ дѣвочки, за 2 года — одинаково, а за 2 года дѣвочки чаще. Материалъ *Crédé* соответствовалъ этому: болѣло 179 мальчиковъ и 139 дѣвочекъ. По материалу *Hecker*'а мальчиковъ болѣло 210, дѣвочекъ 220.

Врожденная слабость, особенно недоношенныхъ дѣтей отмѣчается уже давно какъ предрасполагающій моментъ для инфекции; на 116 бленнорреей *Dequevauwiller* насчитывалъ 26 заболеванийъ у слабыхъ дѣтей, *Allmann* (1846 г.) на 70 у 39 слабыхъ дѣтей. Далѣе *Crédé* отмѣчаетъ гиперемію конъюнктивы съ небольшимъ отдѣленіемъ у слабыхъ младенцевъ, несмотря на что, онъ все-таки рекомендуетъ примѣненіе своего метода. *Cramer* также отмѣчалъ это явленіе и утверждаетъ, что у такихъ дѣтей вкапываніе по *Crédé* вызываетъ особенно сильную реакцію.

Конституціональные заболевания, какъ золотуха, сифилисъ, также давно отмѣчались какъ предрасполагающіе моменты, особенно послѣдній. По *Druais*, такъ называемая безбактеріальная бленноррея наблюдается у дѣтей съ врожденнымъ сифилисомъ. Взгляды прежнихъ авторовъ на вліяніе разныхъ физическихъ агентовъ, какъ холода, жары, свѣта и пр. уже были упомянуты раньше, какъ имѣющіе теперь только историческій интересъ.

Относительно распредѣленія заболеванийъ по временамъ года, на что обращалось вниманіе, прежними авторами, у *Hecker*'а имѣются слѣдующія данныя на основаніи матеріала многихъ родильныхъ учрежденій, которыя не даютъ права дѣлать какіе либо опредѣленные выводы.

Мѣсяцы	Число родовъ	Число бленнорреей	% отношеніе къ числу болѣн.
Январь . . .	1.683	48	2,8
Февраль . . .	1.662	39	2,3
Мартъ . . .	1.752	56	3,2
Апрѣль . . .	1.615	36	2,2
Май . . .	1.676	38	2,3
Іюнь . . .	1.479	31	2,1
Іюль . . .	1.395	35	2,5
Августъ . . .	1.303	25	1,9
Сентябрь . . .	1.293	26	1,9
Октябрь . . .	1.490	41	2,8
Ноябрь . . .	1.423	24	1,7
Декабрь . . .	1.559	31	1,9

Можно думать, что для такого распредѣленія имѣется слишкомъ много приходящихъ вліяній, чтобы не могла затухать наклонность заболеванийъ бленнорреей увеличиваться въ извѣстныя времена года, если даже такая имѣется.

Переходя къ разбору предрасполагающихъ для заболевания бленнорреей моментовъ со стороны матери, приходится прежде всего отмѣтить тѣ моменты, которые удлинляютъ соприкосновеніе глазъ съ инфицирующимъ секретомъ матери. Это наступаетъ обычно уже послѣ разрыва пузыря, слѣдовательно, въ сущности, большее значеніе, какъ уже было указано выше, имѣетъ продолжительность періода отъ разрыва пузыря до рожденія плода, чѣмъ продолжительность родовъ вообще и періодъ изгнанія въ частности. По матеріалу *Crédé* заболевания распредѣлялись по продолжительности періода изгнанія такъ:

Періодъ изгнанія въ час.	1/4	1/2	3/4	1	2	3	4	5	6	свыше
Число заболеванийъ . . .	62	59	26	46	38	20	16	9	4	22
% отношеніе . . .	20,4	19,1	8,5	15,5	12,2	6,6	5,3	3,0	1,3	7,5

„Если понимать подъ замедленными періодами изгнанія, когда отъ раскрытія маточнаго зѣва до изгнанія плода прошло не менѣе часа“, пишетъ *Crédé*, „то по таблицѣ болѣе, чѣмъ у половины случаевъ періодъ изгнанія былъ замедленъ“.

Въ матеріалѣ *Hecker*'а заболевания по періоду изгнанія распредѣлялись такъ:

дались, за то случаи поздней инфекции стали чаще. Это авторъ объясняетъ, какъ и *Hirschberg* тѣмъ, что большинство новорожденных послѣ вкапыванія лѣписа получаетъ легкій катарръ со слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ, который даетъ поводъ матерямъ при уходѣ за младенцамъ притрагиваться пальцами къ глазамъ и переносить на конъюнктиву гонорейную инфекцію.

Клиническая картина бленнорреи.

Не претендуя на обстоятельное изображеніе клинической картины бленнорреи глазъ у новорожденныхъ, тѣмъ не менѣе для болѣе яснаго представленія о сущности заболѣваній, подлежащихъ профилактикѣ и въ видахъ оцѣнки различныхъ профилактическихъ методовъ я считалъ необходимымъ сдѣлать хотя схематическій обзоръ главныхъ формъ бленнорреи, ея симптомовъ и теченія, такъ какъ подъ терминомъ "бленноррея глазъ новорожденныхъ", какъ выше уже было упомянуто, въ разныя времена подразумѣвалось не одно и тоже понятіе. Въ виду того, что обстоятельныя описанія клинической картины офтальмобленнорреи имѣются во всѣхъ руководствахъ по глазнымъ болѣзнямъ, въ нижеслѣдующемъ будутъ хотя бы вкратцѣ приведены особенности клиническаго теченія бленнорреи глазъ, которая могутъ дать возможность видѣлить формы бленнорреи, подлежащія профилактикѣ.

По *Saemisch'u* подъ названіемъ *conjunctivitis blennorrhoeica* обозначается такая воспалительная форма заболѣванія, при которой съ рѣзко инъецированной, инфильтрированной и обнаруживающей ясно выраженное припуханіе сосочковъ конъюнктивы отдѣляется чисто гнойный или преимущественно гнойный секретъ. Схематически симптомы бленнорреи по *Druais* и *Saemisch'u* обнаруживаются въ такомъ видѣ. Бленноррея обнаруживается легкимъ припуханіемъ и краснотой вѣкъ, склеиваніемъ ихъ при пробужденіи. Глазная щель раскрывается только немного и скоро совсѣмъ произвольно не раскрывается.

Изъ конъюнктивальнаго мѣшка вытекаетъ въ избыткѣ свѣтлая желтоватая жидкость, со взвѣшенными въ ней слизистогнойными нитями. Вѣки быстро припухаютъ и глазная щель замыкается. Конъюнктива сильно инъецирована, инфильтрирована, иногда имѣетъ стекловидно блестящую поверхность. Это первый стадій или стадій инфильтраціи; съ трудно уловимыми переходами обнаруживается въ нѣсколько дней теченіе, характерное для стадія полнаго развитія. Густой гной желтый или зеленоватый просачивается чрезъ глазную щель, въ избыткѣ выливается при ея открытіи, омываетъ глазное яблоко. Конъюнктива темнокрасная, имѣетъ бархатистый видъ, особенно на переходной складкѣ, образуетъ продольные валики и обнаруживаетъ поверхностныя изъявленія. Воспаленіе железокъ впереди уха нѣрѣдко сопровождается эту рѣзкую воспалительную реакцію. На общемъ состояніи ребенка заболѣваніе не отражается. Третій стадій обратнаго развитія, характеризуется слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ, заканчивается явленіями сильнаго катарра конъюнктивы. Обычно такая форма бленнорреи вызывается гонококками, почему *Bumt* и высказалъ мнѣніе, что она вызывается только послѣдними. Позднѣйшіе изслѣдователи обнаружили однако, что гонококковая бленноррея можетъ представлять болѣе легкую картину съ постепенными переходами до простаго катарра. Что клинически легкая форма бленнорреи глазъ можетъ быть вызвана гонококкомъ это доказано многими авторами. *Müller* наблюдалъ это въ Египтѣ у болѣвшихъ трахомой съ рубцевыми пораженіями конъюнктивы. За это высказывался уже *Schmidt-Simpler* на 7-мъ офтальмологическомъ конгрессѣ въ 1888 году. Случаи гонококковой инфекции подъ видомъ простаго катарра наблюдали у здоровыхъ младенцевъ *Groenouw*, *Druais*, *Haupt*, *v. Herff*, *Brons* и др.

Интересныя наблюденія *Löhlein'a* надъ офтальмобленнорреей у младенцевъ съ *icterus neonatorum*. Авторъ наблюдалъ 2 такихъ случая бленнорреи, которые протекали чрезвычайно благоприятно. Это дало поводъ автору предположить, на основаніи имѣющихся данныхъ о бактерицидныхъ свойствахъ желчи, не объясняется ли благоприятное теченіе бленнорреи въ такихъ случаяхъ вреднымъ воздѣйствіемъ на гонококковъ

желчнокислых солей, именно гликохолевокислого и товрохолевокислого натра. Авторъ *in vitro* дѣлалъ изслѣдованія надъ ихъ бактерицидными свойствами и нашелъ, что въ 1/2% растворѣ они уменьшаютъ и въ 5% растворѣ при этомъ въ значительной мѣрѣ, количество гонококковъ, причемъ гликохолевокислый натръ давалъ уже полную стерильность.

Въ виду такого несоответствія между этиологической и клинической картиной бленнореи, наряду съ классификацией по этиологическимъ моментамъ нельзя отказаться также отъ классификации по клинической картинѣ.

Ahtfeld предложилъ раздѣлять конъюнктивиты у новорожденныхъ на 3 класса:

- 1) Бленнорею съ нахождениемъ гонококковъ, тяжелымъ течениемъ и наклонностью къ пораженью роговицы; рѣдко оканчивается въ 2 недѣли.
- 2) Гнойный конъюнктивитъ, безъ гонококковъ; излѣчивается къ началу 2 недѣли; роговица рѣдко поражается.
- 3) Легкій конъюнктивитъ безъ гонококковъ съ незначительнымъ отдѣленьемъ.

Не говоря уже о томъ, что между отмѣченными формами могутъ существовать многочисленные переходы, въ эту классификацію рѣшительно не укладываются отмѣченныя въ литературѣ данныя въ смыслѣ разнообразія гонококковыхъ и негонококковыхъ формъ бленнореи. *Groenouw* приводитъ случаи, гдѣ начавшійся на 4-й день жизни конъюнктивитъ имѣлъ, на 10-й день очень благоприятную форму, однако осложнился пораженьемъ роговицы. *Druais* приводитъ 3 подобныхъ случая гонококковой бленнореи подъ видомъ простого катарра.

На основаніи многократныхъ наблюденій и бактериологическихъ изслѣдованій *Schmidt-Kimpler* выставляетъ слѣдующія положенія:

- 1) Несмотря на наличность гонококковъ бленнорея можетъ наступать въ легкихъ abortивныхъ формахъ.
 - 2) Бываютъ случаи, которые протекаютъ въ крайне острой формѣ и ни въ чемъ не отличаются отъ вызванныхъ гонококками, въ которыхъ однако послѣднихъ не находится.
- Такъ изъ 51 тяжелой формы бленнореи *Kopfstein* въ

21 не находилъ гонококковъ. По наблюденіямъ *Ebert* ha часто видѣли послѣ вкапыванія крѣпкихъ растворовъ лясиса гное-течение, которое, дѣйствительно, можно смѣшать съ бленнореей; далѣе наступали помутнѣнія роговицы, которая были правда доброкачественны, однако благодаря длительному существованію причиняли много безпокойствъ родителямъ. *Groenouw* подраздѣлялъ катарры и бленнореи у новорожденныхъ на разныя степени; по вызывающимъ ихъ микроорганизмамъ заболѣванія раздѣлялись такъ:

Микробы вызывающіе заболѣваніе.

Виды заболѣванія	Гонококки.	Пневмококки.	Стрепто-кокки.	Стафило-кокки.	Клишечная палочка.	Безъ патоген. микробовъ.	Въ его.
Конъюнктивиты.							
Бленнорея 1 ст.	25	—	—	—	—	1	27
2	5	—	—	—	—	3	9
3	9	—	1	—	—	10	22
Катарръ 1 ст.	1	5	—	2	2	16	26
2	1	1	2	2	—	10	16
							100

Въ большинствѣ случаевъ, какъ видно изъ наблюденій многихъ авторовъ, клиническая форма и теченіе негонококкового конъюнктивита обыкновенно отличается отъ такового же гонококкового происхожденія. Что касается клинической формы, то, по *Druais*, при бленнорее негонококкового происхожденія припуханіе вѣкъ очень умѣренное и онѣ склеиваются небольшимъ количествомъ слизисто-гнойнаго секрета. Конъюнктива гиперемизирована только на уровнѣ глазного яблока, бархатистаго вида. Отдѣленіе обыкновенно небольшое, содержитъ нѣсколько бѣловатыхъ нитей въ серозной жидкости конъюнктивы и каплю желтоватаго гноя. Изслѣдованіе слезнаго мѣшка даетъ возможность констатировать, что въ немъ не содержитсяъ ничего патогеннаго, что могло бы объяснить реакцію конъюнктивы. Наконецъ, очень рѣдко встрѣчается пораженіе лежащихъ впереди уха железокъ.

Встрѣчаются формы, при которыхъ констатируется наличность легкой перепонки, покрывающей конъюнктиву вѣкъ и часть переходной складки. Эта перепонка есть чаще всего

добавочное явление, исчезает в 24 часа под влиянием лечения.

Иногда получается характер более сильного воспаления. Конъюнктива инфильтрирована. На поверхности, по снятии перепонки представляется бархатистой, местами изъязвленной и кровоточащей при малейшем прикосновении. Но отделяемое гноя небольшое, и картина воспаления представляется аналогичной с той, которая наблюдается в начале гонококковой бленнорреи. Наконец, существуют формы правда достаточно редкие, совершенно сходные с бленнорреей гонококкового происхождения.

В виду такого разнообразия клинических форм бленнорреи, причиняемой различными видами микробов, кроме гонококков, автор делает попытку классифицировать свои наблюдения по этиологическим моментам на основании бактериологических находок в отделяемом конъюнктивы. Еще *Haab* обратил внимание на то, что вызываемые другими микробами бленнорреи, наступают позднее нежели гонококковые, быстро поражают оба глаза, не осложняются поражением роговицы и таким образом по течению своему отличаются от гонококковых.

Что касается начала заболвания, то данные большинства авторов, показывают, что наименее число заболваний бленнорреей падает на 4-й день.

По данным *Hecker'a*, *Uppencamp'a*, *Köstlin*, *Königstein'a* случаи бленнорреи по началу заболвания распределялись так:

Авторы	День заболвания.													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	свыше 10 дней			
Hecker	1	7	19	27	23	14	9	—	—	—	—	—	—	—
Uppencamp . . .	16	38	80	58	54	29	20	15	5	6	свыше 10 дней			
											7 случ.			
Köstlin	1	2	1	5	2	1	1	—	2	—	свыше 10 дней			
											7 случ.			
Königstein . . .	7	19	12	10	7	—	7	2	2	—				
Итого	25	56	112	100	86	0	37	17	79	6	14	—	—	—

Сопоставляя гонококковые и негонококковые заболвания *Morax* пытался получить основные пункты для распознава-

ния гонококковых и негонококковых заболваний по началу заболвания. На основании данных *Groenouw'a*, *Druais*, *Haupt'a*, *Elschnig'a* гонококковые и негонококковые бленнорреи по началу заболвания распределялись таким образом:

ГОНОКОККОВЫЕ ЗАБОЛВАНИЯ.

Авторы.	На который день заболвание.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	свыше 10 дней.
Groenouw	1	5	11	8	9	—	2	1	1	—	3 .
Druais	3	3	1	3	2	1	1	—	—	—	1 .
Haupt	—	11	22	4	2	—	3	—	—	—	1 .
Elschnig	2	11	4	1	1	1	1	—	—	—	
Всего	4	21	45	19	14	2	7	2	1	1	5 = 121 сл.

НЕГОНОКОККОВЫЕ ЗАБОЛВАНИЯ.

Авторы.	На который день заболвание.										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	свыше 10 дней.
Groenouw	—	6	4	12	3	2	8	11	1	3	8 .
Druais	2	4	5	1	2	—	—	5	2	3	4 .
Haupt	1	4	6	2	—	—	1	3	—	—	— .
Elschnig	1	2	3	—	2	4	4	4	—	—	— .
Всего	4	16	18	15	7	6	13	23	3	6	12 = 123 сл.

СОБСТВЕННЫЕ СЛУЧАИ.

На который день заболвания	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	свыше 10 дней.
Гонококковые заболвания	1	3	2	1	1	3	2	—	—	—	—
Негонококковые	6	5	12	1	9	5	1	—	—	—	—

Соединяя все наблюдения вместе, получим распределение гонококковых и негонококковых конъюнктивитов по началу заболвания в таком виде:

День заболвания	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	свыше 10 дней.
Гонокок- ковья забол.	Числа 5	24	47	20	15	9	2	1	1	5	всего 134.
	% отн.	3.7	17.9	35.1	14.9	11.2	3.7	6.7	1.5	0.8	0.8 3.7
Негоно- кокков. забол.	Числа 10	30	16	16	11	18	24	3	6	12	всего 167.
	% отн.	6.0	12.5	17.9	9.6	9.6	6.6	1.1	14.4	1.8	3.6 7.2

Несколько разнятся от предыдущих данные *Gewin'a*, благодаря тому, что он к негонококковым заболваниям

благодаря которому последняя реагирует первое время болѣе остро на всякія вредности.

По клиническому теченію также отмѣчается разница между гонококковыми и не гонококковыми заболеваниями.

Относительно различія по продолжительности заболѣванія имѣется немного данных, такъ какъ нѣкоторые авторы, напр. *Groenouw* считаютъ затруднительнымъ установить точныя цифры для каждого случая, за отсутствіемъ точнаго критерія. По его изслѣдованіямъ прекращеніе гноетеченія и исчезновеніе гонококковъ далеко не совпадаютъ по времени. Такъ въ случаяхъ автора гноетеченіе продолжалось еще спустя 25 дней по исчезновеніи гонококковъ, а иногда послѣдніе обнаруживались черезъ 4 и даже 7 дней по прекращеніи гноетеченія. Въ среднемъ, какъ и другіе авторы онъ считаетъ продолжительность заболѣванія типичной бленнореей = 6—7 недѣлямъ. При этомъ отмѣчается, что негонококковая офтальмія въ общемъ протекаетъ быстрѣе. По матеріалу *Morax* заболѣванія гонококковая и негонококковая распредѣлялись по продолжительности теченія такъ:

	Гоно- кокко- вая.	Негоно- кокко- вая.
До 1 недѣли	1	9
Отъ 1—2 нед.	3	6
" 2—3 "	3	5
" 3—4 "	2	3
" 4—6 "	1	2
Болѣе шести	2	1

Въ большинствѣ случаевъ бленноррея поражаетъ оба глаза. По *H. Cohn'u* на 868 случаевъ бленнорреи оставалась односторонней въ 25%, по *Heim'u* на 378 случаевъ въ 20%, *Macenzie* и *Marshall* въ 1-й серіи на 100 случаевъ наблюдали одностороннюю заболѣванія въ 5%, во второй серіи на 170 случ. въ 15%. У *Eperon'a* отмѣчены заболѣванія праваго глаза 22 раза, лѣваго 20, обоихъ 119, а всего на 161 заболѣваніи одинъ глазъ былъ пораженъ въ 42 случ.—26%.

		%
У <i>Elsässer'a</i>	на 362 случ. въ 65 случ. =	18
" <i>Cedersjöld'a</i>	328 " 30 =	9
" <i>Kroner'a</i>	63 " 6 =	9,52

		%
У <i>Groenouw'a</i>	на 41 случ. въ 3 случ. =	7,32
" <i>Druais</i>	63 " 7 =	11

По даннымъ *Told'a* отмѣчено:

		%
У <i>Schnabel'a</i>	на 216 случ. въ 66 случ. =	30,02
" <i>Campa</i>	75 " 14 =	18,67
" <i>Dimmer'a</i>	101 " 11 =	10,89
" <i>Putscher'a</i>	75 " 12 =	16,01
" <i>Elschnig'a</i>	53 " 5 =	9,34
" <i>Deye</i>	85 " 3 =	3,53
" <i>Pawlik'a</i>	107 " 34 =	34,58
" <i>Frank'a</i>	18 " 2 =	11,11

Какъ показали наблюденія многихъ авторовъ гонорройный конъюнктивитъ, какъ и заболѣванія половыхъ органовъ могутъ дать разнообразныя осложненія, начиная съ самыхъ частыхъ — гонорройныхъ артритовъ и кончая "гонозміей", заболѣваній, констатированныхъ клиническимъ наблюденіемъ и подтвержденныхъ бактериологическими изслѣдованіями.

Осложненія въ теченіи бленнорреи глазъ могутъ быть чисто мѣстныя (на конъюнктивѣ и роговицѣ) и метастатическія. Последнія могутъ совершаться путемъ прямого непосредственнаго переноса съ конъюнктивы на слизистыя оболочки напр. рта или половыхъ частей и чрезъ кровяное русло (артриты). Наиболее частымъ мѣстнымъ осложненіемъ бленнорреи глазъ является поврежденіе роговицы, которое и даетъ такой большой процентъ слѣпоты отъ этого заболѣванія. На 113 описанныхъ въ литературѣ случаевъ врожденной бленнорреи глазъ отмѣчено поврежденіе роговицы 32 раза = 29%. Выше были приведены цифры стойкихъ поврежденій роговицы въ результатъ заболѣванія бленнорреей. Кромѣ того по собраннымъ *Eperon'омъ* статистическимъ даннымъ осложненія на роговицѣ наблюдались при заболѣваніи бленнорреей у новорожденныхъ въ различныхъ цифрахъ у слѣдующихъ авторовъ.

	%
<i>Heinrich</i>	на 452 случ. 27
<i>Benda</i>	204 " 23
<i>Kroner</i>	92 " 17
<i>Groenouw</i>	57 " 16
у <i>Ammon</i>	98 " 8
<i>Silex</i>	704 " 6,5
У <i>Eperon'a</i>	33 " 58

Такой высокий процент авторъ объясняетъ тѣмъ, что у него имѣется только клинической матеріалъ, какъ болѣе тяжелый, въ противоположность поликлиническому другимъ авторовъ и тѣмъ, что случаи поступали на излеченіе спустя долгое время отъ начала заболѣванія. Въ вѣнскомъ родильномъ пріютѣ за послѣдніе 4 года поврежденія роговицы наблюдались въ 9,43%.

Какимъ образомъ получаютъ различныя осложненія роговицы, рассмотрѣніе этого вопроса выходитъ изъ рамокъ данной работы. Достаточно упомянуть, что по *Bumm'u* роговица съ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ достаточно защищена отъ прямого вторженія гонококковъ. По его мнѣнію, токсыны, вырабатываемые гонококками подготавливаютъ внѣдреніе другого рода гноеродныхъ микроорганизмовъ, хотя *Dinkler* въ 2-хъ случаяхъ нашелъ гонококковъ въ самой роговицѣ и радужной оболочкѣ. Предположеніе *Bumm'a* подтвердилось въплоть до многими послѣдователями.

Какъ показываютъ клиническія наблюденія пораженіемъ роговицы осложняется преимущественно бленноррея глазъ гонококкового происхожденія. Въ нижеслѣдующей таблицѣ приведены числа и % отношеніе осложненій роговицы при гонококковыхъ и негонококковыхъ заболѣваніяхъ.

Авторы.	Гонококк.		Число отг.	Негонокок.		Число отг.	% отн.
	бленнор.	пор. рог.		бленнор.	пор. рог.		
Kröner	63	16	25,39	29	0	0	
v. Ammon	56	8	14,28	44	2	4,54	
Groenouw	41	10	24,39	59	0	0	
Druais	24	6	25,00	39	7	1,8	
Stephenson	38	19	50,00	39	7	17,94	
Zabel	19	13	68	14	6	42,9	

Высокій процентъ, наблюдавшійся *Zabel'емъ* объясняется самимъ авторомъ тѣмъ, что больные поздно поступали въ клинику для леченія. По даннымъ филладельфійскаго госпиталя, обработаннымъ *Holloway'емъ* (1909 г.) у 57 новорожденныхъ на 109 больныхъ бленнорреей глазъ отмѣчено 25 заболѣваній роговицы причемъ 8 слѣпота. У 72 взрослыхъ дѣтей на 106 глазъ—58 заболѣваній роговицы, причемъ въ 21 случаѣ наступила слѣпота. (Anschpach).

Такимъ образомъ въ разныхъ странахъ и у разныхъ авторовъ отмѣчается крайнее непостоянство въ числѣ осложненій, повидимому въ зависимости отъ среды, въ которой происходятъ заболѣванія и отъ другихъ условий. Повидимому, осложненія пораженіемъ роговицы (*Zabel*) наблюдаются у слабыхъ дѣтей, атрофическихъ, съ тяжелой наслѣдственностью. Изъ 6-ти дѣтей съ пораженіемъ роговицы при негонококковой бленноррее у *Zabel'a* отмѣченъ одинъ недоношенный—очень слабый младенецъ. Интересно отмѣтить, что судя по исторіямъ болѣзни всѣ 6 случаевъ съ осложненіями роговицы протекали или въ видѣ слабыхъ бленноррей или даже просто сильныхъ катарровъ. По наблюденіямъ *Groenouw'a* клиническая форма бленнорреи повидимому не всегда находится въ связи съ перфорирующими роговицу осложненіями; но замѣчается, что послѣднія чаще встрѣчаются при тяжелыхъ бленнорреяхъ.

Какъ происходитъ пораженіе роговицы и клиническое теченіе ихъ—это не входитъ въ рамки данного вопроса.

Изъ другихъ мѣстныхъ осложненій представляеть интересъ случай *Bergmeister'a*, который показывалъ въ засѣданіи офтальмологическаго Общества въ Вѣнѣ 16 марта 1908 года 3-хъ недѣльного ребенка съ бленнорреей глазъ, съ пораженіемъ обѣихъ роговицъ и гангреной нижняго вѣка, а также наружнаго глаза. Бактеріологическое изслѣдованіе обнаружило смѣшанную инфекцію гонококка и стрептококка, которой авторъ и объясняетъ описанное имъ осложненіе. Рассмотрѣніе прочихъ осложненій бленнорреи глазъ у новорожденныхъ не имѣетъ прямого отношенія къ данному вопросу, поэтому въ нижеслѣдующемъ только вкратцѣ перечисляются имѣющіяся въ литературѣ данныя. Изъ локализации гонококковой инфекціи въ другихъ органахъ въ литературѣ отмѣчены гонорейные стоматиты, у *Dohrn'a* 5 случ., *Rosinsky* 5 случ., *Leiden'a* 1 случай и 1 случай у *Stephenson'a*. Отдѣльно стоитъ случай *Kost'a*, (1894 г.), такъ какъ заболѣваніе было первичнымъ и приписывается авторомъ инфекціи внутри влагалища. Инфекція съ конъюнктивы можетъ попадать въ ротъ по *Saemisch'u* двумя путями: благодаря непосредственному переносу руками младенца или черезъ слезные каналы.

Stephenson'омъ описанъ кромѣ того 1 случай гонорройнаго пораженія наружнаго слухового прохода. Гонорройные вульвовагиниты у новорожденныхъ описаны какъ самостоятельныя заболѣванія, совпадающія съ бленнореей глазъ (у *Armaignac'a* и *Strzeminsky* описаны врожденные вульвовагиниты и стоматиты), а также какъ наступающіе, повидимому, вслѣдъ за офтальмобленнореей, въ случаѣ *Koblank'a*, гдѣ офтальмія развилась у младенца на 5 день, а выдѣленія изъ влагалища съ 7 по 11 день.

Подобно метастатическимъ воспалительнымъ процессамъ гонорройнаго происхожденія у взрослыхъ при гонорреѣ половыхъ органовъ, описаны такіе же случаи воспаленій у новорожденныхъ. У *Stephenson'a* приведены изъ литературы случаи нарывовъ и воспаления ячеекъ рѣшетчатой кости, какія результаты бленнорреи глазъ у новорожденныхъ. Какъ самое частое изъ подобныхъ осложненій описаны гонорройныя воспаления суставовъ у новорожденныхъ. *Hamm* насчитываетъ въ литературѣ кромѣ своего 25 случаевъ заболѣваній, частью подтвержденныхъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ. Онъ думаетъ, что гонококки попадаютъ въ кровь черезъ расширенныя лимфатическіе пути въ подэпителиальную ткань, куда они могутъ проникать, какъ это доказано гистологическимъ изслѣдованіемъ, затѣмъ по кровянымъ путямъ разносятся дальше и попадаютъ чаще всего въ синовиальную оболочку суставовъ.

Кромѣ артритовъ въ литературѣ приводятся, какъ осложненія бленнорреи, менингиты, перитониты (съ артритомъ), эндокардитъ и нѣсколько случаевъ септическихъ инфекцій, частью также подтвержденныхъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ; изъ нихъ одинъ подробно описанъ *Stephenson*'омъ.

Патологическая гистологія бленнорреи глазъ у новорожденныхъ.

Данныя гистологическія изслѣдованія бленнорройныхъ конъюнктивитовъ важны съ двухъ точекъ зрѣнія: во-первыхъ въ этиологическомъ отношеніи они констатируютъ въ ткани специфическія микробы, подтверждають этиологическое

значеніе послѣднихъ, во-вторыхъ выясненіемъ, какъ, въ какомъ видѣ и какъ глубоко поражается конъюнктива, даютъ возможность сдѣлать вѣроятные выводы для прогноза, въ смыслѣ леченія и предупрежденія осложненій бленнорройныхъ конъюнктивитовъ.

Первыя изслѣдованія въ этой области принадлежать *Bumt'u*.

Авторъ вырѣзывалъ кусочки конъюнктивы изъ переходной складки въ различныхъ стадіяхъ заболѣванія и такимъ образомъ имѣлъ возможность изслѣдовать гистологически и прослѣдить картину заболѣванія, начиная съ 1 дня, въ ея видоизмѣненіяхъ сперва каждый день, а подѣ конецъ черезъ день или нѣсколько дней, такимъ образомъ шагъ за шагомъ прослѣдить прониканіе гонококковъ въ ткани и измѣненія ея, вызываемыя этимъ микробомъ. Онъ находилъ, что въ первые дни гонококки находятся только въ эпителиальномъ слое. Съ 5-го дня они встрѣчаются и въ соединительной ткани. Въ теченіе первыхъ же сутокъ заболѣванія гонококки проникаютъ въ поверхностные слои эпителия. Постепенно послѣдній разрушается и гонококки между клетками и по лимфатическимъ щелямъ проникаютъ глубже, вплоть до подэпителиальной соединительной ткани, гдѣ энергія ихъ какъ будто истощается и внѣдреніе ихъ ограничивается только ея поверхностными слоями. Разрушеніе эпителия авторъ наблюдалъ уже въ первые дни въ противоположность *Bockhard'ty*, который при гонорреѣ мочеиспускательнаго канала еще на 10-й день отмѣчаетъ нормально выглядящій цилиндрическій эпителий. Въ это время кокки по *Bockhard'ty* проникали глубоко въ подслизистую ткань, въ то время какъ авторъ находилъ ихъ только въ поверхностныхъ слояхъ подэпителиальной ткани. *Horner* изслѣдовалъ глаза младенца, который 48 часовъ страдалъ бленнорреей. Онъ нашелъ слѣдующее: отечное припуханіе обуславливаетъ образованіе складокъ тарсальной соединительной оболочки. Складки широки, разбухшія, выпуклы, щели глубоки. Переходная складка выдается валикомъ. Эпителий *conjunctivae bulbi* въ хорошемъ состояніи, разрыхленъ только совсѣмъ на поверхности. Рѣзко выдаются крайне сильно расширенныя, многочисленныя, почти видрающіяся въ эпителий сосудистыя

петли. Также и на переходной складке эпителий еще сохраняется. Но, чем ближе к тарсальной конъюнктиве, тем больше неровными, разрыхленными представляются поверхностные слои эпителия, иногда образуя дефекты. Мстами на верхушках складок эпителий совсем отсутствует. Здесь лежат расширенные, почти обнаженные капилляры. Встречаются маленькия кровоизлияния; лимфоидная инфильтрация незначительна, только въ одной сосочковидной складке резко выражена. Края роговицы совершенно нормальны.

Къ этому сообщенію составляетъ дополнение случай гонорройнаго конъюнктивита, на высотѣ 2-й стадіи, который *Saemisch'омъ* описывается такъ: строма соединительной оболочки къ этому времени благодаря разрастанію соединительной ткани замѣтно утолщена и содержитъ въ себѣ фибринозные свертки (*gerinnungsmassen*). Сосуды сильно расширены. Отъ стромы поднимаются соединительнотканые пучки въ такъ называемые сосочки, которые сильно увеличены. Они обнаруживаютъ обильное развитіе сосудовъ и притомъ въ такомъ родѣ, что въ средней части основанія сосочка встречаются болѣе крупныя сосуды, въ то время, какъ ея поверхность заткана только сѣтью мелькихъ сосудовъ, которая переходитъ почти непрерывно съ одного сосочка на другой. Непосредственно въ окружности сосудовъ находятся обильныя скопленія тѣсно другъ возлѣ друга лежащихъ лимфоцитовъ или гнойныхъ тѣлецъ, которые проникаютъ также и между тяжами соединительной ткани сосочковъ. Они (лимфоциты) лежатъ частью очень тѣсно другъ возлѣ друга, частью съ нѣкоторыми промежутками. Въ покровномъ эпителии, въ которомъ также имѣются распадающіяся гнойныя тѣльца, очень явственно выступаютъ клѣтки съ длинными отростками, которая почти совершенно выполняютъ лежащія между сосочками бухточки. Секретъ содержитъ главнымъ образомъ гнойныя тѣльца. Въ немъ находятся гонококки, которые также, хотя и очень рѣдко, лежатъ свободно и внѣ клѣтокъ. Среди гнойныхъ тѣлецъ встречаются мстами отторгнувшіяся эпителиальныя клѣтки. Иногда въ нихъ можно видѣть отдѣльныхъ гонококковъ. Воспалительныя измѣненія ограничиваются конъюнктивой и хряща не затрагиваютъ, поэтому могутъ протекать,

не оставляя никакого слѣда. Однако при извѣстныхъ обстоятельствахъ заболѣваніе влечетъ за собою узловатыя утолщенія, которая покрываютъ конъюнктиву въ видѣ тонкой сѣти.

Schridde изслѣдовалъ глаза ребенка, заболѣшаго на 3-й день отъ рожденія бленнорреей глазъ и умершаго отъ правосторонней плеввропневмоніи на 4-й день отъ начала заболѣванія бленнорреей глазъ, у котораго при жизни клинически и бактериологически, а по смерти патолого-анатомически былъ поставленъ діагнозъ бленнорройнаго конъюнктивита. Авторъ фиксировалъ препараты черезъ 14 час. послѣ смерти въ формоль-Мюллеровской жидкости. На полученныхъ имъ срѣзахъ онъ описываетъ гистологическую картину бленнорройнаго конъюнктивита такъ:

„Слизистая оболочка въкъ на всемъ ея протяженіи пронизана болѣе или менѣе сильно нейтрофильными лейкоцитами. Первые измѣненія конъюнктивальнаго эпителия обнаруживаются разрыхленіемъ отдѣльныхъ группъ его. Въ этихъ мѣстахъ лейкоциты находятся въ особенно большомъ количествѣ. Въ этихъ же мѣстахъ встречаются большія количества гонококковъ, которые въ разнообразной группировкѣ расположены между эпителиальными клѣтками, внедряются въ субэпителиальную соединительную ткань, въ отдѣльныхъ случаяхъ даже въ ея разрыхленные поверхностные отдѣлы. Достойно замѣчанія, что эти скопленія гонококковъ почти исключительно расположены между клѣтками. Только находящіеся на поверхности этихъ пораженныхъ мѣстъ гонококки заключены въ лейкоцитахъ. Въ сосѣднемъ съ этими измѣненными областями эпителия ясно видны фигуры дѣленія ядеръ. Въ субэпителиальной соединительной ткани незамѣтно никакихъ особенныхъ измѣненій. Увеличенія количества уже нормально имѣющихся *Mastzellen* нельзя было констатировать. Лейкоцитовъ съ эозинофильной зернистостью никогда не приходилось находить и, повидимому, при гонорройномъ конъюнктивитѣ ихъ не бываетъ. Въ далеко зашедшихъ стадіяхъ въ пораженныхъ мѣстахъ наступаетъ полное разрушеніе всего эпителия, образуются язвы со скошенными краями. Дно маленькыхъ язвъ образуется верхними слоями субэпителиальной

соединительной ткани и большею частью покрыто лейкоцитами, заключенными в фибриновые массы и некротизировавшимися эпителиальными клетками. На дне некоторых язв можно доказать явное образование грануляционной ткани, которое в конце концов ведет к закрытию дефекта путем рубцевания. Эти маленькие рубцы макроскопически можно распознать только в редких случаях.

Вышеприведенные находки относятся исключительно к conjunctiva palpebrarum, которая главным образом поражается, повидимому, особенно сильно у внутреннего угла глаза. На конъюнктиве склеры процесс обнаруживается только уплотнением переходной складки. Вся остальная слизистая оболочка совершенно не затронута и даже поверхностный эпителий не представляет ни малейших изменений.

Таким образом гистологической картиной подтверждается клиническое наблюдение, что гонорройный конъюнктивит новорожденных тем специально отличается от конъюнктивита взрослых, что при нем не принимает участия в воспалении соединительная оболочка глазного яблока. Интересно, главным образом, то, что по направлению к краю века, там, где эпителий конъюнктивы покрывается тонким слоем ороговевающего эпителия и далее у плоского эпителия роговицы разрастания гонококков резко обрываются.

Наиболее обстоятельное исследование по гистологии бленнорройного конъюнктивита принадлежит Waldstein'у.

Автор исследовал 9 гонококковых бленноррей и 2 бленнорреи таковых, при исследовании которых гонококков не было обнаружено. Он вырезывал подобно Bumm'у в различные периоды заболвания бленнорреей глаз кусочки конъюнктивы, преимущественно из переходной складки и производил гистологическое исследование.

В 1-й период от начала заболвания до 2-х недель описание картины воспаления в общем сходно со сделанным уже Schridde. Колоссальное расширение сосудов, заполнение соединительнотканной стромы и эпителиального слоя микрофагами (Мечникова) и тяжелые изменения самого эпителия. Достоин замечания, сделанное автором описание наблюдавшихся им в некоторых случаях фолликулярных

образований, которое вследствие важности по отношению к этиологии трахомы, в виду нахождения хламидозов при бленнорройных конъюнктивитах приводится ниже полностью. Отмечая, что аденоидный слой в нормальной конъюнктиве достигает 20—40 μ толщины, а при заболвании утолщается до 400 μ , автор дает следующее описание:

«На границе эпителия аденоидный слой формируется часто в мощные фолликулы, центр которых состоит из лимфоцитов, обнаруживающих иногда большую наклонность к размножению. Края образуются из маленьких одноядерных лейкоцитов и Plasmazellen. Намеки на формирование фолликулоподобных образований заметны и в нормальной конъюнктиве. (Насколько можно говорить о нормальной конъюнктиве на основании изучения подлежащего материала, т. е. глаз человека, в частности конъюнктивы и роговицы, каждый день подверженных возможности всяческих повреждений). Во всяком случае между этими маленькими образованиями и между фолликулами, которые часто имеют исключительно большие размеры (наблюдалось до 600 μ в диаметре) существует резкое различие: также и встречающиеся в очень обильном числе фигуры деления в центре не соответствуют представлению о нормальном состоянии конъюнктивы. Случайное заболвание в течение клинического наблюдения трахомой или невинным фолликулярным конъюнктивитом при строгой изоляции больных исключается».

Гонококки по автору помешаются большею частью в поверхностных слоях эпителия. В исключительных случаях там, где произошла большая потеря эпителия, там они проникают в нижние слои и даже через них до подэпителиальных слоев аденоидной ткани. Автору в противоположность Bumm только в отдельных случаях приходилось находить гонококков в клеточно. Они почти всегда помешались в соединенных между собою пластах эпителия и в микрофагах (нейтрофильных, полинуклеарных лейкоцитах). Эти клетки, набитые гонококками, выглядят более бледными, их ядро хуже окрашено и не так резко различается, как у здоровых клеток. Исследование секрета в этой стадии обнаружило строгий параллелизм с гистологи-

ческой картиной. Въ начальных стадіях нагноенія преобладаетъ отдѣленіе сукровичнаго секрета (первые дни). Въ послѣднее время (почти до конца 2-й недѣли) гной уплотняется; но картина приблизительно одинакова съ единственной разницей, что форменныхъ элементовъ въ немъ первые дни меньше. Въ это время рядомъ съ отдѣльными клѣтками эпителия или группами его въ преобладающемъ количествѣ, часто почти исключительно имѣются нейтрофильные полиуклерные лейкоциты (100—95%). Далеко уступаютъ имъ въ числѣ маленькіе и (еще рѣже) большіе лимфоциты, которые въ общемъ составляютъ едва 5%. Всѣ форменные элементы относительно хорошо сохранились, ядро и протоплазматическія зерна хорошо красятся; во всѣхъ встрѣчаются гонококки.

2-й періодъ съ конца 2-й до начала 3-й недѣли. Въ главныхъ чертахъ измѣненія картины заключаются въ слѣдующемъ. Измѣненія въ эпителии почти тѣже, что и въ первомъ періодѣ, только распадъ его происходитъ въ меньшемъ размѣрѣ. Круглоклѣточная инфильтрація равнымъ образомъ находится въ стадіи обратнаго развитія, причемъ одноклеточные элементы находятся уже не въ такомъ меньшинствѣ сравнительно съ многоклеточными. Каріокинетическихъ фигуръ больше въ нижнихъ слояхъ; клѣточные элементы вообще въ лучшемъ состояніи, поверхность эпителия представляетъ меньше дефектовъ. Аденоидный слой безъ особенныхъ измѣненій. Результатомъ обильнаго размноженія клѣточныхъ элементовъ является разрастаніе и въ нормальной стромѣ находящихся сосочковъ. Прямого дѣленія, какъ въ 1-й стадіи, доказать не удавалось. Измѣненія сосудовъ находятся въ стадіи обратнаго развитія. Слѣдовъ новаго развитія сосудовъ не удавалось обнаружить. Гонококковъ значительно меньше—они расположены, какъ и въ первой стадіи, внутри клѣточекъ эпителия, болѣею частью въ поверхностныхъ слояхъ. Расположенія внутри отдѣльныхъ микрофаговъ въ этомъ періодѣ не удавалось наблюдать. Секретъ: число лимфоцитовъ (маленькихъ всегда гораздо больше, чѣмъ большихъ) сравнительно съ лейкоцитами увеличилось. Однако правильно исчисленное соотношеніе получить трудно, такъ какъ въ этомъ періодѣ замѣчается распадъ особенно лейкоцитовъ. Гонококковъ значи-

тельно меньше и располагаются они въ видѣ исключенія внутри-клѣточно. Болѣею частью они скудно разсыпаны среди гнойныхъ тѣлецъ.

3-й періодъ (въ послѣднія, начиная съ конца 4-й, недѣли) заболѣванія эпителий регенерировался, однако обнаруживается слѣды тяжелаго пораженія. Частью на поверхности уже хорошо выраженныхъ сосочковъ онъ поднимается многочисленными слоями, частью на обращенныхъ другъ къ другу поверхностяхъ сосочковъ образуетъ неравнобѣрные дуги, разнообразно измѣненныхъ къ поверхности сплюснутыхъ клѣтокъ. Въ глубокихъ слояхъ обильныя каріокинетическія фигуры. Въ различныхъ слояхъ вплоть до периферіи встрѣчаются mastzellen всевозможныхъ формаций, такъ что получается впечатлѣніе, что онѣ проходятъ черезъ эпителий на свободную поверхность, чтобы вмѣстѣ съ другими экзудативными клѣтками попасть въ секретъ. Чѣмъ ближе къ поверхности, тѣмъ болѣе онѣ измѣняютъ свой видъ, причемъ какъ будто приспособляются для прохожденія черезъ слои эпителия. Что эти клѣтки не обнаруживаются въ отдѣляемомъ, это по автору не говоритъ противъ, такъ какъ они могутъ превратиться въ распадъ. Явленіе это, не представляющее по автору чего либо специфическаго для гонорройнаго конъюнктивита описано уже другими авторами при различныхъ заболѣваніяхъ. Обильное кровоснабженіе въ этой стадіи остается еще безъ измѣненій, хотя оболочки большихъ и маленькихъ сосудовъ возвращаются къ нормѣ. Не замѣтно переполненія лимфатическихъ сосудовъ. Но собственно обратнаго развитія васкуляризаціи въ этомъ періодѣ не наблюдается, что безъ сомнѣнія происходитъ гораздо позже. Въ соединительной ткани обнаруживаются признаки энергическаго возрожденія. Появляются многочисленные фибробласты въ то время какъ собственно клѣточные элементы воспалительнаго періода отступаютъ на задній планъ и въ болѣеюмъ количествѣ преобладаютъ элементы перехода къ окончательному рубцеванію, т. е. плазмочиты.

Гонококки въ этомъ періодѣ совершенно отсутствуютъ. Секретъ: отдѣльные клѣточные элементы сохраняются все хуже. Численное отношеніе между лейко- и лимфоцитами

увеличивается в пользу последних, так что наконец достигается отношения 3:1.

Автором описаны 2 случая бленнорреи без нахождения гонококков как в отделяемом конъюнктивы, ни бактериоскопически, ни в культурах, так и в вырезанных ку-сочках. Гистологическая картина обоих случаев ничем, кроме отсутствия гонококков не отличается от таковой же гонококковой бленнорреи. Автор ни одним словом не упоминает, встречались ли ему образования в родъ описанных *Prowasek* и *Halbest.* хламидозевъ.

Автором наблюдались 2 случая бленнорреи, вызванной *micrococcus catarrhalis*. Два момента отличают ее от бленнорройной.

1) Эпителий удивительно сохраняется, несмотря на колоссальное пронизывание лейкоцитами, которое нисколько не уступает таковому же при гонококковой бленноррее.

2) Отсутствие микроорганизмов. Несмотря на обильное нахождение их в секретъ, эпителий совершенно свободенъ отъ нихъ. Возбудители заболевания проникаютъ только въ очень поверхностные слои эпителия и быстро удаляются съ умерщвленными ими же клетками.

По автору разница можетъ быть объяснена различіемъ вырабатываемаго обоими микроорганизмами яда, а также тѣмъ, что гонококкъ легче можетъ внедриться въ клетку, чѣмъ *m. catarrhalis* почему первый встречается больше внутри клетокъ, а послѣдній внѣ ихъ.

Выводы автора:

1) Гонорройный конъюнктивитъ есть воспаление, которое ограничивается поверхностными слоями конъюнктивы.

2) Гонококки находятся главнымъ образомъ въ верхнихъ и среднихъ слояхъ эпителия; только послѣ тяжкихъ поврежденій и отторженія послѣдняго проникаютъ въ основной, нижній слой, а въ единичныхъ случаяхъ и чрезъ него въ аденоидный слой. Почти всегда гонококки лежатъ внутриклеточно.

3) Въ первые дни явленія регенерация эпителия отступаютъ на задній планъ предъ явлениями разрушенія. Только на второй половинѣ первой недели начинается энергичное воз-рождение. Тогда замѣчается переходъ къ активному разро-

станію въ глубинѣ некротической ткани и формированію похожихъ на друзы образований изъ скученныхъ бокаловидныхъ клетокъ.

4) Инфильтрація аденоиднаго слоя и прилегающихъ къ нему состоитъ главнымъ образомъ изъ *plasmazellen*. Прямое дѣленіе въ этого рода клеткахъ—частое явленіе. Хотя *mastzellen* также несомнѣнно увеличиваются въ числѣ, однако по своему значенію уступаютъ *plasmazellen*. Только въ позднихъ стадіяхъ, *plasmazellen* уступаютъ неподвижнымъ элементамъ ткани. Одновременно *mastzellen* дѣлаются болѣе подвижными и достигаютъ чрезъ эпителиальный покровъ до свободной поверхности.

5) Эозинофильныя клетки при гонорройномъ конъюнктивитѣ не играютъ никакой роли.

6) Наблюдается могучее разрастаніе и увеличеніе кровеносныхъ сосудовъ, особенно въ области аденоиднаго слоя и отсюда, а также (рѣже) изъ глубокихъ не увеличенныхъ въ числѣ сосудовъ, главнымъ образомъ, замѣчается выходение микрофаговъ (прежде всего: полинуклеаровъ, нейтрофильныхъ лейкоцитовъ, *plasma*- и *mastzellen*).

7) Соединительная ткань претерпѣваетъ только второстепенныя измѣненія, подъ влияніемъ болѣзнетворнаго агента и соотвѣтственно этому менѣе рѣзко реагируетъ пролифераціей. Достойное вниманія разращеніе и новообразование волокнистой соединительной ткани не имѣетъ мѣста. Эластическія волокна воспалительнымъ процессомъ не измѣняются.

8) Бленноррея взрослыхъ не отличается отъ таковой новорожденныхъ.

9) Безбактерійная бленноррея отличается только отсутствіемъ гонококковъ.

10) Вызванная *m. catarrhalis* бленноррея отличается тѣмъ, что эпителий относительно сохраняется и въ первые дни. Возбудитель заболевания, повидимому, внедряется очень поверхностно и очень легко выдѣляется.

Weigelin изслѣдовалъ случай стрептококкового конъюнктивита у новорожденнаго, заболевшаго бленнорреей на 2—3-й день жизни и вскорѣ умершаго отъ общей слабости (кровь по вскрытіи найдена стерильной). При жизни въ мазкѣ

секрета изъ конъюнктивы найдены стрептококки. На препаратъ верхняго вѣка при слабомъ увеличеніи воспалительная реакція найдена очень незначительной. Вдоль конъюнктивальной поверхности вѣка утѣренная подъэпителиальная инфильтрація, и гиперемія имѣющихся тамъ сосудовъ. Въ конъюнктивѣ глазного яблока на сторонѣ обращенной къ нему замѣтно густое скопленіе кокковъ, которые при большемъ увеличеніи частью обнаруживаютъ ясную наклонность къ образованію цѣпей. Скопленіе тянется отъ границы конъюнктивы и склеры къ переходной складкѣ, какъ будто по ходу влагалища лимфатическаго сосуда. Подъ эпителиемъ конъюнктивы вѣкъ разсѣяны также скопленія кокковъ, нерѣдко соединяющихся въ цѣпочки, и по направленію къ переходной складкѣ вступающихъ со скопленіемъ кокковъ въ видѣ тяжа и далѣе вмѣстѣ исчезающихъ въ ткани орбиты. Препараты нижняго вѣка съ глазнымъ яблокомъ обнаруживаютъ сходную картину, съ той разницей, что воспалительная реакція здѣсь выражена сильнѣе. Здѣсь скопленія кокковъ расположены на конъюнктивѣ глазного яблока больше отдѣльными кучками. На конъюнктивѣ вѣкъ кокки встрѣчаются рѣдко и только маленькими кучками, замѣтны отдѣльные кокки, проникающіе въ неповрежденный эпителий. На границѣ роговицы и склеры въ нижней ея части образовался абсцессъ, на днѣ котораго замѣтенъ плотный тяжъ изъ кокковъ. Остальныя части глазного яблока найдены нормальными и никакихъ кокковъ въ сосудахъ его обнаружено.

Къ сожалѣнію, какъ это видно изъ описанія, авторъ задается цѣлью доказать, что онъ имѣлъ дѣло съ первичнымъ стрептококковымъ конъюнктивитомъ и что бленноррея новорожденныхъ, аналогично гонококковой, можетъ быть вызвана стрептококками и не даетъ такой подробной патологистологической картины, какъ это сдѣлано для гонококковой бленнореи.

Собственные изслѣдованія по этиологіи бленнореи.

Изъ вышеприведеннаго обзора клиники и этиологіи бленнореи видно, что подъ этимъ терминомъ въ разное время

подразумѣвалось не одно строго опредѣленное понятіе. До открытія гонококка діагнозъ ставился по клиническимъ признакамъ, со времени Бумма — на основаніи бактериологическихъ находокъ. Съ теченіемъ времени, когда накопилось достаточно наблюденій, подтверждающихъ фактъ наличности типичной бленнореи, вызываемой другими патогенными микроорганизмами для опредѣленія бленнорейнаго заболѣванія оказались необходимы какъ клиническіе признаки, такъ и бактериологическія изслѣдованія. При этомъ иногда обнаруживалось несоотвѣстіе между клинической картиной и бактериологическими находками. Такъ наблюдались случаи гонококковыхъ заболѣваній, протекавшіе подъ видомъ незначительныхъ заболѣваній. Съ другой стороны ясно выраженная бленноррея, при изслѣдованіи, которой были обнаружены не гонококки, а другіе микроорганизмы или патогенные для конъюнктивы или вовсе не считающіеся таковыми. Наконецъ были отмѣнены случаи заболѣванія конъюнктивы, гдѣ несмотря на выраженную бленноррею никакихъ микроорганизмовъ, какъ возбудителей заболѣванія, не констатируется. На ряду съ бактериологическими діагнозами многими, повидимому, отмѣчались заболѣванія какъ бленнорейныя, по прежнему, на основаніи только клиническихъ симптомовъ. Неточность понятія, заключеннаго въ терминъ "бленноррея глазъ у новорожденныхъ" съ одной стороны и отмѣченныя неясности съ другой, заставили насъ изслѣдовать бактериологически подъ рядъ случаевъ заболѣваній въ Императорскомъ Клиническомъ Повивальномъ - Гинекологическомъ Институтѣ. Кромѣ того съ любезнаго разрѣшенія завѣдующихъ изслѣдовались случаи бленнореи, попадавшіеся въ амбулаторіяхъ глазныхъ клиникъ Императорской Военно-Медицинской Академіи и Женскаго Медицинскаго Института. Изслѣдованію подвергались болѣею частью свѣжіе, мало или вовсе не леченные случаи, во всякомъ случаѣ тогда, когда терапевтическое вмѣшательство производилось не менѣе сутокъ тому назадъ.

Отдѣленія конъюнктивы брались такимъ образомъ, что предварительно глазъ обтирали сухой стерилизованной ватой, затѣмъ вѣки выворачивались и платиновой петлей захватывались отдѣленія съ верхняго и нижняго вѣка, а также въ

углахъ глаза. Полученное содержимое конъюнктивы изслѣдовалось въ мазкахъ, окрашенныхъ 1—2 обязательно по Граму, прочіе фуксиномъ, Лёфлеровской синькой, по *Pick-Jacobson'y* и по *Giemsa* (продажный растворъ *Grübler'a*). Кроме того дѣлался посѣвъ содержимаго конъюнктивы на питательную среду.

Groenow придаетъ большее значение бактеріоскопическимъ изслѣдованіямъ, чѣмъ культивир., такъ какъ послѣднія не всегда удаются, и считаетъ достаточнымъ для постановки діагноза гонококковой бленнореи однократнаго изслѣдованія. «Если при первыхъ изслѣдованіяхъ какого либо случая», пишетъ онъ: «въ препаратахъ не были найдены гонококки, то и позднѣе ихъ не получалось, исключая тѣ случаи, гдѣ непосредственно предъ изслѣдованіемъ конъюнктивна была обеззаражена какимъ либо антисептическимъ средствомъ. Точно также исчезновеніе гонококковъ всегда можетъ быть констатировано однократнымъ изслѣдованіемъ» (за исключеніемъ одного случая, который приведенъ авторомъ полностью и который въ сущности не противорѣчитъ высказанному имъ положенію).

Если для клиническихъ цѣлей можно считать достаточнымъ установить діагнозъ гонококкового или негонококкового конъюнктивита путемъ бактеріологическаго изслѣдованія, какъ это утверждаетъ *Groenow* и *фонъ-Валь* въ своей диссертации, то для точнаго діагноза намъ казалось необходимымъ также изслѣдованіе въ культурахъ.

Материаломъ для посѣвовъ служилъ агаръ съ асцитической жидкостью 2—3:1, застуженный въ широкихъ пробиркахъ въ косомъ видѣ и предохраняемый отъ высыханія резиновыми колпачками. Чашечки Петри не употреблялись въ виду меньшей ихъ портативности, возможности болѣе легкаго загрязненія и болѣе затруднительнаго сохраненія въ нихъ питательной среды.

Косого агара въ пробиркахъ оказалось совершенно достаточно, такъ какъ при посѣвахъ въ пробиркахъ содержимаго конъюнктивы всегда получалась ростъ въ видѣ настолько отдѣльно расположенныхъ колоній, что изолированіе ихъ не представляло никакихъ затрудненій.

Въ нижеслѣдующихъ протоколахъ отмѣткахъ приводятся немногія существенныя, относящіяся къ разбираемому вопросу данныя изъ скорбныхъ листовъ.

Всѣ изслѣдованные случаи для удобства обозрѣнія раздѣлены на 2 категоріи: гонококковая заболѣванія и безгонококковая.

Гонококковая заболѣванія.

№ 1818. Ф.—ва. 1 рага. Двойни. Пост. 25 апрѣля 1909 г. Роды 27 апрѣля, 10 час. утра. Плодный пузырь вскрытъ пальцами. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода—9 час. Воды мутно-желтоватыя. 2-й плодъ родился черезъ 2 часа послѣ 1-го. Мертвый. Положеніе плода 1-го—1-е продольное, предлежаніе затылочное. Род. страдала бѣлыми, сколько времени—не помнитъ. Рѣзы при мочеспусканіи не было. Вѣсъ живого плода 3100, длина 48.

28 апрѣля показались небольшое сывороточно-гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, слегка окрашенное въ сукровичный цвѣтъ. Конъюнктивна сильно гиперемизована.

29 апрѣля. Порядочное гноетеченіе изъ обоихъ глазъ. Конъюнктивна отечна, сильно гиперемизована. Вѣки значительно припухли. Глазная щель раскрывается съ трудомъ; при раскрываніи выливается большое количество довольно густой, бѣловатой, миевидной жидкости.

Взять мазокъ и сдѣлать посѣвъ.

Въ мазкѣ: гноиня гѣльца, преимущественно полинуклеары; булкообразные диплококки, обезличивающіеся по Граму, кукушки, въ кѣтъкахъ и между ними въ порядочномъ количествѣ. Изрѣдка эпителий конъюнктивы.

Въ культурахъ множество характерныхъ гонококковыхъ колоній: 3 колоній бѣлаго стафилококка.

6 мая. Обильное отдѣленіе гноя, окрашеннаго въ желтоватый цвѣтъ, гиперемія конъюнктивы и припуханіе вѣкъ по прежнему.

№ 3265. А.—ва. X рага. Положеніе 2-е продольное; предлежаніе темени. Бѣли и рѣзы при мочеспусканіи род. отрицаетъ. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія реб. 50 мин. Роды 25 октября 1909 г. Вып. 5 ноября 1909 г. Лазар. Высш. 1° 38,8". Младенецъ ж. пола. Вѣсъ 4150.

29 октября заболѣлъ правый глазъ у ребенка: гноетеченіе; гиперемія конъюнктивы; припуханіе вѣкъ; глазная щель съ трудомъ раскрывается.

Въ мазкѣ много гноиня гѣлецъ, полинуклеаровъ; изрѣдка большіе и малые лимфоциты, эпителий конъюнктивы; диплококки булкообразные, обезличивающіеся по Граму, преимущественно внутри-кѣтъчно. Въ намазѣ изъ отдѣляемаго половыхъ органовъ матери также обнаружены булкообразные обезличивающіеся по Граму диплококки.

№ 3676. К.—вичъ. VI рага. Положеніе первое продольное. Прележаніе темени. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія младенца 27 ч. 40 м. Бѣли съ половинъ беременности, умѣренные; рѣзы при мочеспусканіи род.

отрицает. Роды 21 ноября 1909 г. Вып. 29 ноября. Высшая t° 39,3°. Младенец ж. п. Вѣсъ 3490.

27 ноября. Появилось обильное гноетечение изъ обоихъ глазъ. Гной желтовато-бѣлаго цвѣта, довольно густой. Конъюнктивита сильно гиперемизирована. Переходная складка немного отека. Бархатистости на конъюнктивѣ не замѣтно. Вѣки умѣренно припухли.

28 ноября. Гноетечение меньше, припухлость вѣкъ незначительная.

Въ мази: много гнойныхъ тѣлецъ, полинуклеаровъ; мѣстами больше и (рѣдко) малые лимфоциты. Диплококки, морфологически сходные съ гонококками, немного больше послѣднихъ; встрѣчаются внутри-клеточно; въ общемъ по количеству мало; обезцвѣчиваются по Граму. Единичные кокки, окрашивающіеся по Граму.

Послѣвъ: 29 ноября. Гонококковъ колоній не обнаружено. 8 колоній сѣровато-бѣлаго цвѣта, круглыхъ, влажныхъ, блестящихъ, равномерно выпуклыхъ. При увеличеніи Z , ок. 2, об. № 3, равномерно мелко-зернистыя, коричнево-буроватого цвѣта, съ ровными краями.

13 колоній желтоватого цвѣта, похожихъ на предыдущія.

Въ мази въ тѣхъ и другихъ колоній обнаружены стафилококки, окрашивающіеся по Граму.

29 ноября. Отдѣлений изъ глазъ почти нѣтъ.

Температура у матери въ послѣродовомъ періодѣ: 24 октября: y —37,4°, v —39,3°, 25 октября: y —38,0°, v —38,9°; 26 октября: y —37,5°, v —38,0°; съ 27 октября—нормальная.

№ 3741. С—ва. II рага. Положеніе плода 1-е продольное. Предлежаніе затылочное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 15 ч. 20 м. За мѣсяцъ до родовъ появились обильныя разлагающія бѣлы. Рѣзы при мочеиспусканіи не было. Мужъ, по словамъ больной, повидимому, боленъ триперсомъ. Роды 27 ноября. Вып. 17 декабря 1909 г. Высш. t 39,8°. Лазар. Младенецъ м. п. Вѣсъ 4100, крѣпкій.

28 ноября. Появилось небольшое покраснѣніе конъюнктивы праваго глаза и небольшое серозно-гноинное отдѣленіе.

29 ноября. Припухли вѣки; отдѣленія чисто гнойныя; при открываніи изливаются въ большомъ количествѣ. Конъюнктивита рѣзко гиперемизирована, отека.

Въ мази: много гнойныхъ тѣлецъ, полинуклеаровъ; мѣстами больше и (очень рѣдко) маленькіе лимфоциты. Плохо красящихся почти нѣтъ. Булкообразные диплококки, обезцвѣчивающіеся по Граму, расположенные кучками внутриклеточно (гонококки), въ порядочномъ количествѣ кокки, окрашивающіеся по Граму.

1 декабря. Сильная припухлость вѣкъ. Обильное отдѣленіе гноя. Другой глазъ здоровъ. Сдѣланъ посѣвъ.

2 декабря. 1) Нѣсколько колоній сѣроватыхъ, водянистыхъ полупрозрачныхъ съ неясными краями. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило гонококковъ. Перевивка на простыя среды (агаръ, бульонъ, желатина).

2 декабря. Нѣтъ роста.

2) Нѣсколько десятковъ сѣровато-бѣловатыхъ колоній круглыхъ, влажныхъ, блестящихъ. Микроскопическое изслѣдованіе — стафилококкъ.

4 декабря. Началъ гноиться лѣвый глазъ. Смазанъ 2/0 яписомъ.

6 декабря. Правый глазъ въ прежнемъ положеніи. Конъюнктивита сильно гиперемизирована, поверхность ея бархатиста, легко крошится.

Въ лѣвомъ глазу гноетечение меньше, смаз. 2/0 яписомъ.

8 декабря. Правый глазъ St. idem; отдѣлений изъ лѣваго глаза почти нѣтъ. Промываніе сулемой 1:6000.

10 декабря. Появилось опять гноетечение изъ лѣваго глаза.

12 декабря. Гноетечение изъ обоихъ глазъ одинаково обильное.

16 декабря. Выписаны. Гноетечение изъ глазъ меньше. Роговица обоихъ глазъ не поражена.

Магъ. Температура 28 ноября веч.—37,8°, 2 декабря веч.—38,0°, 7 декабря веч.—38,0°, 8 декабря веч.—39,8°. Съ 11 декабря температура у матери нормальная.

Намазъ изъ уретры у матери: гнойная тѣлица; эпителий уретры, булкообразные диплококки, обезцвѣчивающіеся по Граму; кокки и палочки, окрашивающіеся по Граму.

1910 годъ.

№ 1935. К—ва. II рага. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище нормальное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 15 мин. Бѣлы съ 5-го мѣсяца беременности. Рѣзы при мочеиспусканіи отрицаетъ. Вып. 6 мая. Наимышяя t 37,4°. Роды 29 апрѣля. Разрывъ промежности, швы. Температура у матери первые дни субфебрильная.

Младенецъ м. п. Вѣсъ 3500. Обычная профилактика сулемой по недосмотру произведена только въ ванной комнатѣ чрезъ 1—1½ часа послѣ родовъ.

1 мая. Замѣчено отдѣленіе густого желтоватого гноя изъ обоихъ глазъ. Конъюнктивита сильно гиперемизирована. Переходная складка припухла, отека. Вѣки также немного припухли, раскрываются съ трудомъ, причѣмъ изливается порядочное количество гноя.

Въ мази: полинуклеары въ большомъ количествѣ. Немного больше и (очень рѣдко) малыхъ лимфашей. Булкообразные диплококки, gr — кучками, внутриклеточно (гонококки), изрѣдка эпителий конъюнктивы. Сдѣланъ посѣвъ.

Послѣвъ: 2 мая. Чистая культура изъ водянистыхъ, сѣроватыхъ, полупрозрачныхъ колоній, круглыхъ съ неясно выраженными краями.

Въ мази: гонококки. Пересѣяно на простыя среды (месо—пептонъ—агаръ, бульонъ, желатина).

3 мая. Нѣтъ роста.

Гноетечение изъ глазъ обильное. Вѣки порядочно припухли.

4 мая. Въ мази изъ отдѣлений половыхъ органовъ матери: эпителий влагалища; гнойная тѣлица—полинуклеары, много въ стадіи некроза; детритъ, различныя палочки gr + и gr — кокки gr + и булкообразные диплококки gr — (гонококки). Сдѣланъ посѣвъ изъ отдѣлкаема.

5 мая. Выдѣлено нѣсколько колоній гонококка.

№ 1944. М—ва. V рага. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды ? . Отъ разрыва пузыря до рожденія плода—22 часа,

3 месяца страдает бѣлыми и рѣзью при мочеиспускании, по ея словам, послѣ паденія. Роды 29 апрѣля. Послѣродовой періодъ протекаетъ у матери безлихорадочно. Вып. 7 мая. Высш. т. 37,2°. Младенецъ и. п. Въсѣ 1940 (неоношенный).

1 мая. Появилось небольшое слизисто-гноинное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ; конъюнктивѣ умеренно гиперемизована; переходная складка немного отечна. Вѣки немного припухли, раскрываются довольно легко.

Въ мазкѣ: много гноинныхъ тѣлецъ; много булкообразныхъ диплококковъ, кучками, обезцвѣчивающихся по Граму, внутри кѣтокъ и внѣ ихъ. Сдѣланъ посѣвъ.

2 мая. Чистая культура гонококка. (Сѣровато-бѣловатая воднистая, круглая колонія съ неясно выраженными краями). Посѣвъ на обыкновенныхъ средахъ—(мясо-пептонъ—агаръ, желатинъ и бульонъ).

3 мая. Нѣтъ роста. Гноетечение изъ глазъ умеренное; вѣки мало припухли. Роговица обоихъ глазъ не поражена.

5 мая. Сдѣланъ намазъ изъ отдѣляемаго половыхъ органовъ матери: Гноинная тѣльца—полнуклеары въ большомъ количествѣ, частью въ состояніи некроза. Эпителіи влагалища, распада. Много палочекъ gr + и gr-, кокковъ gr + и булкообразные диплококки, обезцвѣчивающіеся по Граму въ гноинныхъ тѣлцахъ и внѣ ихъ, расположенные болѣею частью кучками. Посѣвъ на

6 мая. Выдѣлены колоніи гонококковъ. № 3121. М-ва VII или 3 раза. Положеніе 1-о продольное. Предлежаніе головное. Воды отошли 16 ноября въ 6 ч. утра. Роды 20 ноября въ 2 часа по полудни, т. е. отъ разрыва пузыря до рожденія плода—3 сутокъ и 20 час. Послѣ второго ребенка, по словамъ больной были обильныя бѣлы, продолжавшіяся 1—2 года. Рѣзы при мочеиспускании не напоминаютъ. Вып. 30 декабря. Высш. т° 38,8°. Младенецъ ж. п. Въсѣ 2600.

Заболѣваніе было замѣчено 20 октября, т. е. въ день родовъ въ 8 час. утра. Сильное припуханіе вѣкъ; обильное отдѣленіе желтовато-бѣлаго гноя, рѣзкая гиперемія и отечность конъюнктивы.

Въ мазкѣ: Гноинная тѣльца—полнуклеары, большіе и (рѣдко) малые лимфоциты. Булкообразные диплококки,—кучками внутри кѣтокъ и внѣ ихъ. Гонококки въ порядочномъ количествѣ. Сдѣланъ посѣвъ.

24 ноября. Сѣроватая, воднистая колонія съ неясными краями. Въ мазкѣ: гонококки. Нѣсколько колоній бѣлаго стафилококка. Гонококки пересѣяны на обыкновенныя среды (мясо-пептонъ—агаръ и бульонъ).

25 ноября. Нѣтъ роста.

Въ мазкѣ изъ отдѣленій половыхъ органовъ матери: Гноинная тѣльца—полнуклеары; эпителіи влагалища, распада; палочки gr + и gr-, кокки gr + и булкообразные диплококки, обезцвѣчивающіеся по Граму-гонококки.

Температура у матери 20—22 нормальная, 23 ноября. У. 36,7° В. 38,8° 24 ноября, У. 37,0° В. 37,2°. 25 ноября, У. 36,6° В. 37,1°. 26 ноября, У. 37,1° В. 37,5°, 27 ноября, У. 36,3° В. 37,7°, 28 ноября, У. 36,2° В. 37,9°, съ 29 ноября нормальная.

№ 3081. С-ва 1 раза. Положеніе 1-е продольное. Предлежаніе головное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 1 ч. 60 м. Рѣзы при

мочеиспусканій отрицаетъ. Вѣлы бывали предъ регулами; начались еще до за-мужества. Роды 17 ноября. Вып. 23 ноября. Высш. т° 37,2°. Младенецъ ж. п., въсѣ 2690.

20 ноября обнаружилось порядочное гноинное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, припуханіе вѣкъ, сильная гиперемія конъюнктивы и отечность переходной складки.

Въ мазкѣ: Гноинная тѣльца—полнуклеары, изрѣдка лимфоциты; немного красныхъ кровяныхъ шариковъ; много булкообразныхъ диплококковъ, обезцвѣчивающихся по Граму, кучками, преимущественно внутри кѣтокъ, которыхъ иногда сплошь набиты ими. Сдѣланъ посѣвъ.

21 ноября. Гноетечение болѣе. Припухлость вѣкъ увеличилась; раскрываются съ трудомъ. Конъюнктивѣ рѣзко гиперемизована, отечна, при дотрагиваніи легко кровоточитъ.

Въ культурахъ исключительно воднистыя, сѣровато-бѣловатая, круглая колонія-типа гонококковъ. Въ мазкѣ гонококки.

№ 268 М-ва. V раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе головное. Влагалище нормальное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 21 ч. 40 м. Вѣлы были, когда начались, не помнитъ. Рѣзы при мочеиспусканіи не помнитъ. Роды 24 января 1911 г. Вып. 30 января. Высш. т° 37,5°. Послѣ-родовой періодъ безлихорадочный. Премающая роды и послѣродовой періодъ также проходила благополучно. Предшущіе 4 діти глазами не болѣли. Ребен. ж. п., въсѣ 3150.

25 января. Замѣчено слезотеченіе изъ праваго глаза и гиперемія конъюнктивы.

26 января. Гноинное отдѣленіе изъ глазъ, сильная гиперемія конъюнктивы, небольшая отечность переходной складки и припуханіе вѣкъ. Лѣвая глазъ здоровъ.

27 января. Гноетечение изъ праваго глаза, изъ лѣваго слизисто-гноинное отдѣленіе, небольшая гиперемія конъюнктивы.

Въ мазкѣ: Гноинная тѣльца, почти исключительно полнуклеары. Эпителіи конъюнктивы. Множество диплококковъ, булкообразныхъ, обезцвѣчивающихся по Граму, расположенныхъ преимущественно внутри кѣтокъ, причемъ послѣднія иногда сплошь набиты ими. Посѣвъ на агаръ съ аси. жидкостью.

28 января. Чистая культура диплококковъ булкообразной формы, обезцвѣчивающихся по Граму. Диплококки нѣсколько болѣе величины, чѣмъ гонококки, на препаратѣ представляются болѣе разномыри величины и окраски. Колоніи (болѣе сотни) на агарѣ съ асцитъ: жидкостью, менѣе прозрачны и болѣе сѣроваты, чѣмъ гонококковыя, слегка выдаются надъ поверхностью среды. Края болѣешихъ колоній угловаты, неровныя. При увеличеніи обнаруживаются крупно-зернистое строеніе.

На бульонѣ, 4 февраля, крошковатый осадокъ на днѣ и на стѣнкахъ, 6 февраля. Реакція щелочная. Индола нѣтъ. Гиперноинный агаръ: 4 февраля, Колоніи сходныя съ вышеописанными на агарѣ съ асцитъ, жидкостью, но болѣе прозрачныя и воднистыя. Ростъ болѣе слабый и приближается къ виду гонококковыхъ колоній. Диплококки сходятъ съ *micrococcus catarrhalis*.

Въ желатинѣ по уколу: 9 февраля, зернистая образованія въ верхней

части укола и незначительное разращение на поверхности, зазубренной формы, сферовато-блѣватого цвѣта.

№ 777. Амб. листка Глази. Клини. Воен. Мед. Акад. 1 рага. Были бѣлы во время беременности; о рѣзи при мочеиспускании не упоминает. Воды отошли по словам матери около $\frac{1}{2}$ суток до рождения плода. Роды 3 февраля на дому; профилактика глаз не была сдѣлана. Послѣродовый період протекалъ съ лихорадкой.

Ребенок заболѣлъ 8 февраля. Сразу по словам больной появились обильное гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ.

21 февраля ребенокъ былъ доставленъ въ клинику. Порядочное припуханіе вѣкъ. Конъюнктивна сильно гиперемирована и отечна. Поверхность ея бархатиста, при дотрагивании кровоточитъ. Изъ глазной щели въ обильномъ количествѣ выделяется густой желтоватый гной. Смаз. 2% ляписомъ.

22 февраля. Глаза въ томъ же положеніи.

Въ мазкѣ: Множество гнойныхъ тѣлецъ-полинуклеаровъ; очень рѣдко встрѣчаются лимфоциты и эпителии конъюнктивы. Булкообразные диплококки, обещивающіеся по Граму въ обильномъ количествѣ, преимущественно внутри трихляточно въ гнойныхъ тѣлцахъ и эпителии конъюнктивы. Посѣвъ.

23 февраля. Сплошная культура типичныхъ гонококковыхъ колоній, круглыхъ, водянистыхъ, сѣроватыхъ, съ неясными краями.

Въ мазкѣ изъ нихъ булкообразный диплококкъ gr—Перевива на обычныхъ среды.

24 февраля. Не обнаружено роста.

№ 18394. Амб. Жен. Мед. Инст. VI рага. Бѣлы и рѣзъ при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 7 февраля — дома. Профилактики не было сдѣлано. Правый глазъ заболѣлъ 13 февраля, лѣвый 15 февраля, сильнымъ гнойотеченіемъ. 26 февраля. Наканунъ смаз. 2% ляписомъ.

27 февраля глазная щель раскрывается съ трудомъ, сильное припуханіе вѣкъ, отечность и рѣзкая гиперемія конъюнктивы, обильное отдѣленіе блѣватого гноя.

Въ мазкѣ: Множество гнойныхъ тѣлецъ-полинуклеаровъ изрѣдка лимфоциты и эпителии конъюнктивы; нѣкоторая гнойная тѣльца плохо и расщепчато красятся. Порядочное количество булкообразныхъ диплококковъ, обещивающихся по Граму, расположенныхъ преимущественно внутриклеточно.

Посѣвъ: 28 февраля. Множество водянистыхъ, сѣроватыхъ колоній съ неясными краями; въ мазкѣ—гонококки. Нѣсколько десятковъ колоній блѣлого стафилококка.

№ 18647. Амб. Жен. Мед. Инст.

Роды 26 февраля въ пріютъ на Посадской ул.; профилактики по словамъ матери не было сдѣлано. Бѣлыми страдаетъ со времени выхода замужъ. Тогда же была рѣзъ при мочеиспускании. Воды отошли за 18 час. до рождения ребенка.

3 марта сразу заболѣли по словамъ матери, оба глаза ребенка; появились сильное гнойотеченіе и припуханіе вѣкъ.

2-м. марта. Вѣки обоихъ глазъ умѣренно припухшія; конъюнктивна сильно гиперемирована, отечна, бархатиста. При раскрываніи вѣкъ изъ праваго выделяется большое количество густого желтоватого гноя, изъ лѣваго меньше.

Въ мазкѣ: Множество гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ изрѣдка лимфоциты, эпителии конъюнктивы. Порядочное количество обещивающихся по Граму булкообразныхъ диплококковъ, преимущественно внутри клетѣтокъ, изрѣдка кокки.

Посѣвъ: 12 марта. Множество водянистыхъ, сѣроватыхъ съ неясными краями круглыхъ колоній типа гонококковыхъ. Въ мазкѣ—гонококки. 3 колоніи блѣлого стафилококка.

19 апрѣля. Глаза почти не гноятся; роговица обоихъ глазъ здорова.

№ 1412. Амбул. глазн. Клини. В-Мед. Акад.

Бѣлы и рѣзъ при мочеиспускании отрицаетъ. Воды отошли приблизительно за $\frac{1}{4}$ часа до рождения плода.

Роды 12 марта дома. Профилактики глазъ не было.

17 марта заболѣлъ правый глазъ. Появилось обильное гнойное отдѣленіе, на слѣдующій день припухлость вѣкъ.

21 марта также заболѣлъ лѣвый глазъ.

23 марта накануне было сдѣлано смаз. 2% ляписомъ.

Вѣки праваго глаза сильно припухли, особенно верхнее. Конъюнктивна сильно отечна и гиперемирована, легко кровоточитъ при дотрагиваніи. На конъюнктивѣ верхняго вѣка блѣватая пленка, легко снимающаяся. Обильное гнойотеченіе. Вѣки лѣваго глаза меньше припухшія. Конъюнктивна довольно отечна и сильно гиперемирована, порядочно отдѣляетъ гнойнаго секрета.

Въ мазкѣ: Множество гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, изрѣдка лимфоциты, эпителии конъюнктивы. Много булкообразныхъ диплококковъ, обещивающихся по Граму, какъ въ клеткахъ, такъ и свободно лежащихъ. Сдѣланъ посѣвъ:

24 марта. Чистая культура—колоніи круглыхъ, водянистыхъ полупрозрачныхъ, сѣроватого цвѣта съ неясными краями. Въ мазкѣ—гонококки.

Негонококковая заболѣванія.

№ 3048. В-ва. II рага. Положеніе плода 2-е продольное. Предлежаніе затылочное. Послѣ разрыва пузыря роды продолжались 5 мин. Роды 12 октября 1909 г. Выписалась 18 октября. Высшая 1° 37,9". Младенцы жен. пола вѣсъ 2850.

16 октября появилось умѣренное гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ. Конъюнктивна гиперемирована. Небольшое припуханіе вѣкъ.

Въ теченіе 2-хъ дней впусканіе въ конъюнктиву по 1 разу въ день 1% раствора ляписа. Въ день изслѣдованія глаза не дезинфицировались.

18 октября. Въ мазкахъ. Порядочно гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ; сравнительно часто встрѣчаются болѣе лимфоциты. Довольно много встрѣчается кокковъ gr+, часто въ видѣ диплококковъ.

Посѣвъ: Нѣсколько десятковъ колоній желтоватого цвѣта, величиною около 1—2 м.м. Въ мазкѣ кокки gr+.

№ 3155. С-на. III рага. Положение 2-е продольное. Предлежание затылочное. Воды чистые, отошли за 35 м. до рождения плода. Били и рвз при мочеиспускании отрицает. Роды 19 октября 1909 г. Вып. 25 октября 1909 г. Выш. 1° 38'. Ребенок: вѣс 3.200. На лиць герез.

21 октября появилось гнойное отдѣление изъ обоихъ глазъ, сильная гиперемия конъюнктив, отечность переходной складки, небольшое припухание вѣкъ.

Въ мазкѣ: Гнойная тѣлца-полинуклеары въ большомъ количествѣ, изрѣдка лимфоциты и эпителий конъюнктивы. Микроорганизмы не обнаружены, изрѣдка отдельные кокки, окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ 22 марта—23 колонии бѣлаго стафилококка.

№ 3150. В-ва XI рага. Положение 2-е продольное. Предлежание затылочное. Воды чистые. Отъ разрыва плодныхъ пузырей до рождения плода 15 м. Били и рвз отрицает. Роды 19 октября 1909 г. Вып. 25 октября 1909 г.

Ребен. м. п.—вѣс 3.630 слабый, кормитъ съ ложки. Со дня рождения слезисто-гнойное небольшое отдѣление изъ глазъ, небольшая гиперемия конъюнктив; отечности переходной складки и припухания вѣкъ не замѣтно.

21 октября. Въ мазкѣ. Немного гнойныхъ тѣлецъ, слизи, изрѣдка одиночные стафилококки. Посѣвъ.

22 октября. Желтуха. Отдѣления изъ глазъ попрежнему.

Въ мазкѣ:—тоже. Посѣвы: нѣсколько десятковъ бѣлаго стафилококка един. колоний ксероаной палочки.

24 октября. Небольшое отдѣление изъ лѣваго глаза, правый здоровъ. № 3157. Р-ль VI рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды зеленые, безъ запаха; отъ разрыва пузырей до рождения плода 1 ч. 5 мин. Били и рвз при мочеиспускании род. отрицает. Роды 19 октября 1909 г. Вып. 30 октября. Младенецъ—вѣс 3.700. У матери 1° 20 октября в. 40,1°, 21 октября у. 38,6°, в. 40,4°, 22 октября у. 37,7°.

21 октября появились гиперемия конъюнктив и гнойное отдѣление изъ глазъ. Припухлости вѣкъ не замѣтно.

22 октября. Въ мазкѣ: Много гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, изрѣдка плохо крашившихся. Порядочно кокковъ, часто въ формѣ диплококковъ, круглыхъ, gr +, мѣстами внутри гнойныхъ тѣлецъ по нѣсколько штукъ вмѣстѣ.

Посѣвы: 23 октября нѣсколько десятковъ колоній бѣлаго стафилококка. Въ бульонѣ 14 октября равномерная муть. На желатинѣ по уколу: 26 октября—не разжижается.

22 октября. Отдѣления половых органовъ матери: гнойная тѣлца, эпителий влагалища; кокки и диплококки морфологически не сходные съ гонококками.

№ 3094. В-на. XI рага. Двойни № 1—1-е ягодичное, № 2—2-е ягодичное. Воды ? 2-й пер. 31 ч. Ручное извлечение обоихъ плодовъ. Роды 16 октября 1909 г. Вып. 28 октября. Выш. 1° 38,3°.

Младенецъ № 1-й; в. 2.900. Заб. 18 октября небольшое слезисто-гнойное отдѣление изъ обоихъ глазъ, незначительная гиперемия конъюнктив. Припухання вѣкъ не замѣтно.

22 октября Idem. Въ мазкѣ: слизи, немного гнойныхъ тѣлецъ, эпителий конъюнктивы, нѣрѣдка въ стали некроза. Изрѣдка одиночные кокки.

Посѣвъ 23 ноября. Нѣсколько колоній бѣлаго стафилококка. Младенецъ № 2-й—вѣс 3.450. Заб. 20 октября; небольшое слезисто-гнойное отдѣление, незначительная гиперемия конъюнктив. Припухання вѣкъ не замѣтно.

22 октября. Въ мазкѣ: слизи, очень немного полинуклеаровъ, изрѣдка эпителий конъюнктив съ зернистой протоплазмой, иногда въ стали некроза, отдельные кокки.

Посѣвъ: 23 октября. Нѣсколько колоній бѣлаго стафилококка.

№ 3172. К—на 1 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые. Отъ излитія водъ до изгнания плода 20 мин. Били и рвз при мочеиспускании отрицает. Роды 20 октября 1909 г. Вып. 26 октября Выш. 1° 37,1°. Ребен. м. п., вѣс 3.250.

22 октября появилось скудное слезисто-гнойное отдѣление изъ обоихъ глазъ, гиперемия конъюнктив и края вѣкъ. Припухання вѣкъ и отечности не замѣтно.

Въ мазкѣ: порядочное количество гнойныхъ тѣлецъ-полинуклеаровъ, изрѣдка эпителий конъюнктив; гонококковъ и другихъ микробовъ не обнаружено.

24 октября осталась незначительная гиперемия конъюнктив. Отдѣлений изъ глазъ мало.

№ 3176. Тр—ва 1 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые. Отъ разрыва пузырей до изгнания плода 1 ч. 40 м. Били въ послѣдніе мѣсяцы беременности, по временамъ рвз при мочеиспускании, Роды 20 октября 1909 г. Вып. 28 октября. Выш. 1° 38'. Младенецъ м. п. вѣс 3060.

22 октября обнаружилось слезисто-гнойное отдѣление сперва изъ праваго глаза. 23 октября изъ лѣваго глаза. Небольшая гиперемия конъюнктив; припухання и отечности вѣкъ нѣтъ.

Въ мазкѣ: слизи, очень мало гнойныхъ тѣлецъ; изрѣдка эпителий конъюнктив, и тѣ и другія клѣтки въ большинствѣ нежно и расплывчато окрашиваются.

Гонококковъ нѣтъ. Изрѣдка (единичные) кокки.

24 октября гиперемия конъюнктив меньше, отдѣлений почти нѣтъ. № 3189. П—ва 2 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые. Отъ разрыва пузырей до изгнания плода 2 час. Били и рвз при мочеиспускании отрицает. Роды 20 октября 1909 г. Вып. 27 октября. Выш. 1° 37,2°. Младенецъ ж. п., вѣс 2800.

22 октября началъ гноиться лѣвый глазъ.

23 октября небольшое слезисто-гнойное отдѣление изъ обоихъ глазъ. Порядочная гиперемия конъюнктив особенно лѣваго глаза. Небольшое припухание вѣкъ.

Въ мазкѣ: много гнойныхъ тѣлецъ, значительная часть которыхъ плохо и расплывчато красится. Порядочно эпителий конъюнктив. Изрѣдка кокки, окрашивающіеся по Граму, часто въ видѣ диплококковъ.

Посѣвъ не было сдѣлано.

№ 3136. Р—ва 4 рага. Положение 2-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистыя, за 20 мин. до рождения плода. Поступила въ родашъ съ полнымъ открытiемъ, не дезинфицировалась. Роды 18 октября 1909 г. Вып. 24 октября. Вышш. t° 37,3°. Младенецъ м. п., въсь 4400. 24 октября слегка сталъ гнiються правый глазъ. Небольшая гиперемiя конъюнктивы. Отечности переходной складки и припухания въсь не обнаружено. Въ мазкѣ: много полинуклеаровъ, порядочно большихъ лимфоцитовъ 2—5 въ полѣ зрѣнiя микроскопа, крупные коки, иногда въ видѣ диплококковъ, расположенныхъ мѣстами внутриклеточно въ выюлькахъ, окрашивающ. по Граму. Палочки окрашивающіеся по Граму; сарцины; всѣ виды въ единичныхъ экземплярахъ.

№ 3214. О—ва 3 рага. Положение 2-е продольное, предлежание затылочное. Воды ? Отъ разрыва пузыря до изгнания плода 1 часъ. Бѣли и рѣзъ при мочеиспускании отрицаеъ. Роды 22 октября 6 ч. веч. 1909 г. Вып. 29 октября. Вышш. t° 37,0°. Младенецъ ж. п., въсь 3060.

24 октября появилось небольшое слизисто-гноное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ; конъюнктивна гиперемирована. Отечности и припухания въсь нѣтъ. Въ мазкѣ: слизь; въ небольшомъ количествѣ гноинная тѣльца—полинуклеары, очень рѣдко большіе лимфоциты, эпителий конъюнктивы въ небольшомъ количествѣ. Очень рѣдко единичные коки.

№ 3196. А—ва 1 рага. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рождения плода 2 ч. 50 м. Рѣзы при мочеиспускании не было, бѣлы со второй половины беременности. Роды 21 октября. Вып. 30 октября. Вышш. t° 37,6°. Ребен. ж. п., въсь 3840.

26 октября появилось слизисто-гноное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ. Конъюнктивна гиперемирована. Переходная складка немного отечна. Бѣлы немного припухли.

28 октября гиперемiя меньше; припухлости въсь не замѣтно.

Въ мазкѣ: слизь, немного гноинныхъ тѣлецъ, нѣкоторая неясно и расплывчато окрашены. Изрѣдка эпителий конъюнктивы, единичные коки, окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ: 29 октября. Небольшія сѣровато-бѣлыя колоніи, величиной съ 1—2 мм. въ діаметрѣ, въ количествѣ нѣсколькихъ десятковъ—бѣлыя стафилококки.

№ 3205. Б—ва 3 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды отошли внѣ института. Отъ разрыва пузыря до рождения плода? Бѣлы и рѣзъ отрицаеъ. Роды 21 октября 1909 г. Вып. 28 октября. Вышш. t° 36,9°. Младенецъ ж. п., въсь 3550.

Съ 26 октября небольшое серозно-гноное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, гиперемiя конъюнктивы; отечности и припухания въсь не замѣтно.

28 октября. Status idem.

Въ мазкѣ: немного гноинныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, мѣстами плохо и расплывчато красящихся, изрѣдка лимфоциты и эпителий конъюнктивы. Единичные коки, иногда диплококки, окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ: 28 октября. 7 желтоватыхъ круглыхъ колоній и сѣровато-бѣловатыхъ налетъ. Бѣлый и золотистый стафилококки.

29 октября. Уколъ на желатинѣ изъ колоній золотистаго стафилококка. 3 ноября. Желатина разжижается съ поверхности.

29 октября. Уколъ на желатинѣ изъ колоній бѣлаго стафилококка. 3 ноября. Сѣровато-бѣловатая полоска, на поверхности неправильно круглой формы плоскія разраженія. Желатина не разжижается. 10 ноября. Желатина не разжижается.

№ 3271. М—ва 2 рага. Положение 2-е продольное, предлежание затылочное. Воды ? Отъ разрыва пузыря до изгнания плода 4 час. 10 м. Роды 26 октября 1909 г. Вышш. t° 37,1°. Вып. 31 октября. Младенецъ м. п., въсь 4150.

Периодичное слизисто-гноное отдѣленіе изъ лѣваго глаза, гиперемiя конъюнктивы, отечности и припухания въсь не замѣтно.

28 октября. Тоже самое и на правомъ глазу.

Въ мазкѣ. Порядочно гноинныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ изрѣдка лимфоциты. Единичные коки и палочки, окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ: 29 октября—10 колоній бѣлаго стафилококка; 3 колоніи жсерозной палочки; въ конденсационной волѣ муть и крошковатая пленка.

№ 3723. К—ва 1 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рождения плода 15 ч. 50 м. (слабѣе слабости родовой дѣятельности, роды окончены шипшами). Бѣлы и рѣзъ при мочеиспускании отрицаеъ. Роды 23 ноября 1909 г. Вып. 3 декабря. Вышш. t° 37,5°. Младенецъ въсь 2840, слабый, вялый.

28 ноября—небольшая гиперемiя конъюнктивы и небольшое слизисто-гноное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ; припухания въсь и отечности переходной складки не замѣтно.

Въ мазкѣ: Слизь, немного полинуклеаровъ, большинство изъ нихъ съ плохо и расплывчато красящимися ядрами; эпителий конъюнктивы; одиночные коки, изрѣдка палочки и т. п.

Посѣвъ: 29 ноября. Нѣсколько десятковъ колоній золотистаго стафилококка.

29 ноября—желат. уколъ: 2 декабря желатина разжижается съ поверхности.

29 ноября. Бульонъ; 30 ноября. Равнобѣдная муть.

№ 3710. А—ва 5 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Отъ разрыва пузыря до рождения плода ?

Воды грязныя, безъ запаха. Роды 22 ноября 1909 г. Вып. 29 ноября. Вышш. t° 37,1°. Ребенокъ м. п., въсь 3600.

28 ноября—небольшое серозно-гноное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ. Конъюнктивна гиперемирована, припухания въсь не замѣтно.

Въ мазкѣ: Гноинная тѣльца—полинуклеары, изрѣдка большіе, очень рѣдко малые лимфоциты. Коки окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ: 29 октября.—Болѣе сотни сѣровато-бѣловатыхъ колоній круглой формы, влажныхъ, блестящихъ, 1—2 мм. въ діаметрѣ. При увеличеніи желтовато-буроватого цвѣта, равномерно мелкозернистыя съ ровными ясно выраженными краями.

29 ноября. Бульонъ: 30 ноября. Равнобѣдная муть.

Желатина укол: 30 декабрь. Сыворотка полоска по уколу; на поверхности небольшая, плоская, неправильно круглой формы разражение. Желатина не разжижается. 10 декабря.—Желатина не разжижается.

№ 2008. X—на 1 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды за 4 ч. 20 м. Рзы при мочеиспускании не было; были во время беременности. Роды 3 мая 1910 г. Ребенок, вьсь 2800—слабый.

8 мая появилось небольшое слизисто-гнойное отделение из обоих глаз, гиперемия конъюнктивы; припухание вьсь нть.

Вь мазок: Порядочно гноимых тьлец—полинуклеаров. Изрьдка эпителий конъюнктивы. Одноточные кокки.

Посвь: стафилококки, окрашивающиеся по Граму, нтьсколы колоний № 2010. 3 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды за 20 мин. до рождения плода. Рзы при мочеиспускании и бьль не было. Роды 3 мая 1910 г. Младенец м. п., вьсь 3740, дл. 50.

7 мая появилось небольшое слизисто-гнойное отделение из обоих глаз, небольшая гиперемия конъюнктивы без припухания вьсь.

2 мая Idem. Вьть намаз и посвь.

Мазок: изрьдка гноимых тьльца, кокки окрашивающиеся по Граму. Посвь: 12 мая.—Нтьсколы бьловатых круглых, влажных колоний.

№ 2059. М—ва. 6 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые. От разрыва пузыря до рождения плода—20 мин. Бьли и рзы при мочеиспускании отрицаеь. Роды 6 мая, вып. 18 мая. Младенец м. п., вьсь 4000.

10 мая—появилось небольшое слизисто-гнойное отделение из обоих глаз; конъюнктив гиперимирована; припухание вьсь не замьтно.

Мазок: Немного гноимых тьлец преимущественно полинуклеаров. Эпителий конъюнктивы, слизи, микробов не обнаружено. 10 мая—Посвь. 11 мая—№ 1—Сыворотка-бьловатая колония величина около $\frac{1}{2}$ —1 мм. вь диаметр. Плоская полупрозрачная, сь почти ровными краями. При увеличении, сыворотка-буроватого цвьта, нтьжно мелкозернистого строения, сь нтьжными краями.

Мазок—стрептококки, окрашивающиеся по Граму.

11 мая—10 г. № 2132. 8 рага. Воды за 5 мин. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Бьли вьь конць беременности. Рзы отрицаеь. Роды 10 мая. Вып. 16 мая. Высь. № 37,4°. Младенец, вьсь 4200 м. п.

Вьь день родовь замьтно небольшое слизисто-гнойное отделение из правого глаза, небольшая гиперемия конъюнктивы; припухание вьсь не было.

13 мая—отдльен меньше.

14 мая—глаза зловоры.

Мазок: Слизь, много плоских эпителиальных ятьлок мьстами плохо красящихся; порядочно гноимых тьлец—полинуклеаров, частью хорошо сохранившихся, частью плохо и расплывчато красящихся, изрьдка кокки г-.

№ 2789. В—о. 1 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное, задний вьдь. Влагалище нормальное. Воды чистые. От разрыва пузыря до рождения плода бьль 9 ч. Бьли небольшая еще до замужества, рзы при

мочеиспускании отрицаеь. Роды 24 октября. Вып. 2 октября. Высь. № 37,4°. Младенец м. п., вьсь 2250.

25 октября. Появилось небольшое слизисто-гнойное отделение. Конъюнктив гиперимирована. Припухлости вьсь нть.

26 мая. Отдльен бьль.

Мазок. Гноимых тьльца. Изрьдка эпителий конъюнктивы. Одноточные палочки, окрашивающиеся по Граму. Сдьлан посвь.

30 мая. № 1. Десять сыворотка-бьловатых круглых колоний сь неровными краями, около 1—2 мм. вь диаметр, суховатых.

Мазок. Кеерозная палочка.

№ 2. Около полустоты колоний бьлого стафилококка.

30 октября. Отдльен меньше. Гиперемия конъюнктивы меньше.

31 октября. Отдльен не замьтно.

№ 16938 изь Амбулат. Жен. Мис. Института. М—нь.

28 октября. М. М. 11 мьс. Волень—1 неделю. Рзыо выраженная бленноррея. Мать страдала бьльми.

Мазок. Гноимых тьльца. Очень мало диплококковь морфологически не сходных сь гонококками. Тонкия маленькия палочки сь загнутыми концами, которыми нтькоторыя ятьлки набиты вьь бьольшомь количествь. Иногда палочки расположены по 2 вьсьть, какь диплококки. Вь нтькоторых на концахь замьтно полнотное окрашивание.

Палочки сходны сь b. influenza.

№ 2817. С—ва 4 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые. От разрыва пузыря до рождения плода 30 мин. Бьли небольшая бьли по вьходь замужь, сколько продолжались не помнит. Рзы при мочеиспускании, по словамь бьлой не было. Роды 25 октября. Вып. 31 октября. Высь. № 36,8°. Младенец ж. п., вьсь 2870.

29 октября. Заболеть правый глаз. Небольшое покрасньение конъюнктивы, слизисто-гнойное отделение, припухание вьсь не замьтно.

Мазок. Гноимых тьльца—полинуклеары, нтьне плохо и расплывчато красящиеся, эпителий конъюнктивы. Кокки вьь бьольшомь количествь, нтьгда вь вьдь диплококковь. Вь одномь препарать кучка стрептококковь, окрашивающихся по Граму. Сдьлан посвь.

30 октября. Посвь. Бьлье сотни желтовато-глинистого цвьта колоний. Намаз, стафилококки г-.

31 октября. Отдльен изь глаз меньше. Гиперемия конъюнктивы по прежнему.

№ 3041. К—ва 2 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды грязныя, безь запаха. От разрыва пузыря до рождения плода 1 час. 5 м. Бьли и рзы отрицаеь. Роды 14 ноября 1910 г. Вып. 23 ноября. Высь. № 37,6°. Младенец п. м., вьсь 3610.

Заболеть 20 ноября. Гиперемия конъюнктивы и небольшое слизисто-гнойное отделение изь обоих глаз. Припухание вьсь не замьтно.

23 ноября. Небольшое припухание вьсь, гноимое отделение изь обоих глаз. Конъюнктив сильно гиперимирована, легко кровоточит.

Мазок. Гноимых тьльца—полинуклеары, сравнительно много лимфоци-

товъ; красные кровяные шарики, эпителий конъюнктивы; гонококковъ не обнаружено. Палочки сходны съ ложно-дифтерийными, кокки, и тѣ и другіе окрашиваются по Граму, сдѣланъ посѣвъ.

24 ноября. Около 2 десятковъ круглыхъ колоній, влажныхъ, блестящихъ бѣлаго стафилококка.

Мазокъ. Кокки, окрашивающіеся по Граму. Около десяти колоній ложно-дифтерийной палочки.

23 ноября 10 г. М.—ва. № 3149. 1 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды отошли за 1 ч. 50 м. до рожденія плода. Бѣли 2 года, небольшая зеленоватая. Рѣзы при мочеиспускании по словамъ род. не было. Роды 22 ноября 1910 г. Младенецъ м. п., вѣсъ 3536.

23 ноября. Появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, небольшая гиперемія конъюнктивы. Припухання вѣкъ не замѣтно.

Мазокъ. Немного гноинныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ. Микробовъ не обнаружено.

Посѣвъ. Колоніи бѣлаго стафилококка. Желатина по уколу не разжижается.

№ 3295 В.—ва. рага. Обсужку. плоскій тазъ. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды буроватая, безъ запаха. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 71 часъ. Роды 6 декабря 1910 г. Высокіе шипцы. Разрывъ шейки матки, влагалища и промежности. Ручное удаленіе послѣда. Выш. №40,2 (Эндометритъ). Выпис. черезъ 55 дней. Младенецъ м. п., вѣсъ 4056.

7 дек. Лѣвый глазъ опухшій, немного отеченъ; въ окружности его замѣченъ кровоподтекъ, повидимому, отъ давленія ложкой шипцовъ. Небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ лѣваго глаза. Правый здоровъ.

8 декабря. Мазокъ: Гнойная тѣльца—полинуклеары, хорошо красящіеся. Эпителий конъюнктивы въ порядочномъ количествѣ. Изрѣдка попадаютъ окрашивающіеся по Граму кокки. Сдѣланъ посѣвъ.

9 декабря—13 колоній бѣлаго стафилококка.

№ 3235. 2 рага. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 20 мин. Бѣли и рѣзы при мочеиспускании отрицаютъ. Роды 29 ноября. Вып. 7 декабря. Выш. № 37,4 Младенецъ м. п., вѣсъ 3640.

5 декабря—обнаружилось небольшое припуханіе вѣкъ, и слизисто-гнойное отдѣленіе изъ праваго глаза.

6 декабря—тоже самое и въ лѣвомъ глазу. Конъюнктивѣ умѣренно гиперемизована.

7 декабря. Idem. Мазокъ: Гнойная тѣльца—полинуклеары, немного лимфоцитовъ. Многие съ плазмой и неясно красящимися ядрами. Гонококковъ не найдено; изрѣдка отдѣльные кокки, окрашивающіеся по Граму.

Посѣвъ: 2 декабря. Нѣсколько мѣстами слившихся колоній; бѣловатыхъ, круглыхъ, влажныхъ, блестящихъ. Намазъ—стафилококкъ.

1911 г. Ю—ль № 417. 3 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя, отошли за нѣдолго до родовъ. Поступила съ № 399. Бѣли и рѣзы при мочеиспускании отрицаютъ. Роды 5 февраля, 1911 г. въ 4 ч.

30 м. вечера. Вып. 13 февраля. Выш. № 38,1^а. Ребенокъ ж. п., вѣсъ 3500.

10 февраля. Замѣчено умѣренное слизисто-гнойное отдѣленіе и гиперемія конъюнктивы обоихъ глазъ.

12 февраля. Отдѣленія изъ глазъ немного окрашены въ буроватый цвѣтъ. Припуханія вѣкъ не замѣтно.

Мазокъ: Гнойная тѣльца въ большомъ количествѣ, преимущественно полинуклеары, эпителий конъюнктивы, изрѣдка лимфоциты. Толстая и длинная палочки иногда въ видѣ цѣпей, концы палочекъ не закруглены, палочки окрашиваются по Граму. Изрѣдка кокки. Сдѣланъ посѣвъ.

13 февраля. На сыроворотномъ агарѣ—таже палочка. Косой обыкновенный агаръ 23 февраля воднистый просвѣчивающій слизистый налетъ въ видѣ полоски.

Картофель. 23 февраля. Коричневый налетъ.

Бульонъ. 23 февраля. Равномерное помутнѣніе, на днѣ осадокъ.

Молоко. 23 февраля. Свертывается, выдѣляется порядочно сыворотки.

Колоніи на агарѣ. Круглая величиной 2—3 мм. въ диаметръ и больше, сѣровато-бѣловатого цвѣта. При увеличеніи желтоватого цвѣта, волоконистого строенія съ неровными войлокообразными краями. Мазокъ подъ микроскопомъ—вышеописанная палочка, обладаетъ слабыми движеніями.

№ 485. С—о 1 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя, отошли за 25 час. до рожденія плода. Бѣли около года. Была рѣзъ при мочеиспускании въ началѣ, когда появились бѣли. Роды 10 февраля въ 10 ч. веч. Вып. 18 февраля. Выш. № 37,2^а. Послѣродовой періодъ безлихорадочный. Младенецъ ж. п., вѣсъ 2960.

15 февраля. Появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ праваго глаза, гиперемія конъюнктивы. Icterus Neonatorum.

Мазокъ: Гнойная тѣльца—преимущественно полинуклеары, значительная часть ихъ плохо и расплывчато красятся. Очень мало лимфоцитовъ и эпителий конъюнктивы. Много диплококковъ, окрашивающихся по Граму, иногда внутри кліткъ. Изрѣдка диплококки меньшей величины въ видѣ цѣпочекъ (диплострептококковъ). Сдѣланъ посѣвъ.

16 февраля. Около десятка бѣловатыхъ, круглыхъ, плоскихъ колоній величиной отъ 1—2 мм. съ влажной поверхностью и ровными краями. Нѣсколько колоній слившихся. При слабомъ увеличеніи колоніи желтоватого цвѣта, рага воднистые, нѣжно очерченные. Строеніе равномерное; мелкозернистое.

23 февраля. Пересѣяно на желатину по уколу. 26 февраля. Зернистая нить сѣровато-желтоватого цвѣта. На поверхности нѣтъ разраженія. 1 марта. Желатина не разжижается.

Агаръ косой. 25 февраля. Сѣровато-бѣловатый влажный налетъ, довольно тонкій. Конденсационная вода мутновата, на днѣ осадокъ.

Агаръ по уколу. Зернистая нить. Незначительныя разраженія на поверхности.

Бульонъ. 25 февраля. Равномерная муть.

Молоко. 26 февраля. Слабая ростъ, молоко не створаживается.

Картофель. 28 февраля. Нѣтъ роста.

№ 511. М—ва 9 руга. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые, отошли за 20 мин. до родов. Бъли съ 4-го мѣсяца беременности, небольшая. Рѣзь при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 13 февраля въ 1 ч. 30 м. по полуночи. Вып. 19 февраля. Высш. ° 37,4°. Младенецъ ж. п., въсь 3700.

15 февраля. Появилось небольшое слизисто-гноиное отдѣленіе изъ лѣваго глаза; небольшая гиперемія конъюнктивы. Терапія—промываніе борной водой.

Мазокъ. Немного гноиныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, сравнительно порядочное количество эпитеція конъюнктивы. Слизь. Гонококковъ и другихъ микробовъ не обнаружено. Сдѣланъ посѣвъ.

16 февраля. Idem. Другой глазъ здоровъ.

Въ послѣвахъ роста не замѣтно.

17 ноября. Отдѣленій меньше.

17 ноября. Отдѣленій почти нѣтъ, гиперемія конъюнктивы не замѣтна. № 588. 3 руга. Положение 3-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище нормальное. Воды отошли за 4 ч. 30 м. до начала родовъ. Бѣли и рѣзь при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 20 ноября въ 1 часъ по полуночи. Вып. 24 ноября. Высш. ° 37,5°. Послѣродовой періодъ протекалъ безъхородно. У перваго ребенка было небольшое гноетеченіе изъ оного глаза, продолжавшееся дня 4 по словамъ больной. Младенецъ ж. п., въсь 3000.

21 ноября. Замѣчено укрѣненное слизисто-гноиное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, изъ лѣваго больше. Укрѣненная гиперемія конъюнктивы, припухання въсь не замѣтно.

Мазокъ. Много гноиныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, какъ при настоящей бленнорее, изрядка лимфоцитовъ; очень мало эпитеція конъюнктивы. Гонококковъ и другихъ микробовъ не замѣтно.

Посѣвъ. 22 ноября. Нѣтъ роста.

№ 583. К—ва 1 руга. Положение 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Беременность протекала нормально, Влагалище нормальное. Воды чистые, отошли за 1 ч. 40 м. до рождения плода. Бѣли начались еще до замужества, когда не помнить. Рѣзь при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 20 ноября, правильные. Послѣродовой періодъ безъхородноч. Вып. 26 ноября. Высш. ° 37,2°. Въ день рожденія замѣчено молочно-бѣлаго цвѣта пятно на роговицѣ лѣваго глаза, приблизительно круглой формы, величиной 2—3 мм. въ диаметрѣ. Расположено почти по срединѣ роговицы, ближе къ внутреннему углу глаза. На поверхности замѣтна съѣтъ мелкихъ капилляровъ. Передняя камера уплощена. Радужная оболочка сращена съ описаннымъ образованіемъ. Конъюнктивна лѣваго глаза немного гиперемизирована. Замѣтно небольшое слизисто-гноиное отдѣленіе изъ глаза. Конъюнктивна праваго глаза едва гиперемизирована, отдѣленіе секрета изъ глаза незначительное.

22 ноября. Мазокъ. Мало гноиныхъ тѣлецъ, порядочно эпитеція конъюнктивы, частью въ состояніи полнуклеаровъ. Слизь. Микробовъ не обнаружено.

Посѣвъ. 24 ноября. Нѣтъ роста.

№ 989. В—съ. Ам. Глазъ. Кл. Воен.-Мед. Акад. 4 руга. Бѣли и рѣзь при мочеиспускании отрицаетъ. Воды отошли за 2—3 часа до рожденія плода.

Первыя дѣти глазами не бѣлили. Роды 18 ноября въ Выборгскомъ родильномъ приютѣ. Профилактика глазъ, по словамъ больной не была сдѣлана. 20 ноября заболѣлъ лѣвый глазъ.

Въ день взятія пробы вѣки сильно припухли. Конъюнктивна отечна и сильно гиперемизирована, легко кровоточитъ. Въ изобилии выделяется гной желтоватаго цвѣта. Приблизительно въ центрѣ роговицы сѣрый инфильтратъ. Мазокъ. Гноинья тѣльца—полинуклеары, изрядка лимфоциты и эпитеція конъюнктивы. Микробы изрядка, палочки и кокки, окрашивающіеся по Граму. Сдѣланъ посѣвъ.

24 февраля—8 колоній бѣлаго стафилококка. Въ конденсационной водѣ кромѣ того кероэзные палочки. Л. Е—чь, изъ Клинъ. Проф. Лебесева. Приемъ при госпитальной глазной клиникѣ проф. Вельяминова. 2 руга. Роды 18 февраля—4 ч. 55 м. утра. Температура нормальная. Доставленъ въ глазную клинику 22 февраля.

Диагнозъ по доставленному листку, поставленный прии доц. Зеленковскимъ blepharitis neonatorum. Смаз. въсь 2½ лямисомъ.

23 февраля—небольшое слизисто-гноиное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, гиперемія конъюнктивы. На подбородкѣ herpes.

Мазокъ до смазанья лямисомъ. Слизь; немного гноиныхъ тѣлецъ; эпитеція конъюнктивы въ состояніи полнуклеаровъ съ неясной окраской. Изрядка попадаются кокки, окрашивающіеся по Граму. Гонококковъ не найдено. Сдѣланъ посѣвъ.

24 февраля—около десятка круглыхъ бѣловатыхъ, влажныхъ колоній бѣлаго стафилококка. Есть слившіеся колоніи.

№ 630. Ш—ва. 3 руга. Положение 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Плодный пузырь порванъ во время прорыванія головки. Воды чистыя. Бѣли въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Рѣзь при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 23 февраля—9 ч. утра. Вып. 1 марта. Высш. ° 37,5°. Младенецъ м. п., въсь 3110.

Въ день родовъ замѣчено укрѣненное слизисто-гноиное отдѣленіе изъ праваго глаза, гиперемія конъюнктивы, безъ припухания вѣкъ.

25 февраля—отдѣленій меньше.

26 февраля—отдѣленіе секрета изъ конъюнктивы праваго глаза увеличилось. Характеръ его болѣе гноиный. Конъюнктивна порядочно гиперемизирована. Отечности и припухлости вѣкъ не замѣтно. Появилось небольшое слизисто-гноиное отдѣленіе изъ лѣваго глаза. Терапія: промыв. сулеюю 1:6000, компрессы изъ раствора Kali hypermanganicis.

Мазокъ: въ препаратѣ № 1 громаднаго количества палочки сходной съ № 417. Немного встрѣчаются тонкихъ и короткихъ палочекъ, обесцвѣчивающихся по Граму, которыхъ въ другомъ препаратѣ № 2 встрѣчается очень мало. Обесцвѣчивающіеся по Граму палочки съ закругленными концами. Нѣкоторыя имѣютъ полное окрашиваніе. Иногда встрѣчаются по 2 вѣсть, не рѣдко кучками, очень часто расположены внутригнойно.

Толщина палочки при окраскѣ фульсиномъ около 0,5 мм., длина 1 мм. рѣдко до 2 мм.

Встрѣчаются настолько короткія палочки, что походятъ на коковъ.
27 февраля—отдѣленіе изъ глазъ меньше.

27 февраля—отдѣлений изъ глазъ меньше.

28 февраля—отдѣлений почти нѣтъ.
№ 640. Ч.—ая. 2 раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище нормальное. Воды грязныя, безъ запаха. Воды отошли за 20 мин. до рожденія плода. Были бѣлы еще до замужества. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Роды 24 февраля въ 4 ч. дня. Вып. 2 марта. Выш. № 36,9. Ребенокъ ж. п., вѣсъ 4200.

26 февраля—замѣчено небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ и небольшая гиперемія конъюнктивы.
Мазокъ: немного гноинныхъ тѣлцъ—полинуклеаровъ. Нерѣдко эпителия конъюнктивы. Слизь. Изрѣдка встрѣчаются палочки, окрашивающіяся по Граму, сходныя съ № 417.

1 марта—гиперемія меньше, отдѣлений очень мало.

2 марта—глаза здоровы.

№ 605. Т.—ва. 1 раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище нормальное. Воды чистыя, отошли за 45 мин. до рожденія плода. Бѣлы и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Роды 21 февраля въ 6 ч. вечера. Послеродовый періодъ безлжкорачный. Выш. № 37¹. Вып. 1 марта. Ребенокъ ж. п., вѣсъ 2899—слабый.

28 февраля—появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, небольшая гиперемія конъюнктивы. Припуханія въкъ не замѣтно.

Мазокъ: изрѣдка гноинная тѣльца—полинуклеары, еще рѣже эпителия конъюнктивы, одиночные кокки, окрашивающіеся по Граму. Слизь, распалъ.

№ 859. А.—ва. 1 раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды отошли за 15 мин. до рожденія ребенка. Бѣлы, начались черезъ 2 мѣсяца послѣ замужества; тогда же была рѣзъ при мочеиспусканіи. Въ послѣдніе мѣсяцы беременности были развѣдающія. Роды 13 марта въ 10 ч. веч. благополучные. Вып. 21 марта. Младенецъ ж. п., вѣсъ 2440.

14 марта—утромъ замѣчено довольно обильное гноинное отдѣленіе изъ глазъ и гиперемія конъюнктивы. Припуханія въкъ нѣтъ. Вечеромъ отдѣлений очень мало; гиперемія конъюнктивы по прежнему.

Мазокъ: немного многоядерныхъ лейкоцитовъ. Слизь. Порядочно эпителия конъюнктивы. Микробовъ не обнаружено.

Посѣвъ.—0.

№ 826. Ф.—на. 3 раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя, отошли за 30 мин. до рожденія ребенка. Страдаетъ бѣлыми. Начались черезъ годъ послѣ замужества. Тогда же была рѣзъ при мочеиспусканіи. Послѣдніе мѣсяцы беременности были обильныя. Роды 2 марта въ 2 ч. дня благополучные. Вып. 18 марта. Выш. № 37,2. Младенецъ м. п., вѣсъ 3290.

15 марта—замѣчено умеренное слизисто-гноинное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, гиперемія конъюнктивы, небольшое припуханіе и отечность въкъ. Подопрѣлость за лѣвымъ ухомъ.

17 марта—отдѣлений изъ глазъ меньше.

Мазокъ. Множество гноинныхъ тѣлцъ—полинуклеаровъ, изрѣдка палочки,

подобныя ксерознымъ, кокки, окрашивающіеся по Граму, часто въ видѣ диплококковъ, иногда короткихъ цѣпочекъ и чучками, изрѣдка попадаются внутри, клѣточка.

Посѣвъ. Больше сотни круглыхъ, желтоватыхъ, влажныхъ колоній величиной 1—2 мм. при увеличеніи обнаруживающихъ равномерное мелкозернистое строеніе. Намазъ. Кокки gr+.

Бульонъ. 18 марта—ранокѣрное помутнѣніе.

Желатина 19 марта—23 марта—почти вся разжижена.

19 марта. Припуханія и отечности въкъ не замѣтно. Незначительное слизисто-гноинное отдѣленіе изъ глазъ. Гиперемія конъюнктивы уменьшилась.

20 марта—осталась незначительная гиперемія конъюнктивы. Родильница съ ребенкомъ выписана.

Количество коковъ въ препаратахъ настолько велико и находятся они въ препаратахъ такъ постоянно, какъ это въ видѣ случайнаго примѣса обычно не наблюдается.

№№ Военно-Мед. Акад. изъ Акуш. кл. проф. Лебедева. Приемъ при госпитальной клиникѣ. (Свидѣній не удалось достать).

23 марта—небольшое серозно-гноинное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ, гиперемія конъюнктивы. Отечности и припуханія въкъ не констатируется.

23 марта. Мазокъ:—изрѣдка эпителия конъюнктивы, гноинная тѣльца, инныя неясно красятся. Встрѣчаются одиночные кокки. Посѣвъ.

24 марта.—нѣсколько слившихся колоній бѣлаго стафилококка.

№ 1108. В.—къ. 1 раза. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Слизистая оболочка влагалища шероховатая гиперемизирована, воды—грязноватого цвѣта, непрозрачныя. Воды отошли за 10 ч. 20 м. до рожденія плода. Страдаетъ бѣлыми давно, не помнитъ сколько времени. Рѣзы при мочеиспусканіи отрицаетъ. Роды 7 апрѣля въ 6 ч. 53 м. утра. Вып. 13 апрѣля. Выш. № 37,1¹. Младенецъ ж. п., вѣсъ 3290.

Тотчасъ по рожденіи обнаружено отдѣленіе порядочнаго количества гноя изъ глазной щели обоихъ глазъ. Конъюнктивна порядочно гиперемизирована. Припуханія и отечности въкъ не обнаружено.

Мазокъ. Многоядерные лейкоциты въ порядочномъ количествѣ, лимфоциты, большіе и малые, въ незначительномъ количествѣ. Сравнительно много эпителия конъюнктивы, среди котораго встрѣчаются иногда болѣе интенсивно окрашенныя вклученія (хламидозон?). Микробовъ не найдено.

Посѣвъ. 17 марта. Никакого роста.

18 апрѣля. Отдѣлений изъ глазъ почти нѣтъ. Небольшая гиперемія конъюнктивы.

9 апрѣля. Отдѣлений изъ глазъ и гиперемія конъюнктивы не замѣтно.

№ 1485. Г.—на 5 іюля 7 года. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище чистое. Воды отошли болѣе чѣмъ за 3 часа до рожденія младенца. Страдаетъ бѣлыми со времени выхода замужъ; въ послѣдніе мѣсяцы беременности бѣлы обильныя. У предыдущаго ребенка глаза гноились, по словамъ матери, приблизительно въ теченіе мѣсяца. Роды 12 мая, въ 5 ч. пополудни. Вып. 10 мая. Выш. № 37,9¹. Младенецъ м. п., вѣсъ 3680.

18 мая. Появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣление изъ лѣваго глаза. Конъюнктивита обоихъ глазъ умеренно гиперемизирована.

Мазокъ. Гнойная тѣлца—полинуклеары въ умеренномъ количествѣ, изрѣдка лимфоциты и эпителии конъюнктивы, слизи. Изрѣдка кокки, окрашивающіяся по Граму.

Посѣвъ. 19 мая. 8 колоній бѣлаго стафилококка.

№ 1477. С.—о 1 рана. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Влагалище нормальное. Воды грязныя, безъ запаха. Отъ излітія водъ до рожденія младенца 2 ч. 45 м. Бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицатель. Роды 11 мая въ 6 ч. 45 м. вечера. Вып. 30 мая. Высш. т° 38,9°. Младенецъ м. п., вѣсъ 3040.

13 мая. Обнаружено небольшое слизисто-гнойное отдѣление изъ глазъ, гиперемія конъюнктивы. Припухання вѣкъ нѣтъ. Терапія, пром. борной водой 4 раза въ день. Ребенокъ безпokoенъ, температура нормальная.

15 мая. Ребенокъ безпokoенъ, температура веч. 39,3° испражнения съ кровью.

Мазокъ. Немного гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ. Изрѣдка эпителии конъюнктивы. Микробовъ не обнаружено. Сдѣланъ посѣвъ.

15 мая. 8 колоній желтаго стафилококка.

17 мая. Отдѣлений изъ глазъ меньше.

18 мая. На кожѣ есцема vesiculosum intertriginosum.

20 мая. Отдѣлений изъ глазъ почти нѣтъ, осталась небольшая гиперемія конъюнктивы.

22 мая. Слизисто-гнойное отдѣление изъ глазъ въ минимальномъ количествѣ.

№ 1508. П.—ва 6 рана. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя, отошли за 30 мин. до рожденія младенца. Бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицатель. Роды 14 мая въ 7 час. веч. Вып. 20 мая. Высш. т° 36,9. Младенецъ м. п., вѣсъ 4440.

18 мая. Появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣление изъ обоихъ глазъ, гиперемія и небольшое припухание вѣкъ. Терапія, промываніе борной водой 4 раза въ день.

20 мая, гиперемія конъюнктивы въ лѣвомъ глазу не замѣтна. Отдѣление конъюнктивы незначительное. Въ правомъ глазу гиперемія конъюнктивы порядочная, отдѣлений меньше. Icterus neonatorum.

Мазокъ. Порядочно гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ, изрѣдка встрѣчаются лимфоциты и эпителии конъюнктивы. Кокки, окрашивающіеся по Граму, нѣрѣдко въ видѣ диплококковъ, иногда (рѣдко) внутри клѣтокъ. Количество ихъ значительно больше, чѣмъ это обычно наблюдается и встрѣчаются они во всѣхъ препаратахъ. Сдѣланъ посѣвъ.

21 мая—82 колоніи бѣлаго стафилококка.

№ 19284. Жен. Мед. Инст. Амб. Глазн. Клин. В. 3—въ. Роды дома 15 апрѣля. Профилактики глазъ не было сдѣлано.

19 апрѣля. Заболѣлъ правый глазъ.

20 апрѣля. Забол. лѣвый. Ничѣмъ не лѣчили до прибытія въ клинику.

25 апрѣля. Обильное гнойотеченіе изъ обоихъ глазъ, конъюнктивита сильно

гиперемизирована. Вѣки припухшія и отечныя, самостоятельно ребенокъ глазъ не открываетъ.

Мазокъ. Гнойная тѣлца въ большомъ количествѣ; мѣстами плохо и неясно окрашены. Эпителии конъюнктивы, иногда въ полураспавшемся состояніи. Въ нѣкоторыхъ эпителиальныхъ клѣткахъ интенсивно окрашивающіяся включения (хламидозы)? Кокки, окрашивающіеся по Граму и палочки, склонныя съ ксерозной, иногда попадаютъ палочки, обезличивающіяся по Граму. Гonoкокковъ ни въ одномъ намазѣ не обнаружено. Сдѣланъ посѣвъ.

26 апрѣля—3 колоніи, круглыхъ, величиной 3 мм. діаметръ бѣлаго цвѣта влажныхъ, съ блестящей поверхностью.

На желатинѣ въ пластинкахъ 26 апрѣля—28 апрѣля—сѣровато-бѣловатая круглыхъ колоній, немного возвышающіяся надъ поверхностью, влажныхъ, блестящихъ. При увеличеніи желтовато-коричневого цвѣта съ радіальной исчерченностью, ясно выраженными краями.

Мазокъ: коротенькія палочки gr—уже на 3-й день плохо окрашиваются въ срединѣ (на подобіе споры). 12 колоній ксерозной палочки; 3 колоніи бѣлаго стафилококка.

№ 19247. Жен. Мед. Инст. Амб. Глазн. Клин. Н. У. родился 12 апрѣля въ родильномъ пріютѣ на Малой Посадской ул. Заболѣлъ со дня рожденія. Была ли примѣнена профилактика—неизвѣстно. Лѣчится 3 дня прижиганіями 2% ляписомъ и промываніями растворомъ сулемы.

25 апрѣля—небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ обоихъ глазъ; гиперемія конъюнктивы; припухання вѣкъ не замѣтно.

Мазокъ:—Слизь. Немного гнойныхъ тѣлецъ—полинуклеаровъ. Эпителии конъюнктивы. Микробовъ не обнаружено.

Посѣвъ: 25 апрѣля—4 мая—нѣтъ роста.

Гонококковые

заболевания.

Годы.	№№ по порядку.	№№ листов.	Полъ млад.	Вѣсъ млад.	Длина млад.	Общая прод. родовъ.	Прод. род. отъ разр. пузыря.	Характеръ заболеваний.
						ч. м.	ч. м.	
1909	1	3265	ж.	4150	—	4 15	— 50	Бленнор. I.
	2	1818	м.	3100	48	40 35	9 —	Бленнор. I.
	3	3741	м.	4100	53	20 35	15 10	Бленнор. I.
	4	3676	ж.	3510	51	28 50	27 40	Бленнор. II.
1910	5	1935	м.	3500	50	11 25	— 15	Бленнор. I.
	6	1944	м.	1940	44	8 50	8 50	Бленнор. II.
	7	3121	м.	2660	49	— —	3. с. 20 ч.	Бленнор. I.
	8	3081	ж.	2690	48	10 50	1 50	Бленнор. I.
1911	9	268	ж.	3150	50	3 10	22 —	Бленнор. II.
	10	777	—	—	—	—	Около 1/2 сут.	Бленнор. I.
	11	18394	—	—	—	—	—	Бленнор. I.
	12	18647	—	—	—	—	—	Бленнор. I.
	13	1412	—	—	—	—	Около 1/4 час.	Бленнор. I.

На который день	Мазки отдѣл.	Культуры изъ отдѣл.	Примѣчанія о матери.	Примѣчанія о младенцахъ.
2-й	Гонококки въ порядочн. количествахъ.	Гонококки и бѣл. стафил.	Бѣли.	—
5-й	Гонококки.	Гонококки и стафил.	Послѣ родов. пер. лихорад.	—
2-й	Гонококки.	"	Бѣли, въ секретѣ гонококки; послѣ род. пер. лихорад.	—
7-й	Гонококки немного.	Золот. и бѣл. стафил.	Послѣ родов. пер. лихорад.	—
3-й	Гонококки порядочно.	Гонококки.	Бѣли, въ секретѣ — гонококки.	Профилактикт. обм. глазъ чрезъ 1 — 1 1/2 часа послѣ родовъ.
3-й	Гонококки много.	"	Бѣли и рѣзъ при мочеиспуск., въ секретѣ гоноки.	Недоношен., слабый.
1-й	Гонококки порядочно.	Гонококки и бѣл. стафил.	Бѣли въ секретѣ гонококки; послѣ род. пер. лих.	Слабый, внутриутробная бленнорея.
4-й	Гонококки много.	Гонококки.	Бѣли.	Слабый; род. въ асфиксии, оживленъ.
2-й	"	"	Бѣли.	—
6-й	"	"	Бѣли, послѣ род. пер. лихорад.	Крѣпкий, здоровый, профилактики глазъ не было произведено.
7-й	Гонококки порядочно.	"	—	Профилактикти глазъ не было.
6-й	"	Гонококки и бѣл. стафил.	Бѣли и рѣзъ пра мочеиспуск.	Крѣпкий, здоровый; профилактики не было сдѣлано.
6-й	Гонококки много.	Гонококки.	—	Крѣпкий, здоровый; профилактики не было сдѣлано.

Негонококковые заболѣванія.

Годы.	№№ по поракку.	№№ листовъ.	Поль млад.	Вѣсь млад.	Длина млад.	Общая прод. родовъ.	Прод. род. отъ разр. пузъря.	Характеръ заболѣваній.	На который день.	Мази отдѣл.	Культуры изъ отдѣлен.	Примѣчанія о матери.	Примѣчанія о младенцахъ.
						ч. м.	ч. м.						
1909	1	3048	ж.	2850	50	13 40	— 5	Бленнор. II.	4-й	—	Зол. стафил.	—	Млад. слабый.
	2	3155	ж.	3200	52	16 35	— 35	Бленнор. II.	3-й	Изрѣдка кокки.	23 колонии бѣл. стафил.	Послѣрод. пер. лихорадочный.	На лицѣ Herpes.
	3	3150	м.	3630	51	5 25	— 25	Катар. II.	1-й	"	Нѣскол. дес. бѣл. стафил. ед. колонии ксерозн. пал.	—	Младенецъ слабый, кормится съ ложки; icterus neonatorum.
	4	3157	ж.	3700	51	16 35	1 5	Катар. I.	3-й	Кокки въ порядочномъ количествѣ.	Нѣскол. дес. колоний.	Послѣрод. пер. лихорадочный.	—
	5	3094	ж.	2900	52	25 25	30 55	Катар. III.	3-й	Кокки изрѣдка.	Бѣл. стафил. нѣск. колон.	Извлеченіе, послѣрод. пер. лихорадочный.	Слабый.
	6	2- мл.	ж.	3350	52	25 50	31 20	Катар. II.	5-й	"	"	—	—
	7	3172	м.	3250	55	11 25	— 20	Катар. II.	3-й	"	"	—	—
	8	3176	м.	3060	50	16 30	1 40	Катар. II.	3-й	Единичные кокки.	—	Бѣли въ послѣдніе мѣс. берем. и рѣзъ при мочеиспуск.; послѣрод. пер. лихорадочн.	—
	9	3189	ж.	2800	52	18 10	2 —	Катар. II.	3-й	Изр. кокки.	—	—	—
	10	3136	м.	4400	54	3 25	— 20	Катар. I.	7-й	Кокки, пал. сарцины gr +	—	Недезинфицирована перель родами.	—
	11	3214	ж.	3060	50	6 —	1 —	Катар. II.	3-й	Кокки изр.	—	—	—
	12	3196	ж.	3840	51	10 40	2 50	Еленн. II.	6-й	"	Бѣл. стафил. нѣск. дес. колоний.	Бѣли со 2-й половины беременности.	—
	13	3205	ж.	3550	53	5 30	воды от. до поступл.	Катар. II.	6-й	Изрѣдка кокки.	Зол. стафил. 7 колоний и бѣл. стафил.	—	—
	14	3723	—	2840	50	20 10	15 50	Катар. II.	5-й	Кокки изрѣдка, пал. gr +	Зол. стафил. нѣск. дес. колоний.	Щипцы.	Слабый.
	15	3710	м.	3600	51	17 55	? ?	Катар. I.	7-й	Кокки.	Бѣл. стафил.	Воды грязноватая безъ запаха.	—

Годы.	№№ по порядку.	№№ листов.	Поль млад.	Въсь млад.	Длина мезд.	Общая прод. родовъ.		Прод. род. отъ разр. пузыря.		Характеръ заболѣванія.	На который день.	Мазки отдѣл.	Культуры изъ отдѣлен.	Примѣчанія о матери.	Примѣчаніе о младенцахъ.
						ч.	м.	ч.	м.						
1910	16	3271	м.	4150	57	5	15	4	10	Катар. I.	3-й	Кокки, изрѣдка палочка gr +	Бѣл. стафил. 10 колоній, ксерозн. пал. 3 колоніи.	—	—
	17	2010	—	3740	50	10	10	—	20	Катар. II.	5-й	Кокки.	Бѣл. стафил.	—	—
	18	2008	—	2850	48	5	30	4	20	Катар. II.	6-й	—	Болѣе сотни колоній бѣл. стафил.	—	Icterus neonatorum.
	19	2059	м.	4000	48	6	50	—	20	Катар. I.	5-й	Стрепток.	—	—	—
	20	2132	м.	4200	51	5	35	—	5	Катар. II.	1-й	Бѣл. стафил.	—	—	—
	21	2789	м.	2250	47	70	25	9	—	Катар. I.	2-й	Палочка gr +	Ксерозн. пал., бѣл. стафил., нѣск. десятк. колоній.	Бѣли до заужива.	Слабыи.
	22	16938	м.	—	—	—	—	—	—	Вленнор. II.	—	b. influenzae?	—	—	Раб. 11 мѣс.
	23	2817	ж.	2870	52	9	10	—	30	Катар. II.	5-й	Кокки въ бол. колич., стрептокок.	Бѣл. стафил. болѣе сотни колоній.	Небольшія бѣли.	—
	24	3041	м.	3620	52	17	15	1	5	Вленнор. II.	7-й	Кокки, изрѣдка, палочки gr +	Нѣск. десятк. кол. бѣл. стафил. и ксерозн. пал.	—	—
	25	3149	м.	3560	50	19	50	1	50	Катар. II.	2-й	Бѣл. стафил.	—	Кондиломы на половых частяхъ.	—
1911	26	3295	м.	4050	53	17	45	71	—	Катар. II.	2-й	Кокки изрѣдка.	Бѣл. стафил. 18 колоній.	Воды буроватыя безъ запаха. Щипцы, послѣрод. пер. лихорадочный.	—
	27	3235	м.	3640	54	5	—	—	20	Катар. II.	7-й	Кокки изрѣдка.	Бѣл. стафил. нѣск. колон.	—	—
	28	417	ж.	3500	50	4	30	7 сут.	—	Катар. I.	6-й	Палочки и кокки gr +	Бѣл. стафил.	Послѣрод. пер. лихорадочный.	—
	29	485	ж.	2960	55	6	—	25	—	Катар. II.	6-й	Кокки много.	10 колоній бѣл. стафил.	Бѣли, рѣзъ при мочеиспусканіи.	Слабыи; icterus neonatorum.
	30	511	ж.	3700	52	17	30	—	20	Катар. II.	3-й	—	—	Бѣли съ половины беременности.	—

Годы.	№№ по порядку.	№№ листов.	Полъ млад.	Въсь млад.	Длина мила.	Общая прод. родовъ.		Прод. род. отъ разр. пузыря.		Характеръ заболеваний.	На который день.
						ч.	м.	ч.	м.		
31	588	ж.	3000	50	5	15	4	30	Катар. II.	2-й	
32	583	м.	3650	52	17	5	1	40	Катар. II.	1-й	
33	989	—	—	—	—	—	2—3	—	Веннор. II.	3-й	
34	Е-чъ	—	—	—	—	—	—	—	Веннор. II.	5-й	
35	630	м.	3110	50	4	40	—	5	Катар. I.	1-й	
36	640	ж.	4200	54	10	—	—	20	Катар. II.	3-й	
37	605	м.	2890	50	21	15	—	45	Катар. II.	8-й	
38	859	ж.	2440	46	18	50	—	15	Катар. I.	2-й	
39	826	м.	3290	52	10	40	—	30	Веннор. II.	5-й	
40	№ №	ж.	—	—	—	—	—	—	Катар. II.	3-й	
41	1108	ж.	3290	55	31	—	10	20	Катар. I.	1-й	
42	1485	м.	3680	54	8	15	3	—	Катар. II.	7-й	
43	1477	м.	3040	50	31	45	2	45	Катар. II.	3-й	
44	1508	м.	4440	—	—	—	—	30	Катар. II.	5-й	
45	19284	м.	—	—	—	—	—	—	Веннор. II.	—	
46	19247	м.	—	—	—	—	—	—	Катар. I.	—	

На который день.	Мазки отдл.	Культуры изъ отдлен.	Примѣчанія о матери.	Примѣчанія о младенцахъ.
2-й	—	—	—	1-й ребенокъ болять глазами.
1-й	—	—	Были до замужества.	—
3-й	Кокки и палочки gr +	Бѣл. стафил. ксерозн. пал.	—	—
5-й	Кокки рѣдка.	Бѣл. стафил.	—	На подбородкѣ herpes.
1-й	Палочки gr +, gr —, b. influenzae?	—	Были въ послѣдніе мѣсяцы беременности.	—
3-й	Пал. gr +	—	Были до замужества.	—
8-й	Кокки изъ рѣдка.	—	—	Слабый.
2-й	—	—	Были, рѣзъ при мочеиспускании.	Слабый, недоношенный.
5-й	Кокки и палочки gr +	Болѣе сотни колоній зол. стафил. и бѣл. стафил.	Были, рѣзъ при мочеиспускании.	Intertrigo за лѣвымъ ухомъ.
3-й	Кокки изъ рѣдка.	—	—	—
1-й	—	—	Были; воды грязноватыя.	Врожденное заболевание.
7-й	Кокки изъ рѣдка.	Бѣл. стафил. 8 колоній.	Были со времени выхода замужъ.	Предмущий реб. болять глазами.
3-й	—	8 колоній зол. стафил.	Послѣродовой пер. лихорад.	Лихорадочн. заболѣв.; испражнения съ кровью. На кожѣ—eczema vesiculosum intertriginosum.
5-й	Кокки много.	82 колоній бѣл. стафил.	—	Icterus neonatorum.
—	Палочки и кокки gr +	8 кол. бѣл. стаф., 12 колоній ксерозн. пал.	—	—
—	—	—	—	—

Из офтальмобленнорей, причиненных гонококками 10 были типичными жестокими заболеваниями, 3 отличались более слабо выраженными симптомами.

Из числа бленнорей 4 случая получены ввг Пивального Института. Из 9 бленнорей наблюдавшихся ввг самого Института—1 случай поздней бленнорей, на 7-й день и 8 ранних, из которых один—внутриутробной бленнорей; таким образом на счет недостаточности профилактики могут быть отнесены 7 ранних бленнорей и 1 поздняя. Бленнорей, вызванная *m. catarrhalis*, также отнесена ввг рядя гонококковых.

Что касается негонококковых заболеваний, то я считал удобным разделить их на 3 степени.

1. Заболевания типа бленнорей с несколько ослабленными симптомами, которые обозначены как *Blen. II*.
2. Гнойные катарры, обозначены, как *Cat. I* и
3. Обыкновенные катарры, обозначены как *Cat. II*.

Конъюнктивиты 1-й степени — 10

" 2-й " — 12

" 3-й " — 24

Всего 46

Из них 6 случаев получены ввг института, остальные 40 наблюдались ввг самого Института.

По началу заболеваний случаи распределялись так:

Дни послѣ рож-

дения 1-й 2-й 3-й 4-й 5-й 6-й 7-й 8-й
Число заболѣв. 6 5 12 1 9 5 5 1 44

Из этого распределения видно, что наибольшее число заболеваний выпадает на 3-й и 5-й дни от рождения и резко падает начиная с 8 дня. Сравнивая данные о началѣ заболеваний гонококковых и негонококковых видно, что какъ тѣ, такъ и другія совпадаютъ сь имѣющимися ввг литературѣ.

Если принять, какъ это дѣлаетъ большинство, заболевание конъюнктивы, обнаруживающіяся в течение первых пяти дней, за инфекцію во время родового акта, то вліяніе продолжительности періода от разрыва пузыря до изгнания

плода на заболевание конъюнктивы выразится такимъ образомъ ввг тѣх случаяхъ, гдѣ отмѣчено время отъ разрыва пузыря до рождения плода.

Время въ час. и мин.	м. 0—15	м. 15—30	м. ч. 30—1	ч. 1—3	ч. 3—6	ч. 6—24	Бол. сут.	Всего.
Гонококковая бленнорей .	2	—	1	1	—	6	2	12
Негонок. гнойн. конъюнктив.	2	2	—	3	—	—	—	7
Слизисто-гной- ные катарры.	2	2	—	1	1	3	1	10
Катарральные конъюнктив.	1	8	2	5	1	1	3	21
Всего . . .	7	12	3	10	2	10	6	50

Общая числа всѣх родовъ заболеваний конъюнктивы не обнаруживаютъ зависимости отъ ранняго излитія водъ. Хотя, принимая во вниманіе, что раннее излитіе водъ бываетъ болѣе рѣдко, можно считать, что и ввг нашихъ случаяхъ ввг общемъ при раннемъ отхожденіи водъ заболевания конъюнктивы встрѣчаются сравнительно часто. Безусловно сь этимъ согласуются хотя и небольшія цифры гонококковыхъ бленнорей раннее отхожденіе водъ отмѣчено болѣе чѣмъ ввг половинѣ случаевъ. Сюда же относится случай внутри утробнаго зараженія, ввг которомъ отмѣчено нахожденіе гонококковъ и ввг лохія матері.

Что касается вліянія вѣса младенцевъ на частоту заболеваний конъюнктивы, то здѣсь приходится отмѣтить 2 противоположныхъ момента.

Во-первыхъ увеличенный вѣсъ младенцевъ служить до нѣкоторой степени указаніемъ на трудные роды и слѣдовательно на увеличеніе шансовъ инфекціи, путемъ ли изслѣдованія, вслѣдствіе ранняго отхожденія водъ и пр.

Во-вторыхъ пониженный вѣсъ младенцевъ указываетъ на недоношенность, врожденную слабость, т. е. на тѣхъ младенцевъ, конъюнктивѣ которыхъ имѣетъ особенное предрасположеніе къ инфекціи и воспалительной реакціи вообще.

Такимъ образомъ, отклоненіе отъ средняго вѣса какъ ввг сторону плюса, такъ и ввг сторону минуса нужно разма-

тривать одинаково как моменты благоприятствующие частотѣ заболѣваній.

Заболѣванія по вѣсу младенцевъ, данныя о которыхъ удавалось получить, распределяются такъ:

Вѣсъ младенцевъ.	до 2500	2500—3250	3250—4000	4000 и выше	Всего.
Гонококк. бленнор.	1	4	2	2	9
Негонок. бленнор.	2	14	17	7	40
Всего . . .	3	18	19	9	49
% отношение . . .	6,1%	36,7%	38,8%	18,4%	

Насколько величина новорожденныхъ имѣетъ вліяніе на частоту инфекціи рисковано дѣлать положительныя заключенія, на основаніи такого небольшого матеріала. Однако сопоставляя процентныя отношенія по вѣсу заболѣвшихъ съ рождающимися (по отчету Института за 1904—1907 годъ) на матеріалѣ въ 8714 младенцевъ получаемъ, что младенцы большаго вѣса какъ будто заболѣваютъ чаще: заболѣвшихъ съ вѣсомъ больше 4000 18,4%, а вообще родившихся такого вѣса 9%. Въ остальныхъ рубрикахъ разница въ % отношеніи не представляетъ рѣзкихъ уклоненій.

Что касается общаго состоянія здоровья, то нужно отмѣтить, что въ числѣ больныхъ негонококковой бленнореей 11 младенцевъ отмѣчены, какъ слабыя, что составляетъ 23,9%, цифра настолько значительная, что она заставляетъ предполагать связь между общимъ состояніемъ здоровья и заболѣваніемъ конъюнктивы. Изъ упомянутыхъ 11 младенцевъ у 2 отмѣчено icterus neonatorum; кромѣ того это же заболѣваніе отмѣчено у 2 другихъ. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ изъ отдѣляемаго конъюнктивы былъ выдѣленъ бѣлый стафилококкъ. Въ 3-хъ случаяхъ какъ въ мазкахъ, такъ и въ культурахъ было констатировано увеличенное количество микроорганизмовъ.

Этотъ фактъ стоитъ въ нѣкоторомъ противорѣчій съ наблюдавшимся Löhlein'омъ благоприятнымъ теченіемъ гонококковой бленнорей у младенцевъ съ icterus neonatorum, которое онъ объясняетъ вреднымъ воздѣйствіемъ на гонококковъ желчнокислыхъ солей.

Возможно, что появленіе негонококковаго заболѣванія обуславливается пониженіемъ защитныхъ приспособленій

организма подѣ вліяніемъ угнетающаго дѣйствія тѣхъ же солей, благодаря чему болѣе стойкіе, чѣмъ гонококкъ микроорганизмы, какъ стафилококкъ получаютъ возможность размножаться. Во всякомъ случаѣ, какъ уже было упомянуто уже издавна замѣчено совпаденіе заболѣваній конъюнктивы и желтухи новорожденныхъ, благодаря чему прежніе авторы ставили первыя въ этиологическую зависимость отъ вторыхъ. Königstein, найдя на 648 дѣтей 181 = 28% съ icterus neonatorum, высказываетъ мнѣніе, что конъюнктивиты не находятся въ зависимости отъ icterus neonatorum.

Какъ очень вѣроятный этиологическій моментъ необходимо отмѣтить въ 1 случаѣ intertrigo за ухомъ, въ другомъ случаѣ herpes на подбородкѣ.

Бѣли у матерей отмѣчены въ 22 случаяхъ, т. е. почти въ 1/2 всѣхъ случаевъ. Интересно отмѣтить, что изъ 13 матерей дѣти которыхъ болѣли гонококковой бленнореей бѣли отмѣчены только у 9, причемъ у 4 въ отдѣленіяхъ изъ влагалища были констатированы гонококки. У пяти матерей послѣ родового періода протекалъ съ лихорадкой. Всего же отмѣченъ лихорадочный послѣродовой періодъ у 11 матерей, дѣти которыхъ болѣли гонококковой или негонококковой бленнореей. Въ 3 случаяхъ у матерей было примѣнено оперативное пособіе: у 2-хъ щипцы, у одной ручное извлеченіе плода.

Отмѣтки о заболѣваніи родового тракта матери такимъ образомъ подтверждаютъ связь между ними и заболѣваніемъ бленнореей глазъ у новорожденныхъ. Въ тоже время отсутствіе указаній въ 4-хъ случаяхъ на заболѣваніе матерей, дѣти которыхъ болѣли гонококковой бленнореей, полученной, повидимому, въ теченіе родового акта, а также отчасти отсутствіе указаній на заболѣваніе почти у 2/3 всѣхъ матерей, подтверждаютъ сдѣланное предыдущими изслѣдователями наблюденіе, что заболѣванія глазъ у младенцевъ и родовыхъ путей у матерей далеко не совпадаютъ, а потому нельзя ограничивать профилактику глазъ у новорожденныхъ только подозрительными въ смыслѣ заболѣванія матерей случаями, какъ это предлагалось многими авторами и даже нѣкоторыми въ недавнее время.

Изъ всѣхъ случаевъ бленнорреи, въ которыхъ не найдены были гонококки и которые были изслѣдованы бактериологически, 21 разъ найдены бѣлый стафилококкъ, въ 6 случаяхъ ксерозная палочка и въ 6—желтый стафилококкъ. Кроме того, въ 1 случаѣ катарра второй степени найдены въ мазкѣ стрептококки; въ одномъ случаѣ катарра первой степени обнаружены стрептококки; въ культурѣ оба вида, повидимому, сапрофитные, въ одномъ случаѣ палочка сходная съ *b. influenzae*; такая же палочка найдена у 11-ти мѣсячнаго ребенка, болѣвшаго бленнорреей 2-й степени.

Въ двухъ случаяхъ, гдѣ были найдены золотистый стафилококкъ и въ 7—бѣлый стафилококкъ, всего, слѣдовательно, въ 9 случаяхъ заболѣваніе носило характеръ бленнорреи 2-й степени. Въ 4 изъ этихъ случаевъ и въ 5 изъ случаевъ катарра 1-й степени, всего, слѣдовательно, въ 9 случаяхъ кокки найдены при посѣвахъ съ конъюнктивы въ такомъ большомъ количествѣ, въ какомъ со здоровой конъюнктивы ихъ получить обыкновенно не удается. Равнымъ образомъ и въ мазкахъ изъ отдѣляемаго конъюнктивы замѣчалось большее обычнаго количество кокковъ.

На основаніи вышеприведенныхъ наблюденій можно думать, что при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ конъюнктивы несомнѣнно происходитъ размноженіе стафилококковъ. Можно ли утверждать на основаніи этого, что стафилококки являются возбудителями заболѣванія конъюнктивы, какъ это думаетъ *Groenouw* на основаніи своихъ наблюденій, этотъ вопросъ остается открытымъ. Во всякомъ случаѣ стафилококки въ этомъ смыслѣ остаются подъ большимъ подозрѣніемъ. Абсолютнымъ доказательствомъ патогенности стафилококковъ служили бы случаи, когда переносомъ секрета, содержащаго извѣстный видъ стафилококка, изъ чистой культуры удавалось бы вызвать заболѣваніе конъюнктивы у человѣка, какъ это сдѣлано по отношенію къ гонококку. Отрицательные результаты во всякомъ случаѣ врядъ ли можно было бы выставлять доказательствомъ противнаго въ виду слабыхъ и не постоянныхъ патогенныхъ свойствъ стафилококковъ.

Что касается содержанія гонококковъ въ отдѣляемомъ конъюнктивы при гонококковыхъ бленнорреяхъ, то количе-

ство ихъ, повидимому, колеблется въ большихъ предѣлахъ. Въ первые дни заболѣванія количество ихъ по нашимъ наблюденіямъ значительно больше. Но уже въ концѣ первой недѣли оно значительно уменьшается. Продолжительность нахождения гонококковъ въ отдѣляемомъ конъюнктивы по независимости отъ насъ причинами не опредѣлялась; но судя по быстрому исчезновенію въ однихъ случаяхъ и по нахожденію ихъ въ большомъ количествѣ спустя даже значительное время отъ начала заболѣванія въ другихъ случаяхъ, продолжительность нахождения гонококковъ на конъюнктивѣ также колеблется въ значительныхъ предѣлахъ. Во многихъ случаяхъ, какъ уже было сказано, замѣчалось рѣзкое уменьшеніе гонококковъ уже спустя нѣсколько дней отъ начала заболѣванія. Это, возможно, зависѣло отъ того, что эти случаи подвергались леченію съ самаго начала у *Bumm'a* количество гонококковъ въ гистологическихъ препаратахъ уменьшалось только съ начала 3-й недѣли, а въ отдѣляемомъ конъюнктивы едва съ 4-й недѣли, причемъ въ это время они находились значительно рѣже внутри клѣтокъ и чаще внѣ ихъ. Однако позднѣйшими авторами, отмѣчалось въ большинствѣ случаевъ болѣе раннее, чѣмъ у *Bumm'a* исчезновеніе гонококковъ (*Waldstein, Herff*).

На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ изслѣдованій объ этиологіи бленнорреи глазъ у новорожденныхъ можно вывести слѣдующія положенія.

1.—Заболѣванія глазъ у новорожденныхъ помимо обычныхъ для заболѣванія глазъ вообще причинъ, получаютъ свое начало вслѣдствіе инфекции, происходящей отъ материнскихъ половыхъ путей.

2.—Инфекція происходитъ или въ связи съ родовымъ актомъ или, помимо этого, вслѣдствіе тѣснаго общенія младенца съ матерью въ первые дни жизни.

3.—Возбудителемъ наиболее тяжелыхъ заболѣваній глазъ въ большомъ числѣ случаевъ является тотъ же микробъ, который вызываетъ тяжелыя и длительныя заболѣванія женскаго полового аппарата, т. е. гонококкъ.

4.—Послѣдній при болѣе обширныхъ и обстоятельныхъ изслѣдованіяхъ оказался однако не исключительнымъ возбу-

дителем бленнорреи, а мѣнѣ чѣмъ въ половинѣ случаевъ настоящихъ типическихъ бленноррей, причемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ также возбудителемъ простыхъ катарровъ.

5) Конъюнктивитъ новорожденныхъ обнаруживаетъ большую склонность сравнительно съ конъюнктивитомъ взрослыхъ ко всякаго рода воспалительнымъ заболѣваніямъ, притомъ въ первые дни жизни младенца въ большей степени, чѣмъ спустя нѣкоторое время.

6.—Болѣе половины бленноррей вызываются другими патогенными для конъюнктивы микроорганизмами, стрептококками, пневмококками и др.; кромѣ того существуютъ виды бленноррей гдѣ биологическаго возбудителя заболѣванія не удается констатировать.

7.—Гонококковая инфекция занимаетъ первое мѣсто въ ряду причинъ, обуславливающихъ возникновение бленнорройнаго воспаления глазъ у новорожденныхъ, чаще всего влечетъ за собою пораженія роговицы и потерю зрѣнія, въ результатъ чего получается довольно высокій процентъ слѣпоты, обязанной своимъ происхожденіемъ этому заболѣванію.

8.—Клиническая картина бленнорреи не всегда даетъ возможность заключать о родѣ ея возбудителя, почему характеръ заболѣванія можно установить только съ помощью микроскопическаго изслѣдованія, отдѣляемаго конъюнктивы.

9.—Бленноррея глазъ, особенно гонококковая, не вызывая рѣзкихъ измѣненій въ конъюнктивѣ, можетъ давать помимо мѣстныхъ тяжелыхъ пораженій—потеря зрѣнія на 1 или оба глаза—также пораженія метастатическаго характера, подобно специфическимъ заболѣваніямъ слизистыхъ оболочекъ полового аппарата.

10.—Механизмъ переноса заразнаго начала съ половыхъ органовъ матери на глаза новорожденныхъ и мѣсто первичной локализации его приходится признать недостаточно изученнымъ.

10.—Внутриутробная бленноррея происходитъ въ большинствѣ случаевъ вслѣдствіе заноса инфекции въ околоплодную воду при ясно констатированномъ обыкновенномъ или нераспознаваемомъ высоколежащемъ надрывѣ плодныхъ оболочекъ въ самомъ началѣ или задолго до родового акта.

Часть II. Предупрежденіе бленнорреи.

Профилактические методы.

Общая профилактика и специальная. Соответственно этиологіи офтальмобленнорреи у новорожденныхъ, профилактика ея шла въ трехъ главныхъ направленіяхъ, имѣя въ виду борьбу: 1) съ инфекціей у матерей, съ цѣлью устранить попаданіе инфекции на дѣтскую конъюнктиву; 2) обезвреживаніе инфекции въ дѣтской конъюнктивѣ — специальная профилактика — и 3) предохраненіе младенцевъ въ первые дни жизни — профилактика, общая съ профилактикой и отъ другихъ инфекціонныхъ заболѣваній.

Въ виду того, что послѣдняя не имѣетъ specialнаго характера, въ ученіи о профилактикѣ разсматриваются собственно только двѣ первыя.

Какъ та, такъ и другая ведутъ свое начало съ очень давнихъ поръ, задолго до того, какъ были изучены возбудители заболѣванія, когда еще только клиническія наблюденія давали право предполагать, что источникомъ заболѣванія являются отдѣленія матери. О мѣрахъ профилактики, выработанныхъ въ то время на основаніи смутныхъ представлений о природѣ заболѣванія было уже вкратцѣ упомянуто и отмѣчено, что соответственно неопредѣленнымъ представленіямъ объ источникѣ заболѣванія, мѣры specialнаго характера перемѣщаются съ мѣрами общаго характера.

Gibson, повидимому, первый ясно сформулировалъ мѣры профилактики въ двухъ вышеупомянутыхъ направленіяхъ и съ тѣхъ поръ вопросъ шель только о томъ, должно ли имѣть въ виду главнымъ образомъ источникъ заболѣванія — мате-

ринские половые органы — или только мѣсто переноса инфекции — дѣтскую конъюнктиву. Съ началомъ и развитіемъ антисептики сторонники того или иного направленія примѣняли для профилактики бленнореи различныя антисептическія средства въ цѣляхъ дезинфекціи.

Въ нижеслѣдующемъ сдѣлана попытка разобраться въ литературныхъ данныхъ о профилактикѣ бленнореи не только по роду профилактическихъ средствъ, но и по методу ихъ примѣненія. При оцѣнкѣ результатовъ различныхъ методовъ нужно имѣть въ виду, что не всегда имѣется дѣло съ однороднымъ матеріаломъ въ смыслѣ оцѣнки заболѣванія, какъ бленнореи или какого-либо катарра, особенно безъ бактериологическаго изслѣдованія, какъ объ этомъ уже упоминалось выше. Для примѣра можно указать на данныя *Ahefeld'a* по которымъ за 1871—1882 годъ бленнорея исчислялась въ количествѣ отъ 2,75% до 7,97% ежегодно и 0—2 катарровъ, а съ тѣхъ поръ, какъ примѣнялось раздѣленіе на основаніи бактериологическаго изслѣдованія съ 1883—1887 годъ отмѣчалось отъ 0—0,61% бленнореи и 2—5 катарровъ.

Профилактическіе методы могутъ быть раздѣлены на двѣ большихъ категоріи, 1) преслѣдующія специальное сохраненіе конъюнктивы во время родовъ и 2) болѣе общія мѣры профилактики. Мѣропріятія послѣдняго рода въ сущности сводятся къ тѣмъ анти и асептическимъ мѣропріятіямъ, какія вообще употребляются для профилактики послѣродовыхъ заболѣваній. Сюда относятся: общія профилактика — дезинфекція воздуха, помѣщенія, персонала, обстановки и вообще предметовъ, приходящихъ въ соприкосновеніе съ больными и частная профилактика — 1) профилактика до родовъ: дезинфицирующія спринцеванія и вообще леченіе до родовъ; 2) профилактика во время родовъ. По мѣрѣ развитія антисептики вообще, развивалось и совершенствовалось анти и асептическое веденіе родовъ, до нѣкоторой степени независимо отъ цѣлей и задачъ specialнаго профилактическаго леченія глазъ, но въ то же время внося трудно поддающееся учету облегченіе въ задачи профилактики бленнореи.

Асептическая и антисептическая профилактика. Въ specialной профилактикѣ бленнореи глазъ съ самаго начала установились, можно сказать, два теченія: асептическое и антисептическое. И то, и другое, какъ видно изъ историческихъ справокъ, берутъ свое начало съ очень давняго времени. Сторонники перваго, такъ сказать, асептического направленія, придерживались двухъ взглядовъ: одни считали достаточнымъ анти- и асептического веденія родовъ, очищенія наружныхъ половыхъ органовъ и спринцеванія влагалища дезинфицирующими растворами; другіе считали также необходимымъ механическое очищеніе вѣкъ безъ примѣненія какихъ либо антисептическихъ средствъ. *Mermann*, примѣняя механическое очищеніе вѣкъ, пробовалъ не дѣлать даже внутренней дезинфекціи влагалища. Результаты будутъ приведены ниже. Очищеніе вѣкъ примѣнялось двумя способами — влажнымъ и сухимъ.

Исходя изъ того взгляда, что при очищеніи вѣкъ кипяченой или стерилизованной водой можно разжижать заразное начало и способствовать его введенію въ конъюнктивальный мѣшокъ, нѣкоторые высказывались противъ очищенія вѣкъ водой и рекомендовали обтираніе вѣкъ сухимъ матеріаломъ. Такъ *E. Cohn*, *Schirmer*, примѣняя вмѣсто воды обтираніе глазъ сухимъ матеріаломъ, получили небольшое число заболѣваній, по ихъ мнѣнію и сравнительно для того времени. Первый на основаніи этого высказалъ мнѣніе, что, съ улучшеніемъ асептики и антисептики при родахъ, бленнорея, какъ и родильная горячка, сами по себѣ сводятся къ минимуму безъ specialной профилактики. Подобное же мнѣніе высказывалъ *Kaltenbach*, предложившій промываніе глазъ дистиллированной водой. Онъ выразилъ убѣжденіе, что инфекция глазъ во время прохожденія головки младенца черезъ влагалище не есть единственная, и можетъ быть даже не самая частая причина заболѣваній и что послѣдовательное зараженіе лохальнымъ секретомъ, переносъ отъ одного ребенка къ другому и распространеніе заразы отъ одного какого-либо инфицированнаго случая можетъ быть играть большую роль, чѣмъ инфекция въ моментъ родовъ. По его мнѣнію, эти причины не могутъ быть устранены профилактикой по *Credé* и уменьше-

ние случаев бленнорреи может быть в большой степени зависеть от устранения вредоносных начал и от всей чистоты, которая теперь проводится там, где вообще предсказывается профилактика.

Опубликованы следующие результаты такого асептического ведения профилактики:

Авторы.	Города.	Время.	Число жив. млад.	Число блен.	% отн. на 1000.
Valenta	Лайбахъ	1858—1880	4614	161	35 1)
Abbeg	Данцигъ	1871—1880	2266	60	30 2)
Schirmer	Эрлангенъ	1882	50	1	20
Grünewald	Петербургъ	1884	485	8	16
E. Cohn	Берлинъ	1886	653	13	19 3)
Kaltenbach	Гиссенъ	1886	200	—	— 4)
Korn	Дрезденъ	1887	1000	7	7 5)
"	"	1887	96	6	61
Сутугинъ	Москва	1887	4503	13	2,9 6)
Nabel	Вюрцбургъ	1888	330	—	— 7)
"	"	1888	85	1	12
Ahlfeld	Марбургъ	1888	130	—	—
Paul Bräsen	"	1892	728	1	1,4 8)
Bettmann	"	1893	1232	2	1,6 9)
(Данные 1883—1886)					
Mermann	Мангеймъ	1892	400	1	2,5 10)
"	"	1892	200	—	— 11)
Rivière	"	1892	200	2	10
"	"	1892	35	6	17,1
Snell	Шеффильдъ	1892	2000	—	—
Парышевъ	Петербургъ	1884—1892	1048	1	0,9 12)

Данные о применении такой, асептической профилактики неполны и неточны. Как видно из приведенного ма-

териала, во-первых, величина его в цифрах сравнительно небольшая; во-вторых, отмеченные результаты в силу, может быть, небольшого числа наблюдений, отличаются крайним непостоянством. Далъе, так как можно думать, что такой асептической профилактики придерживались многие, получившие обычные до введения специальной профилактики по *Haussmann*'у или *Crédé* не особенно благоприятные результаты, но не публиковавшие их отдельно, то было бы рискованно из вышеприведенного материала делать какие-нибудь определенные выводы. Однако, нельзя не замѣтить, что 1) в отдельных случаях получались результаты, близкие к тем, которые получались от применения метода *Crédé*, 2) с 1890 года получались в большинстве случаев лучшие результаты, чем с 1880—1890 гг. Во всяком случае из приведенных данных видно, что без применения дезинфицирующих средств для профилактики проходили series родов без или с минимальным количеством заболѣваний.

С тех пор, как стали известны свойства дезинфицирующих веществ, последние стали употреблять также и для специальной глазной профилактики. Первыми, применявшими специальную профилактику бленнорреи глаз у новорожденного, были, как уже упомянуто *Haase*, который применил для этой цели раствор хлористого кальция. Далъе *Sonnemayer*, *Elsässer*, *Schiss*, *Bischoff* и др. употребляли для профилактики бленнорреи глаз различные дезинфицирующие растворы. Сторонники антисептического направления в профилактику в свою очередь распались на два лагеря.

Haussmann, *Schirmer* и др., полагавшие, что инфекция попадает в конъюнктиву не во время родов, а только впоследствии во время мигания, считали достаточным удалять и дезинфицировать инфекционный секрет только с века, по возможности до открывания глаз и считали поэтому возможным оставить конъюнктиву без какого-либо воздействия; другие утверждали, что этого недостаточно и считали обязательной дезинфекцию конъюнктивы, так как утверждали, что инфекция уже в момент прорѣзывания головки попадает в конъюнктиву. Как известно, в литературу почти не имѣется данных для обоснования того или другого метода.

1) + 21 катаръ.

2) В полдорит. случаях проф. по *Crédé*.

3) 8 ран. + 5 позд. = 12 ран. + 7 позд. катар.

4) *Köstlin*, просматривая журналъ клиники *Kaltenbach*'а нашелъ за 1884 г. 5 блен. и 20 катар.

5) 4 ран. + 3 п. = 7 и еще 15 конъюнктив.

6) + 29 катар.; промыв. влагалища.

7) Но 3 легких катара (1 на 1-й день). 8) + 2 гнойных катара.

9) Спринцев. влагал. карбол. и сулемой.

10) Легкая бленноррея.

11) + 2 легких катара, излѣчивш. в 3—5 дней.

12) Врожден. бленнор.; тщательная спринцев. влагал. сулемой 1:2000.

Данные исследований *Cramer'a*, *Koblank'a* и *Walldard'a* с одной стороны, нашедших конъюнктиву только что родившихся детей совершенно стерильной и *Sikes* с другой, который в 25% выкультировал микроорганизмов из конъюнктивального мешка, находятся в некотором противоречии друг с другом. Метод предварительного обеззараживания родовых путей матери и вкв младенца получить обстоятельную обработку в работ *Hausmann'a* предложившего влагалищный спринцевания 2% карболовым раствором и обтирание вкв ваточными шариками, смоченными в 1% карболовом растворе. Другие методы этой же категории разнятся между собою только в деталях (время применения обтирания) или в выборе того или другого дезинфицирующего средства. Нельзя исключить, что при дезинфекции вкв часть дезинфицирующего раствора может попадать в конъюнктивальный мешок и там обнаруживать свои бактерицидные свойства. Таким образом, метод *Hausmann'a* заключается в себѣ и метод капельной профилактики, выдвинутый *Crede* в чистом виде, — т. е. метод дезинфекции вкв есть в сущности метод смешанный. Но, в виду резкого различия в основных исходных пунктах развития этих методов, именно, различных точек зрения на первичную локализацию инфекции, а также различия в применении дезинфицирующих средств и крепости их растворов, эти два метода противопоставлялись один другому с самого начала их возникновения. В виду того, что некоторые дезинфицирующие средства, употреблялись как по методу *Hausmann'a*, так и по методу *Crede* (сулема, карболка), т. е. в виде обмывания и в виде закапывания в конъюнктиву, я считал удобным более детальное рассмотрение результатов их применения привести по обычно принятому порядку, группируя результаты профилактики по роду применяемого средства. Здесь же считаю возможным упомянуть, что применение дезинфицирующих средств для очищения вкв дало по сравнительной оценке многих авторов лучшие результаты, чем механическая очистка водой или сухим материалом. Без применения дезинфицирующих растворов *Valenta* получил 35% заболеваний, а применяя обтирание вкв и

промывание конъюнктивного мешка с помощью шариков ваты, смоченных в растворе *Kali hypermanganici* цвета вина получил на 1588 младенцев 26 заболеваний — 16%. Однако на основании своих наблюдений он делает следующие выводы: 1) простая асептическая профилактика совершенно достаточна в большинстве случаев; 2) правильно проведенная не раздражающая антисептическая профилактика может быть рекомендуема; 3) Метод *Crede*, как опасный, нельзя доверять акушеркам.

Метод *Crede*. Еще лучше результаты, чем профилактика по методу *Hausmann'a* дало закапывание в конъюнктиву раствора ляписа по методу *Crede*.

Так *Königstein* без всякой профилактики получил на 1092 младенца 51 = 47% бленнорей и 158 = 14% катарров. С профилактикой по *Hausmann'u* карболкой: на 1541 млад. — 21 = 14,1% бленнорей и 96 = катарров. С профилактикой по *Crede*: на 1250 младенцев — 9 = 7,2% бленнорей и 59 = 4,7% катара. Некоторые авторы применявшие метод *Crede* не отмечали существенного преимущества его перед другими методами. Так *Caro*, применяя с 1877 — 1883 г. спринцевания влагалища 2% карболовым раствором и обтирание глаз салициловым раствором на 2130 детей получил 33 заболевания = 15,5% — без поздних инфекций 10,3%, а с 1883 — 1886 г. применяя спринцевания влагалища сулемой 1:5000 и метод *Crede* на 1254 младенца получил 18 заболеваний = 14,4% — без поздних инфекций 10,4%. *Harmann* (1908 г.), приводит данные относительно 9680 род., где было применено простое обмывание глаз и получено 70 гнойных катарров = 7,2% и 4 случая повреждения глаза = 0,4%; на 3000 род. с профил. по *Crede* получено 37 забол. = 12% и 2 поврежд. глаза = 0,6%. *Erdberg* на основании статистического материала пытался даже доказать, что метод *Crede* уступает другим по действительности профилактики. Считая за бленнорею только те случаи, где найдены были гонококки, он высчитывал на 7216 младенцев без профилактики по *Crede* 37 заболеваний 5,1%, и сопоставляя полученные им цифры с выбранными из литературы же всего 14,870 младенцев,

леченных профилактически по *Crédé*, съ 116 заболѣваніями, т. е. 7,8‰, находилъ, что послѣдній методъ уступаетъ первому.

Успѣхи специальной профилактики путемъ примѣненія ляписа непосредственно на к-ву, подчеркнутые *Crédé*, дали новое направленіе въ ученіи о профилактикѣ бленнорреи, развитію котораго и были посвящены дальнѣйшія изысканія исключительно въ смыслѣ односторонней внутри-конъюнктивальной дезинфекціи. Исходя априорно изъ той точки зрѣнія, что инфекция попадаетъ въ к-ву уже въ моментъ родовъ, *Crédé* рѣшилъ воздѣйствовать на болѣзнетворное начало въ самомъ конъюнктивальномъ мѣстѣ. При этомъ въ противоположность предшественникамъ и сторонникамъ другихъ методовъ, примѣнявшихъ для дезинфекціи въѣкъ слабые дезинфецирующие растворы или даже просто дистиллированную воду и сухое обтираніе, изъ боязни нанести вредъ нѣжному органу зрѣнія, *Crédé* рѣшилъ примѣнить непосредственно на к-ву энергичное прижигающее средство—2‰ ляписа. Идея примѣненія ляписа для профилактики бленнорреи не нова. Въ 1873 году *Kehrer* примѣнялъ вкапываніе 1‰ ляписа у дѣтей гонорройныхъ матерей. Какъ извѣстно въ послѣдствіи названіемъ метода *Crédé* обозначали примѣненіе также болѣе слабыхъ чѣмъ 2‰ растворы ляписа. *Crédé* принадлежить честь систематическаго примѣненія этого средства для внутри-конъюнктивальной дезинфекціи, что и дало впервые опубликованные имъ блестящіе результаты профилактики.

Съ октября 1879 года *Crédé* впускалъ въ глаза новорожденныхъ растворъ буры 1:60, а съ декабря ляписъ 1:40 послѣ обмыванія 2‰ салициловымъ растворомъ. Съ іюня 1880 г. онъ оставилъ влагалищныя спринцеванія и дѣлалъ только вкапыванія 2‰ раствора ляписа съ послѣдующими салициловыми компрессами. Съ тѣхъ поръ онъ рѣдко наблюдалъ инфекцію и только усиленную секрецію въ теченіи 24 часовъ, которая затѣмъ исчезала.

Какъ результатъ такой профилактики *Crédé* приводитъ слѣдующую таблицу:

ГОДЫ.	Число род.	Число больн.	‰ отнош.
1874	323	45	13,6
1875	287	37	12,6
1876	367	29	9,1
1877	360	30	8,3
1878	353	35	9,8
1879	389	36	9,2
1880 до 31 мая	187	14	7,6
1880 отъ 1 іюня по 8 дек.	211	1	0,5

изъ которой видно, что съ начала, за первую половину 1880 года, когда употреблялись еще влагалищныя спринцеванія и уже вкапываніе ляписа въ растворѣ 1:40 процентъ заболѣваемости еще довольно высокъ, и только съ 1 іюня, когда оставлены были дезинфецирующія спринцеванія и впускался въ глаза 2‰ ляписъ подрядъ всѣмъ младенцамъ, заболѣванія сразу исчезли. Это обстоятельство авторъ объясняетъ тѣмъ, что въ первую половину 1880 года ляписъ впускался только младенцамъ отъ завѣдомо больныхъ матерей; изъ этихъ младенцевъ ни одинъ въ послѣдствіи не заболѣлъ бленнорреей.

Низкій процентъ заболѣваемости съ 1880 года установился постоянно:

	‰
За 1881 годъ на 400 дѣтей	1 забол. = 0,25
• 1882 418	2 = 0,49
• 1883 (3 м.) 131	—

При этомъ по словамъ *Crédé* въ случаѣ заболѣванія за 1880 г. младенецъ по недомотру не былъ дезинфецированъ; въ 1882 году въ одномъ случаѣ у матери была гоноррея и сифилисъ, и профилактическій методъ былъ проведенъ поздно; въ другомъ бленноррея присоединилась къ катаральному конъюнктивиту. Исключая эти случаи, *Crédé* находилъ, что ему удалось на матеріалѣ въ 1116 дѣтей свести процентъ заболѣваемости къ 0. Однако уже случай, гдѣ, по его же словамъ, бленноррея присоединилась къ катаральному конъюнктивиту, показываетъ, что этотъ методъ не даетъ полной гарантіи и отчасти указываетъ на высказанное *Cramer* о мнѣніи предположеніе, что раздраженіе, вызываемое ляписомъ, можетъ располагать къ развитію вторичныхъ заболѣваній. Самъ

Credé въ результатъ вкапыванія ляписа отмѣчаетъ серозное и слизистое отдѣленіе у преждевременно рожденныхъ дѣтей, иногда покраснѣніе, никогда припуханія.

Въ рукахъ другихъ авторовъ методъ не далъ такихъ блестящихъ результатовъ; у иныхъ, современниковъ этого метода, иногда худшіе результаты, чѣмъ безъ всякой профилактики и во всякомъ случаѣ даже у горячихъ приверженцевъ его не далъ абсолютной профилактики. Возможно, что въ числѣ заболѣваній отмѣчались, какъ не гонококковая заболѣванія, такъ и описанныя въ послѣдствіи *Cramer*омъ подъ названіемъ *arg-cataract* раздраженія конъюнктивы отъ вкапыванія ляписа. По *Eberth*у изъ 92 случаевъ бленнорреи зарегистрированныхъ въ клиникѣ въ Halle относительно 34, т. е. 37% было установлено по повѣркѣ указанными матерей, что акушерками было сдѣлано вкапываніе ляписа ихъ дѣтямъ. Отсюда авторъ дѣлаетъ выводъ, что правильное проведеніе профилактики доступно, повидимому, не всѣмъ акушеркамъ. *Bartels* у 5 дѣтей изъ 70 изслѣдованныхъ констатировалъ бленноррею, хотя имъ было сдѣлано профилактическое вкапываніе по *Credé*. Такие факты подмѣчены и другими авторами. *Ahefeld* въ своемъ руководствѣ приводитъ данныя *Hillmann*'а, по которымъ въ ленинской клиникѣ за 1895—1899 годы на 888 младенцевъ наблюдалось 18 бленноррей, несмотря на вкапываніе ляписа, что составляетъ 2%. Относительно дѣйствительности вкапыванія ляписа, какъ профилактическаго метода, былъ предпринятъ опросъ *H. Cohn*омъ множества врачей изъ германскихъ и австрійскихъ клиникъ.

На вопросъ—была ли примѣнена у заболѣвшихъ бленнорреей профилактика по *Credé*, 13 врачей отвѣтили знакомъ вопроса, 16 врачей на 286 случаевъ отвѣчали отрицательно, а 13 врачей на 310 больныхъ отмѣтили 36 случаевъ, когда наступила бленноррея, несмотря на вкапываніе по *Credé*, т. е. въ 12%. На это авторъ отмѣчаетъ, что послѣдніе врачи не могли знать, была ли впушена капля дѣйствительно въ глаза или на вѣки, какъ это можетъ быть у неопытныхъ студентовъ или акушеровъ, и пытается доказать, что методъ даетъ абсолютную профилактику. Приведенное имъ въ защиту метода объясненіе говоритъ отчасти противъ него — именно, что

для правильнаго примѣненія этого метода дѣйствительно необходимо извѣстный навыкъ и даже въ опытныхъ рукахъ, при тѣхъ условіяхъ, въ которыхъ этотъ методъ примѣняется и которая значительно сложнее примѣненія его въ обыкновенной глазной практикѣ, всегда возможна предполагаемая авторомъ ошибка. При этомъ остается подъ сомнѣніемъ — дѣйствительно ли вредитъ профилактикѣ то, что капля падаетъ въ конъюнктиву, а не на вѣки, если имѣть въ виду, что въ первое время инфекция, можетъ быть находится на вѣкахъ, а не на конъюнктивѣ. Какъ извѣстно *Ahefeld* предложилъ пускать дезинфицирующее вещество именно не на самую конъюнктиву, а скорѣй на вѣки (на внутренний уголъ глаза). Другія объясненія, которыя *H. Cohn* приводитъ относительно отдѣльныхъ случаевъ, гдѣ наступала бленноррея, несмотря на профилактику по *Credé*, какъ напримѣръ, то, что впускался 1% растворъ, а не 2%, что отмѣчено одновременно и вкапываніе и обтираніе глазъ по рожденіи головки не имѣютъ, повидимому, существеннаго значенія и съ большимъ безпристрастіемъ можно было бы признать, что въ этихъ случаяхъ методъ оказался недействительнымъ.

По даннымъ *Hecher*'а за періодъ времени съ 1860 по 1881 годъ на 18,451 младенца (исключая мертворожденныхъ) заболѣло 430, что составляетъ 2,4%. Изъ распредѣленія заболѣваній по годамъ видно, что % заболѣваній колебался отъ 0,8% — 5,2%. На 133 младенца, леченныхъ профилактически 1% ляписомъ заболѣло 4, т. е. 3%. О цѣломъ рядѣ авторовъ, наблюдавшихъ большой процентъ заболѣваній съ профилактикой по *Credé* упоминалось выше.

Несмотря на всѣ вышеприведенныя данныя при тщательной проверкѣ и на большомъ матеріалѣ другими авторами отмѣчено значительное пониженіе заболеваемости бленнорреей со времени распространенія метода *Credé*, какъ считаютъ многіе авторы, почти въ 10 разъ.

По даннымъ *Haab*'а до проф. по *Credé* на 42871 млад. было 3845 забол.—8,9%—послѣ на 10521 млад. 109 забол.—1%; по *Köstlin*у на 27767 млад. до проф. по *Credé* 9,24% забол. послѣ на 24723 млад. 0,65% заболѣваній.

По статистикѣ *Howe* (*Saenisch*) на 54000 наблюденьяхъ

отмѣчается паденіе числа заболѣваній съ 9,2% на 0,65%. По сообщенію *Meyer'a* въ копенгагенскихъ клиникахъ со времени введенія метода *Credé* заболѣванія бленнорреей упали съ 6% до количества менѣе, чѣмъ 2%. По статистикѣ *H. Cohn'a* на 24724 живыхъ младенцевъ, лечен. профил. по *Credé* было 0,65% заболѣваній; *Stephenson* на 51726 дѣтей, 0,75% *v. Herff* по собраннымъ имъ свѣдѣніямъ отмѣчаетъ заболѣваемость: въ Дрезденѣ на 7287 млад. 0,23%, въ Вюрцбургѣ на 5130 млад. 0,33%, въ Геттингенѣ на 1917 млад. 0,15%.

По *Toldt'y* въ Зальцбургѣ со времени введенія обязательнаго вкапыванія по *Credé* съ 1906 по 1909 г. на 25595 младенцевъ было въ среднемъ по 0,74%, 0,52%, 0,65% и 0,59% заболѣваній.

Непремѣннымъ условіемъ для успѣшной профилактики по методу *Credé* считаютъ (и подчеркиваютъ настоятельную необходимость этого) впускание дезинфицирующаго средства немедленно послѣ родовъ, исходя изъ той мысли, что уже при прохожденіи головки черезъ родовые пути, инфекция попадаетъ въ конъюнктивальный мѣшокъ. Самъ *Credé* не настаивалъ на примѣненіи профилактики тотчасъ послѣ родовъ, другіе подчеркивали важность этого обстоятельство. Такъ *Camillo Fürst* высказался, въ противоположность *Credé*, что дезинфекцію глазъ слѣдуетъ примѣнять не послѣ отдѣленія пуповины, а тотчасъ по рожденіи плода. Въ одной клиникѣ, по его словамъ, гдѣ примѣнялась профилактика по 1-му условію, при прочихъ равныхъ наблюдалось вдвое больше заболѣваній, чѣмъ во 2-хъ другихъ, гдѣ дѣйствовали согласно 2-му требованію. Матеріалъ автора около 10000 новорожденныхъ. *Felsenreich*, примѣняя профилактику до перевязки пуповины, получилъ на 3000 младенцевъ 58 заболѣваній, т. е. 1,93%. Насколько необходимо исполненіе такого требованія—трудно сказать, такъ какъ неизвѣстно, могутъ ли за нѣсколько минутъ, протекающихъ отъ рожденія плода до перевязки пуповины патогенные микробы, настолько выдѣлиться въ слизистую конъюнктивы, чтобы ускользнуть отъ воздѣйствія дезинфицирующаго раствора. Съ большіимъ вѣроятіемъ можно опасаться глубокаго прониканія микроорганизмовъ въ слизистую конъюнктивы за время отъ разрыва пузыря до рожденія

плода, когда инфекционное начало можетъ приходиться въ соприкосновеніе съ конъюнктивой въ теченіе нѣсколькихъ часовъ и нѣсколькихъ дней, какъ это показываютъ случаи врожденной бленнорреи.

Argentumcatarrh и прочіе недостатки метода. Одновременно съ гѣмъ, какъ методъ *Credé* совершалъ свое побѣдоносное шествіе, стали выясняться побочныя, нежелательныя стороны этого способа. Особенно обращало на себя вниманіе сильное раздраженіе, вызываемое яписомъ въ конъюнктивѣ глаза. Самъ *Credé* обратилъ на это вниманіе и для уменьшенія раздраженія рекомендовалъ салициловыя примочки. Большую сенсацію и много дебатовъ вызвала статья *Cramer'a* объ *argentumcatarrh*. Какъ пишетъ *Cramer*, различія въ оцѣнкѣ метода *Credé*, рѣзко обнаружились на медицинской секціи въ Бреславлѣ 1895 года (d. Schesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur zu Breslau), гдѣ мнѣніе акушеровъ, наблюдающихъ этотъ методъ непосредственно въ первые дни его примѣненія, не сходилось со взглядами офтальмологовъ, судившихъ о немъ по статистическимъ даннымъ. Послѣдствіемъ преній, возникшихъ по этому вопросу, была работа *H. Cohn'a*, въ которой онъ приходитъ къ заключенію, что заболѣваемость бленнорреей послѣ введенія метода *Credé* не особенно уменьшилась, но что этотъ методъ совершенно безвреденъ. Какъ справедливо замѣчаетъ *Cramer*, мнѣнія офтальмологовъ, на которыхъ главнымъ образомъ, сдѣланы выводы *H. Cohn'a* въ этомъ отношеніи менѣе компетентны и требуютъ поправокъ. Однако, и офтальмологъ д-ръ *Hoch (Базель)*, который имѣлъ возможность наблюдать послѣдствія отъ примѣненія метода *Credé*, у 100 новорожденныхъ, пишетъ, что онъ пришелъ въ ужасъ отъ множества жестокихъ слезисто гнойныхъ конъюнктивитовъ. Онъ же подчеркивалъ, что вызываемое профилактикой по *Credé* раздраженіе конъюнктивы можетъ маскировать появленіе бленнорреи. *Felsenreich* описалъ случай, когда наоборотъ бленноррея была принята за раздраженіе отъ вкапыванія по *Credé*. Бленноррея наступила на 2-й день. Плодный пузырь прорвался за 35 часовъ до родовъ. *Ahlfeld* (1894 г.) упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ послѣ

вкapyпыванія лясуса появлялося отдѣленіе густою гноя въ такомъ количествѣ, что это симулировало начинающуюся бленноррею. Въ другомъ подобномъ же случаѣ присоединилось специфическое воспаление. *Keilmann* также подчеркивалъ постоянное появленіе реакціи, которая часто представляется въ видѣ ясно выраженнаго катарра съ замѣтнымъ припуханіемъ вѣкъ и гнойнымъ секретомъ изъ конъюнктивы. При наблюденіи *argentumcatarrh'a Cramer* считаетъ важнымъ отмѣтить три обстоятельства: 1) продолжительность реакціи; 2) различіе въ реактивныхъ явленіяхъ у отдѣльныхъ младенцевъ независимо отъ техники (въ противоположность *Cohn'ty*, который ставитъ это въ зависимость отъ нея) и въ 3) какъ долго остается *argentumcatarrh* асептическимъ. Изслѣдуя 100 новорожденныхъ, онъ только у 4-хъ не нашелъ никакой реакціи на впусканіе лясуса; у 4-хъ чрезвычайно сильную, у 25—очень сильную; у 31—сильную реакцію и у 36—умѣренную, причѣмъ въ 7% отдѣленіе продолжалось 5 дней и въ 11 наступила вторичная инфекція.

Что касается различія въ реактивныхъ явленіяхъ у отдѣльныхъ младенцевъ въ зависимости отъ техники, то авторъ у части младенцевъ впускалъ въ 1 или оба глаза по 2 и больше капель и не замѣчалъ различія въ реактивныхъ явленіяхъ сравнительно съ тѣми младенцами, которымъ впускалось только по одной каплѣ. Авторъ объяснялъ это тѣмъ, что для одной капли одинаково мало мѣста въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ, какъ и для двухъ или болѣе; онъ при томъ думаетъ, что одной капли совершенно достаточно для того, чтобы вызвать воспаление. Различія реакціи въ зависимости отъ вѣса не замѣчалъ, исключая преждевременно рожденныхъ и двойней съ низкимъ вѣсомъ. Прежде всего приходится считатьъ, по его мнѣнію, съ индивидуальными особенностями, подобно тому, какъ это отмѣчено дерматологами относительно различнаго отношенія слизистой оболочки уретры къ препаратамъ серебра. Кроме того, авторъ обращаетъ вниманіе на особенности родового акта. Лицевыя и лобныя предлежанія, родоразрѣшеніе щипцами, повидимому, повышаютъ раздражимость конъюнктивы. Это является такъ регулярно, что авторъ считалъ ихъ противопоказаніемъ для при-

мненія метода *Credé*. Причина заключается въ томъ, что при вышеупомянутыхъ особенностяхъ родового акта, вслѣдствіе механическихъ причинъ, конъюнктива находится въ состояніи отека и гипереміи. Въ болѣе или менѣе измѣненномъ состояніи находится конъюнктива дѣтей по наблюденіямъ автора и при нормальныхъ родахъ. Кровеносные сосуды конъюнктивы глазного яблока сильно интенсифицированы, слизистая оболочка гиперэмирована, нѣсколько припухшая, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, именно при затянувшихся родахъ, а иногда и безъ видимыхъ причинъ, явственно отечна. Иногда на первый и второй день жизни даже безъ вкapyпыванія лясуса вѣки бываютъ отечны, какъ это отмѣчаетъ *Litsmann*. Объясняется это чисто механическими причинами — сдавливаніемъ кровеносныхъ сосудовъ (*vena ophthalmica infissa orbitalis superiore*), а не компенсаторной гипереміей.

Что оба глаза одного и того же ребенка не одинаково реагируютъ, это объясняется различіемъ механическаго воздействия на тотъ или другой глазъ.

Къ причинамъ, повышающимъ раздражимость конъюнктивы относится еще и то, что эпителий конъюнктивы, какъ и эпидермисъ кожи, находится въ состояніи нѣкотораго набуханія, вслѣдствіе пребыванія въ околоплодныхъ водахъ, особенно разлагающихся или инфицированныхъ. За это говорить также то обстоятельство, что бленноррея первыхъ дней бываетъ болѣе жестокой, чѣмъ позднѣйшая. Въ соотвѣтствіи съ этимъ находится и тотъ фактъ, что вкapyпываніе лясуса въ болѣе поздніе дни жизни едва въ состояніи вызвать реакцію, подобную той, которая наблюдается у новорожденныхъ.

Продолжительность раздраженія при вкapyпываніи лясуса изображена *Cramer* о мъ въ слѣдующей таблицѣ:

Степень раздрж.	Дни.	1.	2.	3.	4.	5.	Болѣе поздн. раздр.	Вторичн. раздр.
Никакой реакціи	Всего.	4	4	—	—	—	—	—
Очень незначит.		6	3	2	1	—	—	—
Незначит.		10	—	6	3	—	—	1
Умѣренная		20	—	5	9	3	1	1

Степень раздраж.	Дни	1.	2.	3.	4.	5.	Всего.	Вторичн. раз- драж. драж.
Сильная	31	—	2	10	6	2	8	3
Очень сильная	25	—	—	2	7	4	6	6
Чрезвычайно сильная	4	—	—	1	2	—	1	—
	100	7	15	26	18	7	16	11

Изследуя конъюнктиву новорожденных на содержание в ней микробов, автор находил ее в первый день стерильной, на второй редко *b. xerosis*, стафилококков, 1 раз *proteus vulgaris*, и убедился, что первые 10 дней в конъюнктиве размножение микробов незначительно. После закапывания ляписа, в первый день, находил конъюнктиву асептической, но со второго дня находил количество микробов, в противоположность предыдущему, увеличенным. Кроме вышеупомянутых микробов золотистого стафилококка, протея, находил слезную палочку. Из 11 вторичных заболеваний в 7 находил золотистого стафилококка, в 1 стрептококка, 2 раза находил кишечную палочку.

В оценке степени раздражения, вызываемого в конъюнктиве применением метода *Credé* сами акушеры резко расходятся. В то время, как одни утверждают, что при закапывании ляписа не наблюдали никакого раздражения, другие отмечали, что они наблюдали сильнейшие раздражения, при чем клиническая картина, вызываемая этим, не в чем не уступала настоящей бленнорее. Так *Leopold* в 1902 году писал, что на материал в 30000 детей он не наблюдал таких тяжелых реактивных воспалений и в таком количестве, как это утверждает *Cramer* и думает, что раздражения вызываются неправильным применением метода *Credé*. Для доказательства этого он подробно разбирает применение этого метода и указывает на то, что *Cramer* впускал больше 1 капли раствора, чему, как выше было указано, *Cramer* не придавал никакого значения. С другой стороны и *v. Herff* писал, что ляпис сильно раздражает. „Его применение“—пишет он: „очень болезненно и потому безчеловечно. Кто этому не верить, того я прошу только одну каплю употребляемого 1—2% раствора впустить в

собственный глаз; я верю, что он скоро изменит свое мнение“.

Это свойство ляписа вызывать сильное раздражение, так горячо подчеркиваемое одними и отвергаемое другими, наряду с боязнью применения акушерками по ошибке больше крепких концентраций служило главным препятствием для обязательного введения профилактики по *Credé*, и причиной, благодаря которой делались различные предложения ограничивать применение этого метода госпитальной практикой, только у гонорройных матерей и пр., т. е. как видно из предыдущего, лишить специальную профилактику почти всякого значения.

Из вышеприведенных данных о наличии симптомов, дающих возможность предполагать гонорройное заболевание половых органов у матери и сопоставления их с заболеванием детей бленнореей глаз видно, что нередко у матерей, имеющих больных детей при обычном в родильных учреждениях поверхностном исследовании при родоразрешении не удается установить признаков гонореи. Зависит ли это от известной доли небрежности, от недостатка определенных, быстрых и удобных методов исследования, или от того, что, как известно, гонорея половых органов у женщин протекает вообще менее остро, чем у мужчин, а иногда настолько благоприятно, что совсем не замечается больными, это не имеет прямого отношения к вопросу о профилактике бленнорее. Важно иметь наличность факта для того, чтобы видеть, что далеко не достигает цели та обязательная профилактика глаз у новорожденных, которая рекомендуется многими авторами при подозрительных на гонорею заболеваниях у матери. Если бы было возможно точно устанавливать гонорею при родах без всякого риска пропустить не подозрительное, а настоящее заболевание, то применение даже такого сильного средства, как прижигание ляписом, могло быть вполне оправдано и допустимо в виде именно такой условной профилактики.

Следующим обстоятельством, почему считали нецелесообразным применение прижигающих веществ для про-

филактики бленнорреи являлся указанный еще *Bumm's* о факте увеличения числа поздних бленноррей, послѣ примѣненія метода *Credé*. Авторъ объясняетъ это обстоятельство, какъ и *Hirschberg* тѣмъ, что большинство новорожденных послѣ вкапыванія ляписа заболѣваютъ слизистогнойнымъ катарромъ конъюнктивы, что даетъ поводъ матерямъ при уходѣ за младенцемъ притрагиваться инфицированными пальцами къ ихъ глазамъ и переносить на конъюнктиву гонорройную инфекцію. Всѣ эти соображенія дали поводъ ряду авторовъ изслѣдовать раздражающія свойства ляписа. *Tischendorf*, провѣрившій наблюденія *Cramer'a*, нашелъ гораздо меньшую реакцію на вкапываніе ляписа по качеству и по количеству, какъ видно изъ нижеслѣдующей таблицы:

Реакція.				
Дни.	Умерен.	Незначит.	Минималы.	Никакой.
1-я	22	38	20	20
2-я	—	6	22	72
3-я	—	1	10	89
4-я	—	—	—	100

Kroukowsky на 100 младенцевъ при вкапываніи 1% ляписа наблюдалъ раздраженія въ 75% на 1-й день, изъ нихъ 14-сильныхъ, причемъ въ одномъ случаѣ раздраженіе наблюдалось еще на 4-й день. Отъ 2% ляписа на 100 младенцевъ наблюдалъ раздраженія въ 98%, сильныя въ 65% и въ одномъ случаѣ до 5-го дня.

У *Stephenson'a* приведено 3 серии наблюденій надъ дѣтствомъ 1 капли 1,6% раствора ляписа въ *Queen Charlott's Hospital*, одна въ 1906 году, другая въ 1907 г.

Въ первой серіи, изъ 50 дѣтей которую онъ самъ наблюдалъ, найдены серозно-слизистыя отдѣленія, незначительное покраснѣніе конъюнктивы въ продолженіе отъ 2 до 2 съ половиною сутокъ.

Во второй серіи, которую онъ только контролировалъ, получились слѣдующіе результаты:

Никакой реакціи. въ 111 случ.		64% въсхъ наблюденій.		Всего колич. случ. реакціи (49).	
Очень слабая	11	7	22,45%		
Слабая	26	16	53,06%		
Тяжелая	8	5	16,33%		
Очень тяжелая	4	3	8,16%		

Въ третьей серіи изъ 62 дѣтей, которая была подтѣдательнымъ наблюденіемъ доктора *Eardley Holland'a*, никакой реакціи не наблюдалось въ 14—22,59%, слабая — въ 26—41,93%, тяжелая — въ 22—35,48%.

Tada Urata экспериментально на животныхъ изслѣдовала силу раздраженія при впусканіи дезинфицирующихъ растворовъ азотнокислаго и уксуснокислаго серебра и нашла, что на 3-й день исчезали всякія явленія раздраженія.

Съ 2% arg. nitr. Дни.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	—	5	13	12	30
II	14	16	—	—	16
III	30	—	—	—	—

Съ 1% arg. nitr. Дни.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	—	15	9	6	30
II	20	10	—	—	10
III	30	—	—	—	—

Съ 1% arg. acetic.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	—	12	11	7	30
II	19	11	—	—	11
III	30	—	—	—	—

Изъ этихъ таблицъ вытекаетъ, что 1% ляписъ и уксуснокисл. серебро раздражаютъ почти одинаково, даже уксуснокисл. серебро немного сильнѣе, а 2%-й ляписъ еще сильнѣе.

Менѣе раздражаютъ 1/3% растворы:

1/3% arg. nitr. Дни.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	8	11	1	—	12
II	20	—	—	—	—
III	20	—	—	—	—

1/2% arg. acetic.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	7	12	1	—	13
II	20	—	—	—	—
III	20	—	—	—	—

1/3% arg. nitr. 3-кратное вкапыв.	Никакой реакции.	Покрас- нѣніе.	Припу- ханіе.	Отдѣле- ніе.	Общее число.
I	—	1	5	14	20
II	15	—	4	—	19
III	15	—	—	—	5
IV	20	—	—	—	—

Повторное вкапывание, какъ видно изъ послѣдней серіи, вызываетъ сильнѣйшее раздраженіе.

Какъ глубоко въ ткани проникаетъ ляписъ? *v. Anton*, изслѣдуя гистологически при обработкѣ сѣрнистымъ аммоніемъ конъюнктиву кроликовъ, въ которую за 5 минутъ до смерти была впушена 1 капля употребляемаго для профилактики 1% ляписа, нашель, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ почернѣніе проникло на глубину $\frac{1}{3}$ эпителиальнаго слоя, въ другихъ только въ поверхностные слои, а въ нѣкоторыхъ импрегнація совершенно отсутствовала. При употребленіи 5% протаргола онъ находилъ окрашиваніе только 1-го слоя эпителия. При употребленіи 10%-наго раствора находилъ такое же прониканіе, только болѣе интенсивное окрашиваніе.

Проф. *Dreser* изучалъ дѣйствіе серебра на плавникахъ рыбъ по выработанному имъ методу, который давалъ возможность констатировать самую незначительную степени прижиганія (до сотыхъ долей миллиметра) и сохранять эти измѣненія на фотографическихъ пластинкахъ. Онъ нашель, что интенсивно бѣлаго прижиганія поверхности можно ожидать врядъ ли многимъ болѣе, чѣмъ на 0,035 мм. При вкапываніи $\frac{1}{2}$ % ляписа вслѣдствіе рефлекторнаго отдѣленія слезъ, содержащихъ 1,3% поваренной соли, ляписъ дѣйствуетъ едва ли долѣе 2 минутъ, какъ таковой и быстро превращается въ хлористое серебро. Предохраняющій слой эпителия умерщвляется уже въ первые моменты. Образующаяся микроскопически тонкая пленка скоро удаляется движеніями глазного яблока подъ вѣками и остается поверхностная рана, которая какъ разъ нуждается въ антисептическомъ содержаніи. Вкапываемый растворъ ляписа съ трудомъ достигаетъ уже глубже вѣдвѣрившихся микробовъ. Только повторнымъ вкапываніемъ съ послѣдующимъ удаленіемъ микроскопически тонкихъ слоевъ ткани можно чего либо достигнуть. Изучивши новые препараты серебра, авторъ нашель, что они равнымъ образомъ разрушаютъ эпителий и думаетъ, что для профилактики новорожденныхъ естественнымъ улучшеніемъ были бы не прижигающіе, а сохраняющіе эпителий препараты серебра, каковымъ онъ считаетъ софоль, который имѣетъ предъ $\frac{1}{2}$ % ляписомъ то преимущество, что онъ не прижигаетъ, въ

то время, какъ ляписъ, даже въ $\frac{1}{2}$ % растворѣ, удаляетъ эпителиальный покровъ — физиологическую защиту нижележащихъ слоевъ к-вы. Поскольку дѣло идетъ о находящихся на поверхности зародышахъ, авторъ предпочитаетъ антисептическія промыванія неприжигающими растворами. Иначе обстоитъ дѣло, если возбудители заболѣванія уже проникли въ слизистую.

V. Herff сообщаетъ по опытамъ на людяхъ, что и 0,2% раствора ляписа раздражаютъ относительно сильно; раздражаютъ даже 0,05% растворы. Совсѣмъ не раздражаютъ только 0,025%, т. е. почти недействительные въ смыслѣ дезинфекціи растворы, почему предлагаетъ совсѣмъ исключить ляписъ изъ употребленія при профилактикѣ.

Почему у однихъ дѣтей наблюдается раздраженіе конъюнктивы при впусканіи ляписа, а у другихъ нѣтъ, то, помимо соображеній *Cramer'a* объ условіяхъ родового акта по мнѣнію *Zweifel'a* это зависитъ отъ присутствія или отсутствія содержащихъ хлористый натръ слезъ. Экспериментируя надъ 816 младенцами, онъ, по его словамъ, при предварительномъ промываніи глазъ солевымъ растворомъ не получалъ явлейнй раздраженія, а при промываніи у 742 дѣтей глазъ дистиллированной водой, явленія раздраженія были рѣзко выражены. *Dauber*, примѣняя (предложенныя Леопольдомъ) промыванія поваренной солью все-таки получили 15% раздраженій. *Scipades* на основаніи многолѣтняго опыта въ послѣднее время (въ 1909 г.) утверждаетъ, что высказанная *Zweifel'емъ* надежда — нейтрализаціей солевымъ растворомъ уменьшить число и количество *argentumcatarrh* не подтвердилась, и при этомъ ссылается также на наблюденія *Leopold'a*. Онъ думаетъ, что это имѣетъ подъ собой химическую основу. Ляписъ отщепляетъ азотную кислоту, а укусно-кислое серебро — укусную и первая раздражаетъ сильнѣе. По его мнѣнію, нѣтъ никакого смысла нейтрализовать ляписъ солевымъ растворомъ, такъ какъ послѣдній не можетъ нейтрализовать кислоту. Промываніе солевымъ растворомъ не только не полезно, но даже вредно, такъ какъ слезы представляютъ изъ себя гипотоническій растворъ. Это подтвердили его наблюденія надъ промываніемъ дистиллированной водой, причѣмъ получились равно-

цнные результаты въ смыслъ явленій раздраженія, и дѣйствительно съ тѣхъ поръ, какъ была оставлена нейтрализація солевымъ растворомъ, число вторичныхъ (Secundäre) конъюнктивитовъ стало меньше 3%, въ то время, какъ при нейтрализаціи было выше 3%.

Въ виду раздражающихъ свойствъ ляписа, нѣкоторые, на предложеніе обязательнаго введенія профилактики по *Crede*, стояли на сторонѣ разныхъ ограниченій. Такъ *Leopold* и *Wessel*, будучи всецѣло на сторонѣ этого метода, однако, высказывались за обязательность его въ родильныхъ учрежденіяхъ, а въ частной практикѣ только въ особо тяжелыхъ случаяхъ. Съ цѣлью получить данныя путемъ клиническихъ наблюденій, въ какой мѣрѣ наблюдаются раздраженія отъ вкапыванія ляписа и выяснить разнорѣчіе въ отзывахъ прежнихъ авторовъ о примѣненіи ляписа *Willm* въ 1910 году предпринялъ опросъ большинства клиникъ Германіи, Швейцаріи и Австро-Венгріи. Однако, эти новые отзывы также значительно разнились между собою. Три автора *Fritsch* (Боннъ), *Lange* (Позень) и *Bardschony* (Будапештъ), употреблявшіе 1% растворы ляписа, на вопросъ—наблюдали ли они раздраженія отъ ляписа, отвѣчали: „никогда“ или „никакихъ“. Интересно, что первые два автора въ то же время получили блестящіе результаты въ смыслѣ профилактики: первый на 2151 младенца и 2-й на 1535 ни одного заболѣванія. Другіе авторы, если и наблюдали раздраженіе, то при употребленіи только двухъпроцентныхъ растворовъ. Двое отвѣчали, что при употребленіи даже 1% раствора наблюдали раздраженія „многokратно“ и „очень часто“, остальные очень часто указывали на небольшое число раздраженій и въ небольшой степени. Какъ тѣ, такъ и другіе добавляли, что раздраженія проходили въ первые же часы или дни безъ вредныхъ послѣдствій“.

Gewin въ своей статьѣ подчеркиваетъ, что съ профилактикой ляписомъ онъ на 4082 младенца получилъ 0,36% бленнорройныхъ заболѣваній и 6,27% заболѣваній какъ пряное послѣдствіе раздраженія отъ профилактическаго вкапыванія ляписа.

Противорѣчивыя заявленія о раздражающихъ свойствахъ

ляписа дали поводъ произвести, хотя въ небольшихъ размѣрахъ, наблюденія надъ обычнымъ профилактическимъ примѣненіемъ этого средства въ Императорскомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ. Этими наблюденіями не имѣлось въ виду рѣшить—есть ли *argentumcatarrh* выдумка *Cramer'a* или реальный фактъ. Этотъ вопросъ достаточно выясненъ клиническими наблюденіями солидныхъ акушеровъ въ положительномъ смыслѣ. Различіе наблюдается только въ оцѣнкѣ этого факта. Нижеслѣдующими наблюденіями имѣлось въ виду получить данныя для объясненія различнаго отношенія отдѣльныхъ индивидуумовъ къ раздражающимъ свойствамъ ляписа и опредѣлить характеръ реакціи. Для вкапыванія примѣнялся 1% ляписъ, свѣжеприготовленный и хранимый въ стеклынкѣ изъ коричневаго стекла. Считая недостаточно доказаннымъ важность употребленія стеклянной палочки или различныхъ пипетокъ и другихъ несущественныхъ особенностей метода, вкапываніе производили въ количествѣ 1 капли изъ обыкновенной продажной пипетки такимъ образомъ, что вѣки младенца слегка раздвигались и капля ляписа наносилась на конъюнктиву глазного яблока и затѣмъ глазъ оставлялся въ покоѣ. Никакихъ промываній физиологическимъ растворомъ поваренной соли или какимъ либо другимъ не производилось. Салициловыхъ компрессовъ или какихъ-либо примочекъ также не примѣнялось. Наблюденія производились въ теченіе первыхъ 5 дней въ 10—11 часовъ дня и въ 5—6 часовъ вечера.

Сознавая, что въ оцѣнкѣ раздраженій, вызываемыхъ ляписомъ, трудно отрѣшиться отъ субъективизма, вслѣдствіе недостатка точныхъ критеріевъ для опредѣленія степени раздраженія, мы все-таки считали возможнымъ установить условно три степени раздраженія, обозначаемыя римскими цифрами I, II, III. Знакомъ I обозначалось ясно выраженное раздраженіе, выразившееся рѣзкой гипереміей конъюнктивы болѣе или менѣе замѣтнымъ припуханіемъ вѣкъ и выдѣленіемъ изъ конъюнктивальнаго мѣшка гноевидной жидкости. Знакомъ II болѣе слабая степень раздраженія, выражавшаяся гипереміей конъюнктивы и небольшимъ количествомъ серозно-гноевидныхъ выдѣленій, скопившихся у наружныхъ угловъ глаза.

№ п. л.	Мясяц и число	Время родов.	Котор. рода.	Положение плода.	Пред-лож. плода.	Продолжит. родов.	Весь плод.	Состояние колыонт.			
								Перв. часм.	1-й день.	2-й день.	3-й день.
762	4 марта	8 ч. 50 м. в.	2	2-е пр.	Зат.	48 ч. 20 м.	2940	—	—	—	—
763	5	9 ч. 35 м. в.	1	1-е	—	34 25	4350	—	—	—	—
765	7	1 ч. 30 м. в.	1	2-е	—	32 30	3750	—	—	—	—
778	7	7 ч. 14 м. в.	2	2-е	—	2 30	3140	—	—	—	—
780	8	2 ч. 30 м. в.	2	1-е	—	5 10	2660	—	—	—	—
782	7	11 ч. 10 м. в.	4	4-е	—	4 20	2100	—	—	—	—
871	14	3 ч. 55 м. в.	1	2-е	—	14 15	3490	—	—	—	—
872	14	4 ч. 25 м. в.	2	2-е	—	10 35	3020	—	—	—	—
876	15	7 ч. 35 м. у.	2	1-е	—	19 50	3690	—	—	—	—
877	15	7 ч. 40 м. в.	1	2-е	—	14 25	3140	—	—	—	—
878	15	7 ч. 40 м. в.	1	2-е	—	14 25	3440	—	—	—	—
946	21	ч. 30 м. колп.	1	1-е	—	12 45	3270	—	—	—	—
947	21	3 ч. 30 м. в.	1	1-е	—	10 50	3340	—	—	—	—
949	21	15 м. по полп.	3	1-е	—	7 15	3240	—	—	—	—
952	21	3 ч. по пол.	2	1-е	—	5 25	2450	—	—	—	—
954	29	1 ч. по пол.	1	2-е	—	13 30	3300	—	—	—	—
1021	29	5 ч. 55 м. у.	1	1-е	—	36 30	2640	—	—	—	—
1022	28	8 ч. в.	3	1-е	—	6 55	3180	—	—	—	—
1024	28	11 ч. 30 м.	3	2-е	—	10 55	3360	—	—	—	—
1025	28	2 ч. 20 м.	3	1-е	—	15 25	3240	—	—	—	—
1027	28	2 ч. 20 м.	3	2-е	—	15 25	2290	—	—	—	—
1029	29	7 ч. 45 м. у.	3	1-е	—	5 45	3500	—	—	—	—
1090	4 апреля	4 ч. 5 м. в.	3	1-е	—	38 20	3800	—	—	—	—
1100	4	9 ч. в.	3	2-е	—	39 15	2290	—	—	—	—
1102	4	11 ч. 25 м. в.	3	5-е	—	9 30	3650	—	—	—	—
1107	5	8 ч. 40 м. у.	4	1-е	—	5 55	3500	—	—	—	—
1108	5	7 ч. 5 м. у.	4	3-е	—	4 30	3530	—	—	—	—
1181	11	10 ч. в.	3	2-е	—	13 25	4510	—	—	—	—
1189	12	5 ч. 30 м. у.	1	2-е	—	4 35	3640	—	—	—	—
1248	18	5 ч. 30 м. у.	6	2-е	—	26 10	2200	—	—	—	—
1249	18	1 ч. 5 м. дня.	1	2-е	—	20 20	2740	—	—	—	—
1250	18	10 ч. 45 м. в.	1	2-е	—	22 55	2020	—	—	—	—
1254	19	11 ч. 30 м. у.	1	1-е пр.	Зат.	41 ч. 50 м.	3550	—	—	—	—
1256	19	10 ч. 30 м. у.	1	2-е	—	12 45	2790	—	—	—	—
1314	25	6 ч. 30 м. у.	1	1-е	—	8 15	3190	—	—	—	—
1324	25	4 ч. 50 м. у.	1	2-е	—	9 10	3300	—	—	—	—
1325	25 октября	10 ч. 45 м. в.	2	2-е	—	10 30	3220	—	—	—	—
1327	26 апреля	1 ч. 30 м. в.	2	2-е	—	16 30	3150	—	—	—	—
1330	26	1 ч. 30 м. у.	5	2-е	—	7 15	3190	—	—	—	—
1329	26	3 ч. 40 м. у.	—	1-е	—	16 30	2380	—	—	—	—
1333	26	2 ч. 30 м. у.	4	1-е	—	9 30	2940	—	—	—	—
1334	26	8 ч. у.	1	2-е	—	5 30	3550	—	—	—	—
1391	2 мая	3 ч. 50 м. в.	1	1-е	—	15 30	3000	—	—	—	—
1392	2	12 ч. 20 м. в.	1	1-е	—	10 30	3000	—	—	—	—
1393	2	4 ч. 45 м. в.	4	1-е	—	16 30	4020	—	—	—	—
1395	2	3 ч. 5 м. в.	3	1-е	—	7 45	3600	—	—	—	—
1396	3	3 ч. 4 ч.	3	2-е	—	3 10	3020	—	—	—	—
1398	3	6 ч. 25 м. у.	1	1-е	—	3 10	3260	—	—	—	—
1399	3	3 ч. 45 м. у.	2	1-е	—	11 15	3440	—	—	—	—
1454	9	6 ч. 30 м. в.	1	1-е	—	7 15	3320	—	—	—	—
1456	9	11 ч. 55 м. у.	2	1-е	—	5 35	3210	—	—	—	—
1461	9	10 ч. 10 м. в.	1	2-е	—	3 10	3600	—	—	—	—
1463	9	11 ч. 50 м.	2	2-е	—	3 10	4190	—	—	—	—
1465	17	8 ч. 45 м. в.	8	2-е	Ягод.	33 25	3000	—	—	—	—
1482	17	6 ч.	1	1-е	—	33 25	3370	—	—	—	—
1484	17	11 ч. 50 м.	1	2-е	—	11 20	3610	—	—	—	—
1535	16	11 ч. 45 м. в.	1	1-е	—	16 15	3240	—	—	—	—
1537	16	3 ч. 30 м. у.	2	1-е	—	4 10	3750	—	—	—	—
1541	16	8 ч. в.	2	1-е	—	6 30	3700	—	—	—	—
1539	16	3 ч. 20 м. у.	2	1-е	—	16 30	3700	—	—	—	—
1543	17	3 ч. 30 м. у.	2	1-е	—	10 30	3040	—	—	—	—
1544	17	3 ч. 30 м. у.	2	1-е	—	11 5	3250	—	—	—	—
1547	17	10 ч. 5 м.	1	1-е	—	11 5	3250	—	—	—	—

1) На 1-й день — экскремент разжиж.

2) После 1-го дня — 2-я стер.

3) На 6-й день — свиной кат., продолж. по

выписки.

4) На 4-й день III; стбл. мазок.

5) На 2-й день постель-стер.

6) На 2-й день постель-стер.

7) На 2-й день постель-стер; стбл. мазок.

8) На 4-й день III; пост. на 2-й день — стер; мазок.

9) На 4-й день III; пост. на 2-й день — стер; мазок.

Знаком III обозначалось раздражение, выражавшееся гиперемией конъюнктивы и увеличением секреции нормальной слезной жидкости, когда эти явления оставались постоянными и в спокойном состоянии младенца. Последнее мы считали необходимым отметить в виду того, что на большем материале неоднократно приходилось, как об этом было выше упомянуто, в противоположность исследованиям Кирштейна, наблюдать обильное отделение слезной жидкости при плаче и даже неудачных попытках раскрыть глазную щель. В виду того, что по мнению многих авторов, не только общее состояние младенца, главным образом, оцениваемое по всу, но также и условия родового акта оказывают влияние на восприимчивость конъюнктивы к химическим и биологическим раздражителям, то при изучении раздражений, вызываемых ляписом, замечались всу ребенка, положение, предлежание и общая продолжительность родов, а также случайные отклонения от обычного типа. Результаты наблюдений приведены в таблицах на стр. 170 и 171.

Во всух собственно случаях, где было применено закапывание ляписа наблюдалось раздражение конъюнктивы в первое время после закапывания (в течение первых двух часов, когда младенцы с матерями находятся в родильном отделении). В разряд *argentumcatarrh* в смысле *Cramer'a* здесь отведены те случаи, когда раздражение конъюнктивы становилось более стойким и наблюдалось в течение более 2-х часов первых суток и долее.

Из сделанных мною 64-х наблюдений более или менее продолжительных раздражений наблюдалось 32, т. е. 50%. По продолжительности и по значительности, явления раздражения, согласно вышеупомянутому подразделению, распределялись так:

Степень катарра.	1-я сутки Число % отн.	2-я сутки Число % отн.	3-я сутки Число % отн.	4-я сутки Число % отн.
I	12 18,7	6 9,4	—	—
II	13 20,3	11 17,2	3 4,5	—
III	7 10,9	12 18,7	13 20,3	3 4,5
Всего	32 50%	29 45,3%	16 25%	3 4,5%

Таким образом по нашим наблюдениям, в половине случаев при закапывании 1% ляписа получается более или менее выраженное раздражение конъюнктивы.

Как упоминалось выше, для выяснения вопроса — отчего у одних младенцев наблюдается раздражение, у других нет, приводились различные соображения.

Чтобы выяснить влияние продолжительности родового акта, наблюдавшиеся случаи были разделены по продолжительности родового периода до 10 часов, от 10—20 ч. и свыше 20 часов.

Продолж. род. периода	До 10 ч.	От 10—20 ч.	Свыше 20 ч.	Всего
Степень катарра	III III	III	III III	III III
Число млад. с арг.-кат.	6 3 2 11	3 10 3 16	3 0 2 5	32
% отношение	17,2%	25%	7,8%	50%
Число младенц. без кат.	13	13	6	32
% отношение	20,3%	20,3%	9,4%	50%

Продолжительность родового акта, как показатель влияния механических причин, содействующих появлению катарра при закапывании ляписа нельзя оценивать в абсолютном смысле. Объем влияния механических причин неравномерен. Он изменяется в зависимости от размеров таза, величины плода, силы потуг и пр. Таким образом, продолжительность родов нельзя оценивать, как точный показатель влияния механических причин на появление *argentumcatarrh*. На нашем материале, по крайней мере, не заметно зависимости между появлением *argent.-catarrh'a* и продолжительностью родового периода.

Для выяснения вопроса — насколько физическое состояние ребенка имеет значение в происхождении *arg.-catarrh* младенцы, заболевшие им и не бывшие распределены по всу, при чем получились следующие данные:

В с у	До 2500	От 2500-3750	От 3750-4000	Свыше 4000
Степень катарра	III III	III III	III III	III III
Число млад. с арг. кат.	4 3 —	7 4 3 4 11	4 6 2 12	1 1 2
% отношение	10,9%	17,2%	18,7%	3,1%
Число млад. без катарра	—	14	16	2
% отношение	—	21,9	25	3,1

При оценке данных этой таблицы нужно принять во

внимание, что вообще количество недоношенных дѣтей или вообще съ малымъ вѣсомъ составляетъ очень небольшое меньшинство. По даннымъ вышеупомянутого отчета Института за 1904 — 1907 гг. = 9%, почему цифры дѣтей съ большимъ вѣсомъ, у которыхъ обнаруженъ arg.-catarrh больше, чѣмъ у дѣтей съ меньшимъ вѣсомъ. Но сравненіе процентныхъ отношеній дѣтей, болѣвшихъ arg.-catarrh и не болѣвшихъ одинаковаго приблизительно вѣса, показываютъ, что arg.-catarrh'у подтверждены главнымъ образомъ дѣти съ малымъ вѣсомъ. Такъ, въ данной серіи изъ младенцевъ, вѣсомъ до 2500 гр., всѣ были поражены arg.-catarrh'омъ, а изъ младенцевъ, вѣсомъ до 3250 граммъ 17,2% противъ 21,6% не болѣвшихъ, въ то время, какъ младенцы съ вѣсомъ выше отъ 3250—4000 обнаружили arg.-catarrh въ 18,7% противъ 25%.

Такимъ образомъ, изъ вышеприведенныхъ наблюденій вытекаетъ, что между появленіемъ или непоявленіемъ раздраженія отъ вкапыванія ляписа и продолжительностью родового акта нельзя установить ясной зависимости. Степень и количество раздраженій, повидимому, находится въ зависимости отъ физическаго состоянія младенца. Возможно, что индивидуальныя особенности также играютъ роль въ появленіи arg.-catarrh'a. Какъ у *Cramer'a*, у насъ также наблюдались неодинаковая реакція на обоихъ глазахъ у одного и того же младенца. Намъ казалось, что это можно объяснить не индивидуально различной реакціей обоихъ глазъ, а тѣмъ, что послѣ вкапыванія ляписа въ одинъ глазъ, происходитъ, вѣроятно рефлекторное сжатіе вѣкъ другого глаза и ляписъ поэтому не обнаруживаетъ въ немъ такого прижигающаго дѣйствія, какъ въ первомъ.

Въ семи случаяхъ яснаго выраженнаго и продолжительнаго катарра были произведены постѣвъ на питательныя среды *M. P. A.* съ асцитической жидкостью на 2-й день заболѣванія. Въ противоположность *Cramer'у* ни въ одномъ случаѣ не получилось роста. Этотъ фактъ, конечно, ни въ коемъ случаѣ не исключаетъ возможности развитія вторичны микотическихъ катарровъ.

Клиническая картина самыхъ сильныхъ раздраженій въ общемъ была слабѣе ясно выраженной типической бленнор-

реи и носила характеръ бленнорреи 2-й степени. Наблюдалось небольшое припуханіе вѣкъ; но они оставались довольно мягкими и никогда не представляли той ригидности и напряженія, которыя наблюдаются при типической гонококковой бленнорреѣ. Конъюнктивѣ оказывалась отечной и рѣзко гиперемизированной. Отдѣленія въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ были гноевидными, довольно густыми, бѣловатаго цвѣта, сходными по характеру съ отдѣленіями при гонококковой бленнорреѣ на 2-й недѣлѣ. Они скоплялись въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ и выдѣлялись въ довольно обильномъ количествѣ, но не изливались при раскрываніи глазной щели въ такомъ изобиліи, какъ при типичной гонококковой бленнорреѣ.

При изслѣдованіи отдѣленій въ мазкахъ подъ микроскопомъ какъ показываютъ приложенные микрофотографическіе снимки (№ 1, 2, 3 и 4) обнаруживалось большое количество гнойныхъ тѣлецъ полинуклеаровъ; изрѣдка лимфоциты; немного эпителия конъюнктивы и никакихъ микроорганизмовъ. Послѣднимъ въ сущности только и отличались мазки изъ отдѣленій при arg.-catarrh отъ мазковъ при типичной бленнорреѣ. Arg.-catarrh проходитъ, обыкновенно, безъ всякаго слѣда. Такого мнѣнія держится большинство авторовъ. Тѣмъ не менѣе, въ литературѣ отмѣчены единичные случаи, когда вкапываніе 1%—2% ляписа вызывало помутнѣніе роговицы. На опросные листы *H. Cohn'a*, д-ръ *Wilbrand* (Гамбургъ) отвѣчалъ, что онъ въ теченіе одной недѣли наблюдалъ двухъ младенцевъ съ поверхностными помутнѣніями роговицы, вслѣдствіе вкапыванія ляписа. Въ одномъ случаѣ роды проводилъ ученикъ *Credé*, въ другомъ какой-то врачъ, который по словамъ матери, тотчасъ послѣ родовъ впустилъ въ глаза по каплѣ ляписа. *H. Cohn* цитируетъ также заявленіе проф. *Förster'a* въ засѣданіи шлезвигскаго медицинскаго общества 1896 г. 19 іюня, что послѣдній наблюдалъ два случая помутнѣнія роговицы, вслѣдствіе слишкомъ энергичнаго примѣненія 2% ляписа врачами (а не акушерками). *Van der Bergh* въ 1895 г. сообщилъ случай, когда у недоношеннаго слабаго младенца, извлеченнаго щипцами, тотчасъ послѣ родовъ конъюнктивальный мѣшокъ былъ промытъ растворомъ сулемы 1:1000, а черезъ нѣсколько часовъ было произведено вкапываніе 2% ля-

писа. В результате получилось воспаление конъюнктивы и помутнение роговицы. *Ahlfeld* сообщает в своем руководстве (1898 г.) о помутнении роговицы после применения метода *Crede*; гонококки не были найдены в отделяемом конъюнктивы, не смотря на повторные исследования.

В литературе описаны также случаи повреждения роговицы от закапывания растворов ляписа более сильной концентрации, чем обычно употребляемый. Так *Elschnig* описывает три случая прижигания роговицы раствором ляписа, который начал выкристаллизовываться от высыхания; на опасность таких растворов было обращено внимание также *Ernst*'ом. *Schanz* сообщил из своей практики о 5 случаях тяжелого повреждения роговицы от случайной закладки 1% раствора 10% (2 раза по винт аптекаря и три раза по винт акушерки. С другой стороны, по сообщению *Wintersteiner*'а у *Schalcha* после впуска по ошибке 20% раствора и у *Roth* а—10% раствора ляписа наблюдалось полное выздоровление.

Вышеприведенные случаи показывают, что, повидимому, вслед за закапыванием ляписа может наступать повреждение роговицы, как от обычно употребляемых растворов, так и от растворов более сильной концентрации в исключительных случаях, в зависимости, вероятно, от тех или иных неблагоприятных условий (механические инсульты напр. при щипцах, врожденная слабость недоношенных детей и пр.). Хотя возможно, что в литературе не сообщаются все случаи такого рода, все-таки можно с достовѣрностью утверждать, что они составляют сравнительно большую редкость.

Crede *Hörder* на основании гистологических исследований утверждает, что прижигания ляписом не дают достойных внимания повреждений. Мнѣнію его соответствуют также исследования вышеприведенных авторов относительно прижигающих свойств ляписа.

В связи со закапыванием ляписа у *Stephenson*'а описаны также случаи кровотечения из конъюнктивы. Так как эти случаи, повидимому, находились в тайной или явной связи с гемофилией или наследственным сифилисом, то

в сущности они вряд ли могут быть поставлены в вину самому методу. Но они указывают на необходимость отмечать противопоказания для применения метода *Crede* и для таких случаев, подобно уже упомянутым выше, противопоказаниям, отмѣчаемым *Cramer*'ом.

В виду сильных раздражений, получаемых от закапывания ляписа, хотя и отрицаемых некоторыми авторами было предложено употреблять для профилактики вместо 2% раствора по почину Гуссерова 1%, $\frac{2}{3}$ %, и даже по предложению *Uppenkamp*'а $\frac{1}{2}$ % и $\frac{1}{4}$ % растворы, которые по наблюдениям, примѣнявших их авторов дают будто бы меньшее раздражение и не худшие результаты. Наибольшее распространение, как видно из нижеслѣдующих данных получило применение 1% раствора. С другой стороны, по мысли Леопольда, указывавшего как на причину раздражений от ляписа — на введение более, чем одной капли раствора серебра, было обращено внимание на точную дозировку количества выпускаемого в глаз раствора. *Runge* утверждал, что даже большей величины пипетки способны увеличить число раздражений. В виду этого *Schtjassny* и *Hollendal* выработали особые приборы.

Hollendal, исходя из того положения, что явления раздражения получаются от того, что 1) ляпис разлагается и существует в обыкновенных пипетках и далее 2) что из разных пипеток закапываются капли различной величины, а это, по его мнѣнію, имѣть большое значение, как это подтверждает и Леопольд, который объяснял появление бленнорей тем, что акушерки вместо одной по недосмотру закапывали 3—4 капли, автор предпринял подробное исследование величины капель и содержания в них ляписа из различных пипеток при различном наполнении и различном выпусканіи капель (быстрым или медленным). Он нашел, что количество серебра при различных вышеупомянутых условиях в одной капле колеблется в больших пределах (иногда в 2—3 раза более по количеству содержащегося серебра). На основании своих исследований, автор предложил прибор, в котором ляпис содержится в 1% растворе по 0,5; отсюда ляпис выливается в пипетку с фильтром, гдѣ

5—6 капель задерживается и на каждый глаз остается не больше 2 капель. Съ этимъ приборомъ будто бы наблюдалъ на 505 случаевъ только 1 раздраженіе.

Schtjasny въ засѣданіи акушерско-гинекологическаго общества въ Вѣнѣ въ 1908 году демонстрировалъ свой аппаратъ, сконструированный на принципѣ *Hollandal*'я, въ которомъ лаяписъ не можетъ измѣняться въ концентраціи и разлагаться.

Athfeld также рекомендовалъ патентованную капельницу, дающую капли опредѣленнаго объема, причемъ предложилъ впускать каплю во внутренній уголъ глаза. Испытывая свой приборъ на 1000 случаяхъ *Hollandal* наблюдалъ 9,5% атрофическаго въ 2,7% случаевъ сильный. Большого распространенія приборы, повидимому, не получили. Априорно значеніе ихъ, въ смыслѣ уменьшенія количества раздраженій не представляется большимъ, въ виду вышеупомянутаго указанія *Cramer*'а на вмѣстимость конъюнктивальнаго мѣшка и еще потому, что приборъ все-таки даетъ возможность, случайно или преднамѣренно впускать больше одной капли, хотя значеніе лишней капли, повидимому, не является существеннымъ.

Явленія раздраженія, получаемыя при употребленіи лаяписа и невозможность съ помощью метода *Crede* достигнуть абсолютной профилактики были причиной той безконечной погоня за новыми дезинфицирующими препаратами, которая наблюдалась и въ настоящее время. По мѣрѣ появленія новыхъ дезинфицирующихъ средствъ, особенно препаратовъ серебра, чуть не каждое изъ нихъ предлагалось для профилактики бленнорреи. При этомъ, повидимому, благодаря блестящимъ результатамъ, достигнутымъ *Crede* съ его методомъ, вниманіе позднѣйшихъ изслѣдователей было посвящено исключительно дезинфекціи только конъюнктивальнаго мѣшка и всѣ другіе методы были преданы забвенію. Цѣлью позднѣйшихъ изысканій было найти наиболѣе бактерицидное и въ то же время наименѣе раздражающее вещество. При этомъ, первое условіе, повидимому, ставилось на 1-е мѣсто, благодаря чему въ исторіи развитія профилактическаго леченія бленнорреи обнаружилась такого рода особенность. Для дезинфекціи вѣкъ и окрестности глаза, куда, какъ и нужно было

думать и какъ утверждали нѣкоторые, прежде всего попадаетъ инфекция, употреблялись или простая вода, или очень слабыя, совершенно нераздражающіе дезинфицирующіе растворы, хотя кожа, даже новорожденныхъ несравненно менѣе чувствительна, чѣмъ конъюнктива и попаданіе этого дезинфицирующаго вещества въ конъюнктиву по априорнымъ соображеніямъ могло происходить только въ ничтожномъ количествѣ. Для дезинфекціи же очень нѣжной конъюнктивы, которая обнаруживаетъ большую чувствительность у новорожденныхъ, примѣнялись такія сильныя прижигающія средства, какъ 2% лаяписъ. Допущенные въ разное время и разными авторами видоизмѣненія метода *Crede* въ сущности не были существенны, какъ показали результаты профилактики. Несмотря на эти видоизмѣненія осталась неприкосновенной основная идея способа дезинфекціи одного только конъюнктивальнаго мѣшка каплей сильно бактерициднаго средства систематически у всѣхъ рождающихся, хотя, какъ видно изъ литературы, неоднократно обнаруживались поползновенія, подобно *Kehrer*'у родоначальнику этого способа ограничивать примѣненіе его только случаями инфицированными или подозрительными. Какъ писалъ Львовъ: „Суть метода *Crede* не въ специфичности 2% раствора лаяписа, а въ обезвреживаніи конъюнктивальнаго мѣшка тотчасъ послѣ родовъ. Съ этой точки зрѣнія”—пишетъ онъ далѣе—„въ сущности безразлично, какое средство употреблять для впусканія въ конъюнктиву, лишь бы это средство было постоянно въ своихъ дезинфицирующихъ свойствахъ, вызывало наименьшее раздраженіе и обладало свойствомъ убивать патогенныхъ микробовъ въ короткое время“.

Только такими соображеніями и можетъ быть оправдана безконечная погоня за новыми средствами, которая въ большинствѣ удовлетворяютъ послѣднему условію, а по второму болѣе или менѣе превосходить лаяписъ.

Съ точки зрѣнія приверженцевъ точной профилактики по *Crede* совершенно правъ *v. Herff*, говоря, что лаяписъ требуетъ самой утонченной техники. Нужно впустить только одну каплю, при томъ каплю опредѣленной величины; и эту единственную каплю нужно впустить на роговицу въ открытій

глаз. Открывать глаз необходимо только до известной степени, чтобы излишней травмой не способствовать возникновению *arg.-catarrh.*, в чем также обвиняли *Cramer'a*.

Статистика профилактического лечения бленнорреи.

В виду того, что отзывы разных авторов о различных, применяемых для профилактики по методу *Crédé* дезинфицирующих средствах значительно разнятся между собою, как в смысле успешности профилактики, так и по наличию раздражений, ощущалась необходимость в систематическом обзоре отдельных сообщений, начиная с того времени, когда еще недостаточно было разработано анти-и асептическое ведение родов.

Отчасти статистика профилактики, была собрана в монографии Стефенсона и в прошлом 1910 году *Willim'ом* путем опроса о современном состоянии профилактики в клиниках Германии, Швейцарии и Австро-Венгрии.

Правда, собранная статистика о методѣ, применявшемся в разные времена и разными авторами страдает недостатком однородности материала. Но она является единственным путем для клинической оценки метода, так как цифры, собранные одним лицом в одной клинике, даже за многие годы являются слишком небольшими для того, чтобы исключить какую нибудь случайность или наоборот слишком тщательное проведение профилактических мѣръ, изоляции и дезинфекции, которая дополняют иногда в значительной степени существенныя достоинства применяемого метода. Кроме того, даже цифры, приводимые одним и тѣм же авторомъ, въ сущности являются также неоднороднымъ материаломъ, так как применение метода находится все-таки въ рукахъ разныхъ лицъ и конечно, нельзя требовать отъ автора, публикующаго результаты профилактики, ручательства за тщательное и добросовѣстное применение метода. Такъ *Leopold*, распредѣляя заболѣванія по годамъ и по применению профилактики врачами, акушерками и ученицами, нашелъ, что цѣлые ряды въ 1000, 1300 и 1600 новорожденныхъ не заболѣвали, повидимому, въ зависимости

отъ энергіи и умѣнья лицъ, применявшихъ профилактику. Применяемый методъ долженъ быть настолько простъ, чтобы не допускать большой возможности всякихъ случайностей и неудачъ отъ неопытности и неумѣнья применяющаго методъ персонала. Этого нельзя, повидимому, сказать про методъ *Crédé*. Мнѣнія относительно метода *Crédé* въ этой точки зрѣнія также различны даже среди его горячихъ приверженцевъ. Такъ, одни утверждаютъ, что методъ *Crédé* чрезвычайно простъ, и на возраженіе оспаривающихъ это мнѣніе и опасющихся сдѣлать обязательнымъ этотъ методъ профилактики, отвѣчаютъ какъ *Köstlin*, что лица, которымъ предоставлено право производить катетеризацію, защиту промежности, извлеченіе плода, а въ настоятельныхъ случаяхъ даже поворотъ и ручное отдѣленіе послѣда, конечно, могутъ получить основательный навыкъ и въ применении метода *Crédé*. *Köstlin*, наоборотъ считаетъ болѣе труднымъ по техникѣ очищеніе вѣкъ, непосредственно послѣ прорѣзыванія головки, когда предстоитъ рядъ другихъ слѣдующихъ манипуляцій — перевязка пуповины, купанье ребенка и пр., чѣмъ методъ *Crédé*. Съ другой стороны, какъ видно изъ предыдущаго, Леопольдъ указывалъ на много деталей, которымъ онъ придаетъ большое значеніе и которыми объясняетъ неблагоприятные результаты, полученные *Cramer'омъ* при неправильномъ будто бы применении послѣднимъ этого метода.

Клинический матеріалъ, собранный однимъ и тѣм же авторомъ, имѣеть всѣ преимущества однородности; следовательно, наиболѣе пригоденъ для сравнительной оценки того или другого метода. Но чтобы получить достаточно большія цифры для этого, изслѣдователю, какъ это видно по существу дѣла, нужно бы имѣть въ своемъ распоряженіи нѣсколько большихъ клиникъ и прожить мафусаиловы годы.

Съ другой стороны, для практической оценки метода въ смыслѣ приложенія его къ употребленію въ большихъ размѣрахъ, важно выяснитъ, даетъ ли онъ одинаковые результаты, хотя бы применялся многими и различными лицами, что, конечно, особенно важно въ такомъ вопросѣ, какъ профилактика бленнорреи, которую приходится проводить лицамъ съ чрезвычайно различной технической подготовкой,

Требования, предъявляемые к профилактическому средству *v. Herff* приблизительно резюмирует в следующих положениях.

1. По силе предохранения профилактическое средство должно давать по возможности 0% заболѣваний.
2. Должно быть безболѣзненно.
3. Не должно обнаруживать раздражающих свойств.
4. Не должно вредить вследствие высыхания.
5. При долгом стоянии должно сохранять постоянство состава.
6. Не быть восприимчивым к свету.
7. Должно обладать хорошей растворимостью.
8. Техника применения должна быть проста.

Переходя к оцѣнкѣ различныхъ профилактическихъ средствъ приходится прежде всего разсматривать — поскольку они удовлетворяютъ первому пункту. Считая по вышеприведеннымъ соображениямъ невозможнымъ для одного лица произвести достаточно основательную оцѣнку по клиническому применению предложенныхъ для профилактики, хотя бы наиболее употребительныхъ средствъ и методовъ, я рѣшилъ сдѣлать попытку систематическаго обзора имѣющихся въ литературѣ данныхъ о различной профилактикѣ, чтобы такимъ образомъ, на большомъ, хотя и не совсѣмъ однородномъ матеріалѣ получить данныя для сужденія о томъ или другомъ профилактическомъ средствѣ. Такъ какъ анти- и асептика родовъ была неодинакова въ разные времена и въ разныхъ клиникахъ, то кромѣ обозначенія мѣста применения, помѣчено также время. Заболѣванія и % отношеніе къ числу живыхъ дѣтей (по *Hausmann*)¹⁾ раздѣляются на раннія — до 5 дней и позднія — послѣ 5 дней отъ рождения.

Статистика метода *Credé*. Въ нижеприведенные данныя о применении ляписа не вошли цифры тѣхъ авторовъ, которые употребляли вкапываніе его не систематически, а только при подозрѣніи на гонорройную инфекцію, и потому, можетъ быть, не получили хорошихъ результатовъ. Такъ *Abbe* впускалъ 2%-й ляписъ только при подозрительныхъ на бленнорею случаяхъ, а въ остальныхъ тщательно промывалъ

глаза чистой водой непосредственно послѣ родовъ и получить на 2.266 случ. 30 заболѣваний, т. е. въ среднемъ 3%. *Steffan (Donauschingen)* по *Willim'y* употребляя 2% ляписъ имѣлъ на 228 случаевъ 3 бленнореи, т. е. 1,32%, *Baehr (Lübeck)* на 143 случая 6 бленнорей, т. е. 4,2%.

Переходя к оцѣнкѣ раствора ляписа, какъ профилактическаго средства, прежде всего приходится отмѣтить, что разные авторы и въ разное время применяли растворы различной крѣпости. Поэтому собранный матеріалъ въ нижеслѣдующемъ раздѣленъ на группы по применению растворовъ различной концентрации.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. ново- рожд.	Число бленнорей.			% отношение на 1000 мл.		
			Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
Профилактика 2% ляписомъ.								
Credé—Leipzig . . .	Arch. f. Gyn. Bd. XVII и XXI	1160	3	1	4	2,59	0,86	3,45 1)
Olshausen	Zentralbl. f. Gyn. 1881 № 25. 33	200	—	—	0	—	—	0
Bayer—Stuttgart .	Arch. f. Gyn. Bd XIX (за 1881 г.)	361	—	—	0	—	—	0
Beumer u. Peiper Greifswald	Arch. f. Gyn. Bd XXVIII 1884 (за 1881—82 г.) .	216	4	—	4	18,5	—	18,5
Haidlen—Stuttgart .	Centralbl. f. Gyn 1893 № 46	978	1	2	3	1	2	3
Felsenreich—Wien .	Arch. f. Gyn. Bd XIX 1882 г.	3000	—	—	58	—	—	19,3
"	По Dimmer'y (Wien Kl. Woch. 1910 г. № 49) .	2100	—	—	21	—	—	10
Caro—Königsberg .	Inaug. Diss 1887 г. (Цит. по Erdberg'y)	1254	13	5	18	10,4	4	14,4
Артемовъ — Тиф- лисъ	Прот. науч. бѣс. вр. За- кав. Пов. Инст. 1888 г.	153+204	—	—	9+6	—	—	6+3
Karafiath—Budapest	Centralbl. f. Gyn. 1884 г. № 16 s. 248	130	—	—	1	—	—	7,7
Leopold u. Wessel .	Arch. f. Gyn. 1884 г. Bd XXIV s. 89	1002	5	2	7	4,9	2	6,9

¹⁾ Считая всѣ случаи бленнорей.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.	Число бленнорей.			% отношение на 1000 мл.		
			Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
	Профилактика	2%	ляписомъ.					
Königstein—Wien	Arch. f. Kinderheilk. Bd. III Hft 9—10	1250	—	—	9	—	—	7,2 ¹⁾
Bröse—Berlin . . .	Arch. de Tocologie 1884 s. 374	460	—	—	7	—	—	15,2
Hümmerich—Berlin.	Цит. по H. Cohn'y (Ueber Verbr. u. Verh. d. Ophth. Neon. 1896).	1007	—	—	4	—	—	3,9
Behm—Berlin . . .	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. X 1884 r.	1003	—	—	11	—	—	10,9
Gusseroff—Berlin	Charité Ann. Jahrgang XI 3. 758 ref. по Korn'y Arch. f. Gyn. Bd. 31—1887 r. H. 2	1110	—	—	5	—	—	4,5
Konrad—Grosswardein	Centralbl. f. Gyn. 1889 r. № 15. 6	714	—	—	1	—	—	1,4
Mermann—Berlin	Centralbl. f. Gyn. 1892 r. № 11. S. 210	200	—	—	—	—	—	5 ²⁾
Fehling u. Bumm	Münch. Med. Woch. 1903 № 36. Цит. по Dauber'y Münch. Med. Woch. 1904 s. 297	4528	—	—	11	—	—	2,3
Eberth—Bonn . . .	Inaug.-Diss. 1905 r. (за 1895—1898 r.).	1474	6	2	8	4,1	1,3	5,4
Rivière—Paris . . .	Arch. de Tocologie 1892 r. (за 1891—92 r.).	403	—	—	2	—	—	5
Challen—Göttingen.	Arch. f. Gyn. 1897 r. Bd. 54. H. 1	989	—	2	2	—	2	2
"	Wien. Kl. Woch. 1902 r. № 33	1000	—	1	1	—	1	1
Mende de-Leon-Amsterdam	Цит. по H. Cohn'y (Ueber Verbr. u. Verh. d. Ophth. Neon. 1896 r.).	870	—	—	7	—	—	8
Vinay—Lyon . . .	Ibidem	400	—	—	0	—	—	0
Garignes—Ibid . . .	Ibidem	351	—	—	0	—	—	0

1) + 59 катарровъ.

2) + 5 катарровъ.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.			% отношение на 1000 мл.			
		Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.	
Профилактика 2% ляписомъ.								
Feiss Göttingen . .	Centralbl. f. Gyn. 1892 r. № 45. s. 873	452	—	—	0	—	—	0
Eberth—Bonn . . .	Inaug. Diss. 1905 r. (за 1903—1905 r.)	1807	—	1	1	—	0,6	0,6
Leopold—München.	Münch. Med. Woch. 1906 № 18 s. 849	7287	5	13	18	0,7	1,1	1,8
Hamm	Beitrag zur Geb. u. Gynec. 1908 r.	3777	—	—	5	—	—	1,3
Menge—Erlangen . .	Цит. по Willim'y Klin. Monatsbl. f. Angenhilk. 1910 r. Octob.	1012	—	—	5	—	—	4,9
Henkel—Greifswald.	"	768	—	—	5	—	—	6,5 ¹⁾
Veit—Halle	"	1838	—	—	2	—	—	1,1 ¹⁾
Franz—Jena	"	742	—	—	3	—	—	4
Winter—Königsberg.	"	1969	—	—	6	—	—	3
Fehling—Strassburg.	"	1618	—	—	1	—	—	0,6
Hofmeier—Würzburg	"	734	—	—	2	—	—	2,7
Bamberg—Göttingen.	"	705	—	—	0	—	—	0
Zschische—Erfart .	"	1009	—	—	4	—	—	3,9
Barnik—Frankfurt .	"	343	—	—	0	—	—	0
Franz—Mainz . . .	"	946	—	—	7	—	—	7,4
Kühle—Elberfeld . .	"	901	—	—	21	—	—	23,3
Schauta—Wien . . .	"	3266	—	—	19	—	—	5,8
Czyzowicz—Lemberg	"	2616	—	—	13	—	—	5,1
Kleinhaus—Praga . .	"	2694	—	—	8	—	—	2,9
Szabó—Klausenburg.	"	823	9	8	17	10,9	9,6	20,5
Съ 1,5% arg. nitr.								
Charles—Liège . . .	Centralbl. f. Gyn. 1888, № 44. Цит. по Journ. d. Accouchement. 1888 № 3.	377	—	—	1	—	—	2,7
Budin—Bordeaux . .	Journ. Med. de Bordeaux 1892 r. № 43, p. 481.	675	—	1	1	—	1,5	1,5
Lefour—Paris . . .	Arch. de Tociologie 1892 s. 877	675	1	1	2	1,5	1,5	3
Leopold	Berl. Klin. Woch. 1902 № 33	191	—	—	0	—	—	0

1) Одинъ глазъ ослѣплъ.

2) Помутн. рогов.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.			% отношение на 1000 мл.		
		Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
Профилактика 2% ляписомъ.							
Ernst	Centrallbl. f. Gyn. 1904 № 41 за (1900—1902 г.).	900	—	0	—	—	0
Stephenson—London.	Ophthalmia Neonat. Monogr. 1907 г. (за 1901—1906 г.).	6941	—	16	—	—	2,3
Rosthorn — Heidel- berg	Цит. по Willm'y—Klin. Monatsbl. f. Augenh-k. 1910 Oct.	1513	—	9	—	—	5,9 ¹⁾
Съ 1% arg. nitr.							
Smitt u. Weckbec- ker—München	Centrallbl. f. Gyn. 1883 № 45	1090	—	20	—	—	18,4 ²⁾
Hecker—München	Arch. f. Gyn. 1882 Bd XX s. 386	133	—	4	—	—	30
Иноевсь—Москва.	Журн. Ак. и Жен. бол. 1888 г. стр. 840	698	—	0	—	—	0
Widmark	Rev. gen. d'Ophthalmol. Apr. 1888 г.	1153	—	6	—	—	5,2
Schmitt—München	Centrallbl. f. Gyn. 1883, № 45.	988	—	20	—	—	20,2
May	Med. Record Febr 1895 г. Цит. по Schallen'y	563	—	1	—	—	1,8
Gusseroff—Berlin	Charité-Ann. Jahrg. XXI. Цит. по Schallen'y Arch. f. Gyn. Bd. 54, H—1	1583	—	6	—	—	3,8
Виридарский	Мед. Отч. Импер. Кл. Пов. Гим.-Инст. 1883—1893 г., стр. 278	4753	—	9	—	—	1,9 ³⁾
Valade	Ann. d'Oculist. Aug. 1891 г.	218	—	13	—	—	59,6
Roche—Budapest	Ophth. pur. de los Recien Nac. Alvarado 1904 г. по Stephenson	8343	—	13	—	—	1,4

1) Съ двухсот. перфоран.

2) Больше въ легк. степени.

3) + 112 катаровъ.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.			% отношение на 1000 мл.		
		Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
Профилактика 2% ляписомъ.							
Platon—Marseille.	Queirel les. de Clin. Obstetr. Paris 1902 г. р. 286. Цит. по Стефенсону	183	—	1	—	—	1,8
Stephenson—London.	Ophth. Neonat. Monogr. 1907 г. London (съ 1896—1900 г.)	5505	—	25	—	—	4,5
Runge—Berlin	Berl. Klin. Woch. 1902 г. р. 20	928	—	1	—	—	1,08
Dauber	Münch. Med. Woch. 1904 г. р. 297	160	—	0	—	—	0
Семьяниковъ	Отчетъ по род. дому въ Саратовъ за 1905 г.	1485	—	1	—	—	0,7 ¹⁾
Kreuzkamp—Halle	Inaug. Diss. 1903. Цит. по Centrallbl. f. Gyn. 1905 г. р. 337 (съ 1894—1903 г.)	4528	5	6	11	1,1	1,3 2,4
Hollendal	Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1908 г. s. 283.	1000	1	1	2	1	1 2
Ernst—Köln	Centrbl. f. Gyn. 1904 г. № 41 (1902—1904 г.)	1111	—	0	—	—	0
Kartsburg — Greifswald	Inaug. Diss. 1903. Цит. по Centrbl. f. Gyn. 1905, № 11 (съ 1892—1903 г.)	2304	0	4	4	0	1,74 1,74
Olshausen—Berlin	Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1910. Oct. Villm	3195	—	83	—	—	25,9 ²⁾
Küstner—Breslau	"	1753	—	8	—	—	5,1
Fritsch—Bonn	"	2151	—	0	—	—	0
Franqué—Giessen	"	1400	—	1	—	—	0,7
Runge—Göttingen	"	1031	1	4	5	1	3,8 4,8
Rösthorn — Heidelberg	"	228	—	1	—	—	4,4
Phannestiel—Kiel	"	1354	1	5	6	0,7	3,7 4,4
Sellheim—Tübingen	"	1177	—	4	—	—	3,4

1) + 6 конъюнктивитовъ.

2) Съ абортными случаями, констатированными микроскопическимъ исследованиемъ.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.			% отношение на 1000 мл.		
		Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
Hoffmeier — Würzburg	"	1316	—	4	—	—	3,4
Leopold — Dresden	"	6585	5	7	12	0,8	1,0
Dopner — Gumbinnen	"	220	—	1	—	—	4,5
Poten — Hannover	"	2561	—	2	—	—	0,8
Frank — Köln	"	7550	—	22	—	—	3,0
Dahlman — Magdeburg	"	1126	3	9	12	2,7	8
Adelmann — Metz	"	545	3	4	7	5,5	7,4
Greve — Oldenburg	"	450	0	0	0	0	0
Rüssmann — Osnobrück	"	746	—	3	—	—	4
Georg — Paderborn	"	1037	—	2	—	—	1,9
Lange-Posen	"	1535	0	0	0	0	0
Bauer-Stettin	"	646	—	2	—	—	3,1
Lüsebrink — Bochum	"	480	—	1	—	—	2,1
Keller — Scharlottenburg	"	1070	—	8	—	—	7,5
Külenkampff — Bremen	"	2504	—	29	—	—	11,6 ¹⁾
Rossier — Lausanne	"	550	1	1	1,8	—	1,8
Wyder — Zürich	"	4190	—	1	—	—	0,2
Knauer — Graz	"	5089	—	29	—	—	5,7
Ehrendorfer — Insbruck	"	2835	—	24	—	—	8,5 ²⁾
Barszozny — Budapest	"	4526	—	19	—	—	4,1
Herff — Basel	"	5660	8	7	15	1,5	1,2

Кромѣ вышеприведенных примѣняя 2% и 1% arg. nitr. получили слѣдующіе результаты:

Champétier de Ribes	Annales de Gyn. et d'Obstetr. 1902 г. p. 13 (за время съ 1896—1898 г.).	3021	—	39	—	—	12,1
-------------------------------	---	------	---	----	---	---	------

По отдѣльнымъ годамъ 16,8%, 7,2% и 10,1% заболѣваній.

Eperon	Diss — въ Bâle 1896 — 1901 г.	5661	—	15	—	—	2,64
------------------	---------------------------------------	------	---	----	---	---	------

¹⁾ Одинъ глазъ слѣпой, другой съ помутнѣніемъ роговицы.

²⁾ + 34 кат.

Авторы и города.	Источники.	Число жив. новорожд.			% отношение на 1000 мл.		
		Ранн.	Поздн.	Всего.	Ранн.	Поздн.	Всего.
Примѣняя arg. nitr. 2% и arg. ac. 2%,							
Eberth сообщаетъ слѣд. данныя		583	—	1	—	—	1,7
Eperon	Thèse de Losanne. 1907 съ (1904—06 г.).	806	—	2	—	—	2,5
Hannes	Centralbl. f. Gyn. 1911, № 1 (съ 1900—07 г.).	2552	7	2	9	2,6	0,7
Gewin-Wien	Gyn. Rundschau 1910 г., H. 4, s. 146 (съ 1908-9г.).	4082	15	29	44	0,36	7,1
Примѣнялъ 2% и 1 1/2% arg. nitr.							
Galitaia	Wien. Med. Wochenschr. 1908, № 6	214	—	1	—	—	4,7

Не дѣлая какихъ либо подраздѣленій по характеру заболѣваній *Cragin* отмѣчаетъ при употребленіи 2% раствора на 1000 дѣтей 18 офтальмій = 1,8% и при употребленіи 1% раствора на 1000 же младенцевъ — 34 офтальмій = 3,4%.

Съ 0,5% ляписомъ:

Buden — Bordeaux	Arch. de Tocolog. 1895 г. p. 361. Le Progr. Med. Jan. 1895 (за 1891—94 г.).	1329	2	6	8	1,5	4,5
Lepage A.	Ann. de Gyn et d'Obstetr. 1902 г. Bd 57	1331	2	8	10	1,5	6
Servey — Paris	Thèse de Paris 1902 г. (no Budin's) за 1897—1901 г.	4917	24	36	60	4,8	7,4
Ahlfeld	Klin. Monatsbl. f. Angenheik 1910 г. no Willit'y	2000	0	0	0	0	0
Stökel — Marburg	"	1264	0	0	0	0	0
Meyer — Kopenhagen	"	3713	—	19	—	—	5,1
Meyer	"	2533	—	7	—	—	2,7

Съ 1/4% arg. nitr.

Rivière	Arch. de Tocologie 1892	403	—	2	—	—	4,9
-------------------	-----------------------------------	-----	---	---	---	---	-----

Кромѣ вышеприведенныхъ растворовъ ляписъ примѣнялся *Krukenberg's*омъ въ видѣ 2% мази съ вазелиномъ; авторъ получилъ на 703 младенца 1 раннюю инфекцію и 3 позднихъ, всего 4 заболѣванія, т. е. 5,6‰ (на тысячу).

Jenkins (Med. Record oct. 29, 1898 г., цит. по *Stephenson's*) предлагалъ 2% растворъ ляписа въ эмульсии.

Блестящіе результаты, полученные съ методомъ *Credé* и большое располженіе новорожденныхъ къ заболѣванію бленнореей глазъ дали поводъ, какъ было выше упомянуто, многимъ, примѣнявшимъ этотъ методъ, высказаться за обязательное введеніе его въ акушерской практикѣ законодательнымъ порядкомъ.

Это предложеніе, на которомъ многіе акушеры и офтальмологи настаиваютъ и въ послѣднее время, какъ было уже упомянуто, не всѣ поддерживаютъ. Особенно въ первое время, когда результаты профилактики, какъ это видно изъ вышеприведенной статистики, были не такъ хороши, многіе склонны были ввести другіе конкурирующие методы (*Haussmann, Kaltendach, Keilmann*). Такъ, *E. Cohn* на основаніи того, что методъ *Credé* и другіе, а также промыванія влагалища, безъ специальной профилактики, по его наблюденіямъ, давали одинаковые результаты, не высказался сторонникомъ обязательной профилактики по *Credé*. *Ahlfeld*, отмѣчая, что профилактическая антисептика подымалась изъ года въ годъ, при чемъ обращалось вниманіе не только на дезинфекцію половыхъ органовъ во время родовъ (ванны, обмыванія, сулемовые души), но и на профилактику въ послѣдственномъ періодѣ (изоляция матерей заболѣвшихъ дѣтей, мытье рукъ, груди и пр.) считалъ важнымъ не одно вкапываніе, а всѣ профилактическія мѣры.

По поводу такого разнорѣчія *H. Cohn*, предпринявшій обширный опросъ относительно пригодности метода *Credé*, включилъ въ опросные пункты также предложеніе объ обязательности примѣненія этого метода и получилъ 110 отвѣтовъ: 16 врачей прислали неопредѣленные отвѣты; 15 высказались противъ обязательнаго введенія метода *Credé*; 40 за условное введеніе и 39 за обязательное введеніе этого метода.

Нѣкоторые глазные врачи (по *Zweifel's*ю) придерживаются того мнѣнія, что бленноррея не настолько часто встрѣчается, чтобы говорить объ обязательныхъ правилахъ, хотя, какъ было показано выше, статистическія данныя внушительно говорятъ противъ такого легкомыслія.

Показать отдѣльно значеніе успѣховъ антисептическаго веденія родовъ, какъ благоприятнаго момента въ профилактикѣ офтальмобленнорреи, затруднительно. Частію это значеніе выясняется изъ предыдущаго обзора другихъ методовъ профилактики. Съ этой точки зрѣнія представлялось интереснымъ прослѣдить результаты одного и того же метода профилактики съ ляписомъ въ разное время его примѣненія, предполагая, что въ извѣстный данный періодъ анти-и асептическое веденіе родовъ сдѣлало извѣстный шагъ впередъ. Само собой разумѣется, что не представляется возможнымъ установить точно границы того или другаго періода и при томъ въ разныхъ клиникахъ. Поэтому время примѣненія ляписа для профилактики въ нижеслѣдующемъ произвольно раздѣлено на 10 лѣтніе періоды съ 1880 по 1890, съ 1890 по 1900 и съ 1900 до настоящаго времени.

Профилактик.	1880—1890		1890—1900		Позже—1900	
	число жив. млд.	число блен.	число жив. млд.	число блен.	число жив. млд.	число блен.
Съ 2‰ ляпис.	16302	168	10,3	10667	31	2,9
2‰ и 1‰	—	—	—	3021	34	11,3
1‰	4062	50	12,3	8981	48	5,3
1‰/2	377	1	2,7	1350	3	2,2
1/2‰	—	—	—	6246	68	10,9
1/4‰	—	—	—	403	2	4,9
Итого	20741	219	10,6	30668	186	6,1
Между 1880—1900 г. и 1890—1910 г.						
Съ 1‰	—	—	4753	9	1,9	15175
2‰ и 1‰	—	—	—	—	—	5661

Такимъ образомъ, за 1-е десятилѣтіе съ 1880—1890 г. процентъ заболѣваній, при профилактикѣ по методу *Credé*, вкапываніемъ больше всего 2‰ ляписа, равняется въ среднемъ 10,6‰, за 2-е десятилѣтіе съ 1890—1900 г. при профилак-

тикс 2%, 1½%, 1%, ½% и ¼% ляписомъ, процентъ заболѣваний въ среднемъ = 6,1‰ и наконецъ съ 1900 г., когда примѣнялось профилактическое леченіе главнымъ образомъ 1% и ½% ляпис.—заболѣванія = 4,3‰. Уже бѣглый обзоръ показываетъ, что въ послѣдніе годы употреблялись болѣе слабые растворы, и % заболѣваний уменьшался. Съ цѣлью выяснитъ, не зависитъ ли процентъ заболѣваний отъ концентрации ляписа, были подсчитаны отдѣльно случаи, леченные каждымъ растворомъ, независимо отъ времени, въ которое онъ примѣнялся. Получались слѣдующіе результаты:

Концентрація растворовъ въ ‰	Число новорожд. млада.	Число бленнор.	%е отношеніе
2	61804	336	5,4
1½	11272	29	2,6
1	100241	452	4,5
½	17087	104	6,1
¼	403	2	4,9
2 и 1	17019	106	6,2
Всего	207826	1029	6

Изъ вышеприведенныхъ подсчетовъ видно, что наименьшій процентъ заболѣваемости отмѣченъ при профилактикѣ 1½% растворомъ. Сравнительно небольшое число наблюдений не позволяетъ съ увѣренностью сказать, что 1½% концентрація наиболѣе дѣйствительная для профилактики. Скорѣе можно думать, что здѣсь небольшой процентъ зависитъ отъ особо тщательнаго наблюденія, которое имѣетъ мѣсто при проведеніи всякаго новаго видоизмѣненія. Кромѣ того, нельзя не отмѣтить, что преобладающее большинство наблюдений относится къ періоду времени послѣ 1900 года, когда вообще процентъ заболѣваний значительно упалъ, сравнительно съ предыдущими годами. Сравнительно высокій процентъ заболѣваемости при употребленіи 0,5% раствора ляписа врядъ ли можно толковать въ смыслъ недостаточности такой концентрации, какъ какъ главное количество заболѣваний падаетъ, можетъ быть, въ зависимости отъ другихъ случайныхъ причинъ, на періодъ 1890 — 1900 годы, за который все количество наблюдений въ общемъ дало еще болѣшій процентъ заболѣваемости. На матеріалъ же послѣ 1900 года

въ количествѣ почти 11 тысячъ младенцевъ процентъ заболѣваемости при профилактикѣ 0,5% ляписомъ = 3,3‰.

Малое число наблюдений съ ¼% ляписомъ не даетъ права дѣлать какіе либо выводы по отношенію къ растворамъ слабой концентрации.

Растворъ 1% ляписа въ общемъ, какъ видно изъ приведенныхъ данныхъ, даетъ лучшіе результаты, чѣмъ 2%. Въ этомъ наши выводы сходятся съ выводами *Stephenson'a*. Но разница въ 0,9‰, какъ и у послѣдняго, не настолько велика, чтобы относить ее на счетъ концентрации, тѣмъ болѣе, что матеріалъ, на которомъ примѣнялся 2% ляписъ, относится, главнымъ образомъ, къ болѣе раннему періоду, а матеріалъ, на которомъ примѣнялся 1% ляписъ, относится преимущественно къ послѣднему десятилѣтію.

Такимъ образомъ, если на полученномъ въ литературѣ матеріалѣ нельзя констатировать уменьшенія заболѣваний съ употребленіемъ менѣе концентрированныхъ растворовъ, какъ видно изъ цифръ *Stephenson'a*, то, во всякомъ случаѣ, нельзя и утверждать, что число заболѣваний увеличивается при употребленіи болѣе слабыхъ растворовъ ляписа; проше говоря — нельзя установить зависимости между количествомъ заболѣваний и степенью концентрации такъ, какъ удалось установить уменьшеніе количества заболѣваний съ каждымъ десятилѣтіемъ.

Употребляемые для профилактики препараты серебра. Въ 1900 году для замѣны ляписа *Zweifel'em* было предложено на основаніи 4-хъ лѣтняго опыта укусно-кислое серебро. Преимуществами этого препарата выставляется то, что онъ при комнатной температурѣ не можетъ быть приготовленъ по ошибкѣ въ крѣпкихъ растворахъ, какъ это наблюдалось при употребленіи ляписа, а только приблизительно 1%; далѣе, что этотъ препаратъ раздражаетъ менѣе ляписа той же концентраціи.

Ислѣдуя бактерицидныя свойства укусно-кислаго серебра въ глазу кроликовъ *Tada Urata* нашла, что послѣдній дѣйствуетъ слабѣе ляписа, но дѣйствительно менѣе раздражаетъ. Меньшее раздраженіе укусно-кислое серебро по

Sciapiades'y вызывает потому, что этот препарат отшелляет меньше раздражающую уксусную кислоту. В противоположность *Sciapiades'y*, который на основании этих соображений отрицает последующую нейтрализацию соевым раствором, как и Леопольд, который применял уксуснокислосое серебро у 172 новорожденных и наблюдал слабое раздражение в течение 24-х часов в 19 случаях = 11%.

Dauber нашел с промыванием соевым раствором на 149 случаев применения уксуснокислого серебра 15% раздражений, а на 160 случаев применения ляписа 2,5%, в то время, как на 126 случаев применения ляписа без промывания 6,3% раздражений. *Seefelder*, впуская 500 младенцам в правый глаз уксуснокислосое серебро, а в левый 2% -й ляпис, нашел, что первый раздражает слабее; он в немногих случаях вызывает, по автору, припухание конъюнктивы (*tarsi et fornicis*) и скопление незначительного количества слизистого секрета в конъюнктивальном мешке и в углу глаза. *Sciapiades* применял уксуснокислосое серебро в течение 6 лет (с 1902—1908 г.) и отмечал уменьшение раздражений при употреблении уксуснокислого серебра до 10% (против 90% при ляписе), — не считая 15% легких катаров, а всего 25% раздражений и уменьшение числа вторичных катаров с 9% до 3%, а также уменьшение вдвое числа бленнорей. На все число профилактически леченных детей отмечено 128 катаров = 2,89%.

Thies, впуская в правый глаз 1% уксуснокислосое серебро, в левый 2% ляпис, получил на 2000 младенцев с первым 0,15% бленнорей, а со вторым 0,25%.

Профилактика с уксуснокислым серебром дала следующие результаты:

Авторы и города.	Источники.	Число блн.			% отнош.		
		Число жив. млад.	Ран.	Позн.	Всего.	Ран.	Позн.
Zweifel (Leipzig)	Centrallbl. f. Gyn. 1900 г. № 51 (с 1886 г. по 1900 г.).	5222	—	—	12	—	2,3
Thies	Münch. med. Wo-						

Авторы и города.	Источники.	Число блн.		% отнош.	
		Число жив. млад.	Ран.	Позн.	Всего.
chenschr. 1906 г. № 33 (по Willim'y)		2000	—	—	3
Sciapiades	Centrallbl. f. Gyn. 1909 г. № 3 (с 1902—1908 г.).	4493	5	4	9
Taufer (Budapest)	Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1910 г. Oct. (по Willim'y)	2512	6	3	9
				2,4	1,1
				3,5	

С разработкой соединений серебра, главным образом, органических, целый ряд препаратов серебра был предложен для профилактики бленнорей. Вместо ляписа, в надежде найти менее раздражающее, но действительное средство. Большинство из них не получили большого распространения, так как обнаруживались или нестойкость их растворов, или раздражающая свойства, или недостаточная бактерицидность.

Итроль (лимонно-кислосое серебро) применялся в 3% растворе. По исследованиям *Тарнавского* итроль в насыщенном растворе не обнаруживает бактерицидных свойств по отношению к золотистому стафилококку даже в течение нескольких часов.

Zweifel применил его в 43 случаях и получил 2 бленнорей = 4,6%. *Sarwey* (Росток) на 351 младенца ни одного заболевания (по *Willim'y*). *Argentamin* (Aethylendiaminargentum-phosphat) был применен *Haar'ом* в 1895 году у 115 детей; получилось настоящих бленнорей = 26% и 3 поздних (на 6—8 день) инфекции = 1,7%. Никакой реакции раздражения автор не получил в 63,47%. По исследованиям *Meyer'a* *argentamin* убивает гонококков в растворе 1:2000 через 10 минут (через 5 мин. при воздействии раствора 1:6000 рост получается).

Аргюи, содержащий 30% серебра предложен в 20% растворе. *William Alexander* в Ливерпуле применял его в 4% растворе и получил: всего с 1903—1906 гг. на 1334 мл. 52%, *v. Herff* применял 20% арироль у 650 детей и не на-

блудаль ни одной ранней инфекции. *Darier* на 5260 дтей, употребляя 20% аргироль получил 1,4%^{0/100} заболѣваний против 6,5%^{0/100} наблюдавшихся при примѣненіи метода *Credé*. По наблюдениямъ *v. Herff'a* аргироль обладаетъ большими раздражающими свойствами. По *Stephenson'u* въ Ньюкстлѣ примѣнялся 20% аргироль у 366 дтей. Наблюдалось 23 заболѣванія. Процентъ заболѣваемости = 5,4%^{0/100}. *Cragin* при употребленіи 10% аргирола, наблюдалъ на 2000 младенцевъ 34 офтальміи безъ подраздѣленія на степени заболѣванія, при чемъ одинъ глазъ погибъ, а на двухъ остались помутнѣнія. При употребленіи 20% раствора на 2000 младенцевъ наблюдалъ 43 офтальміи, при чемъ погибъ 1 глазъ. По даннымъ *Eperon'a* въ родильномъ учрежденіи (*Bâle*) въ 1905 году на 540 дтей лѣченныя профилактически аргироломъ получено 0 заболѣваний. Что касается бактерицидныхъ свойствъ, то по *v. Herff'u* 0,4% растворы аргирола убиваютъ золотистыхъ стафилококковъ черезъ 48 часовъ (1% протарголь черезъ 5%^{0/100} часа. Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что профилактика аргироломъ, относящаяся къ позднѣйшему времени, когда другія средства, въ томъ числѣ и ляписъ, дали особенно хорошіе результаты, въ рукахъ разныхъ авторовъ дала непостоянные результаты. Систематическія наблюденія *Cragin'a* не говорятъ въ пользу этого средства.

Наибольшее распространеніе изъ органическихъ препаратовъ серебра получилъ протарголь (сод. 8,3% серебра). По отзывамъ многихъ, употреблявшихъ протарголь, онъ меньше раздражаетъ, чѣмъ ляписъ, но все еще въ значительной степени, особенно въ тѣхъ растворахъ, которые употребляютъ для профилактики бленнореи. *Neisser* (по *Eperon'y*), сравнивая раздраженія, вызываемая ляписомъ и протарголомъ, нашель, что послѣдній раздражаетъ въ 100 разъ меньше. *Viggo Esmann* примѣнилъ его у 29 дтей въ 20% и у 248 въ 10% растворѣ и наблюдалъ въ 20% случаевъ раздраженіе, исчезающее въ 1—2 дня. *Engelmann* на 100 случаевъ, въ которыхъ онъ примѣнялъ 20% растворъ протаргола, получилъ въ 4% случаяхъ раздраженіе, длившееся до 4 дней, въ 24% — долѣе 1 дня, а въ 52% — 1 день и въ 27% — никакого раздраженія. По количеству отдѣленій раздраженія распредѣ-

лялись такъ: у 5 — очень сильныя, у 10 — сильныя, у 22 — умѣренныя, у 36 — незначительныя и у 27 никакихъ.

Такимъ образомъ, 20% протарголь, по наблюдениямъ *Engelmann'a*, раздражаетъ значительно меньше 1% ляписа. По изслѣдованіямъ *v. Herff'a* на человѣческихъ глазахъ, протарголь раздражаетъ еще въ 5% растворѣ и не раздражаетъ въ 4%^{0/100}; раздражающія свойства его уменьшены по сравнению (въ эквивалентныхъ количествахъ) съ ляписомъ въ 12,5 разъ. *v. Herff* находилъ при впусканіи 10% протаргола слезоточеніе въ 17,9%, умѣренное раздраженіе, т. е. со слизистогнойнымъ отдѣленіемъ 7,4% и гнойное истеченіе въ 3,2%. Круковский наблюдалъ 12 средней степени раздраженій и 26 слабыхъ на 100 младенцевъ отъ употребленія 10% протаргола; отъ 20% протаргола наблюдалъ 23 сильныхъ, 24 среднихъ и 25 слабыхъ раздраженій. Въ обихъ серіяхъ раздраженіе наблюдалось еще на 6-й день послѣ вкапыванія. *Пютровскій* у 170 новорожденныхъ при употребленіи 20% протаргола въ 35% находилъ сильное раздраженіе, въ 7%, продолжавшееся до 5 дней; при 10% растворѣ явленія раздраженія наблюдались только въ количествѣ 10%. *Zweifet*, примѣнившій 20% протарголь у 43 дтей, называетъ раздраженіе отъ него ужасающимъ и пишетъ, что, если бы это было въ частномъ домѣ, то это причинило бы „eine todelnde Alarm“. Тѣмъ не менѣе, по *Darier* крѣпкіе 50% растворы и даже порошокъ не вредятъ конъюнктивѣ. Другіе авторы, примѣнявшіе 10% растворы, отмѣчаютъ незначительныя раздражающія свойства этого препарата.

По мнѣнію *Engelmann'a* раздраженія получаютъ при разложеніи протаргола отъ неправильнаго сохраненія его (разложеніе отъ свѣта и отъ соприкосновенія съ металлами) и главнымъ образомъ, отъ неправильнаго приготавленія. Растворы протаргола должны по *Engelmann'u* приготавляться на холодной водѣ и не должны кипятиться, такъ какъ, благодаря нагреванію, повидимому, черезъ окисленіе протеиновъ тѣлъ происходитъ измѣненіе его свойствъ, какъ на это указалъ *Pfals*. Подобныя измѣненія, по мнѣнію послѣдняго, наступаютъ и при комнатной температурѣ въ болѣе старыхъ растворахъ, обнаруживаясь на глазъ появленіемъ болѣе тем-

ной окраски и образованием осадка. По его наблюдениям, изменения наступают тем раньше, чем крепче сделаны растворы. Поэтому рекомендуется применять слабые, но свежие и на холоду приготовленные растворы.

Согласно исследованиям *Benario* протаргол растворится в холодной воде до 50%. Он растворим также в кровяной сыворотке, белковых растворах и глицерине. В бульоне и вообще в блоке содержащих жидкостях растворяется даже скорее и лучше, чем в воде. Крепкие растворы соляной кислоты дают осадок, но не хлористого серебра, а протаргола в неизменном виде, который от прибавления воды опять переходит в раствор. Автор подтверждает относительно протаргола опубликованное еще *Esmarch'ом* наблюдение, что одни и те же виды микробов обнаруживают различную способность сопротивления дезинфицирующим жидкостям. Стафилококки различного происхождения и различного возраста убивались в опытах автора 1% раствором через 10 минут, 0,5% раствором через 15 минут, иногда — 2%-м только через 20 мин.

Относительно профилактических свойств протаргола имеются наблюдения следующих авторов:

Авторы.	Источники.	Кон-центр.	Число жив. мляд.	Ран.	Позн.	Всего.	Ран.	Позн.	Всего.
Ahlfeld	Lehrbuch. f. Geb. u. Gyn. 1898 г.	5%	500	—	—	1	—	—	2
—	—	10	700	—	—	1	—	—	1,4
—	Казанск. Мед. Журн. 1902 г. (за 1899—1901 г.) мед. отчеты Лихачевск. рол. отд.	3	1804	—	—	5	—	—	2,8 ¹⁾
Engelmann . . .	Centralbl. f. Gyn. 1911 г. Jann	20	1000	—	—	1	—	—	1
Piotrowsky . . .	Centralbl. f. Gyn. 1901 г. S. 885	20	170	—	—	1	—	—	5,8 ²⁾
Zweifel	—	2	276	—	—	31	—	—	10,7

¹⁾ (1 + катар. конъюнктивит).

²⁾ и 12 втор. катаров.

Авторы.	Источники.	Кон-центр.	Число жив. мляд.	Число блен. Ран.	Позн.	Всего.	% отн. Ран.	Позн.	Всего.
Veverka (Прага)	Die Heilkunde 1903 г. Jann. ref. no Münch med.-Woch. 1904 г. S. 297	20%	1100	0	0	0	0	0	0
Piotrowsky (Краков)	Centralbl. f. Gyn. 1901 г. v. Herff (Базель) Gyn. Rundschau 1907 г. S. 751	10	1030	0	0	0	0	0	0
Krönig	Klin. Monatsbl. f. Augenheilk 1910 г. (no Willim'y)	10	1009	0	2	2	0	0	0,7
Walcher (Штутгарт)	—	20	1155	—	—	3	—	—	2,6
Wemel (Франкфурт)	—	25	2255	—	—	32	—	—	14,2 ¹⁾
Rossler	Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1910 г. (no Willim'y)	20	1615	—	—	19	—	—	11,8
Eperon	Diss. Lausanne 1907 г. 10	10	256	—	—	1	—	—	3,9 ²⁾
Robert Jardine	Monographie Stephens. (Глазгов)	10	3009	—	—	2	—	—	0,66
Robert Jardine	Monographie Stephens. (Глазгов)	20	574	—	—	4	—	—	6,9

Cragin без каких либо подразделений наблюдал 53 офтальмии на 2000 младенцев при употреблении 5% протаргола, причем один глаз погиб и в одном осталось помутнение. Кроме того *Müller* в Берне применял 10% протаргол приблизительно у 3000 младенцев, при чем у детей гонорейных матерей применял 2% ляпис и получил „очень мало“ заболеланий бленнорреей, *v. Herff* кроме вышеупомянутых двух поздних гонорей отбачает 52 катары с незначительными слизисто-гнойными отделениями, в которых он находил *diplococcus flavus*, стафилококка и стрептококка. *Engelmann* наблюдал при употреблении 10% протаргола 1,2% вторичных катаров и в 10% явления раздражения, продолжительностью до 3 дней. *Пiotrowsky* в своей серии 1030 случаев употреблял собственно промывание протарголом с предварительным очи-

¹⁾ 2 помутн. рогов.

²⁾ Двойная перф. рогов.

чением в%к. Мы отмѣчаем это обстоятельство потому, что придаемъ значеніе не только роду профилактическаго средства, но и методу примѣненія. Исключая случаи профилактики 2% и 2,5% растворами протаргола, давшими сравнительно высокій процентъ заболѣваемости, можетъ быть, вслѣдствіе слабой концентраціи, а также данныя *Cragin'a*, въ которыхъ не указанъ характеръ офтальміи, получаемъ въ итогѣ наблюденій надъ примѣненіемъ профилактики протарголомъ въ 5%, 10%, 20% растворомъ (10% протарголъ по эквивалентному содержанію серебра = 1,3% ляписа) слѣдующія цифры:

Съ 5 протарголомъ	на 2304 млад. 6 бленнор. =	2,6% ⁰⁰
• 10 "	8015 " 6 " =	0,7
• 20 "	5124 " 27 " =	5,2
Итого	на 15443 млад. 38 бленнор. =	2,5% ⁰⁰

Этотъ процентъ заболѣваемости очень мало разнится отъ полученнаго въ послѣднее же десятилѣтіе при употребленіи ляписа. Какъ и при употребленіи ляписа, даже еще въ большей степени, наблюденія надъ протарголомъ обнаружили, что болѣе слабый 10% растворъ далъ лучше въ смыслѣ профилактики результаты, чѣмъ крѣпкій — 20%. Не исключая возможности случайныхъ причинъ, нельзя все-таки не вспомнить объ упоминавшейся уже разъ возможности болѣе легкой вторичной инфекции, при употребленіи прижигающихъ растворовъ, а также о возможности причисленія къ бленнорееѣ рѣзкихъ раздраженій конъюнктивы, какъ результата прижиганія.

Наилучшіе результаты изъ опубликованныхъ въ послѣднее время далъ при профилактикѣ бленнорреи глазъ у новорожденныхъ софолъ. Этотъ препаратъ былъ введенъ въ практику для предупрежденія бленнорреи *v. Herff*омъ, который примѣняетъ его и въ настоящее время. Авторъ находитъ это средство наиболѣе удовлетворяющимъ изъ всѣхъ примѣнявшихся, выработаннымъ имъ и другими требованіями, приведеннымъ выше. По отсутствію раздраженія это средство по наблюденіямъ *v. Herff*а оставляетъ далеко за собою всѣ другіе препараты серебра. Испытывая растворы софолы на собственномъ глазу, *v. Herff* нашель, что 10% растворы вы-

зываютъ незначительное ощущеніе, 5% вовсе не раздражаютъ. Болѣе точное изслѣдованіе раздражающихъ свойствъ различныхъ препаратовъ серебра дало слѣдующіе результаты:

	Раздра- жаютъ %	Не раздра- жаютъ %	Одинаково разд- растворы съ % arg.
Argent. nitricum	0,5	0,025	0,032
Largin	1	0,5	0,082
Nargol	5	2,5	0,250
Nowargan	5	4,0	0,450
Protargol	5	4,0	0,400
Sophol	10,9	9,1	2,000

Такимъ образомъ, раздражающія свойства протаргола по сравненію съ ляписомъ меньше въ 12,5 раза, а софолъ въ 62,5, поэтому софоломъ и протарголомъ можно даже промывать глаза.

Проф. *Dreser* на основаніи своихъ вышеупомянутыхъ изслѣдованій, относить употребляемые для профилактики растворы софолы не къ прижигающимъ, какъ ляписъ, а къ дезинфицирующимъ веществамъ. Наблюдая раздражающія свойства 5% софолы онъ нашель, что софолъ у новорожденныхъ значительно меньше раздражаетъ, чѣмъ другіе препараты серебра.

Въ послѣдней серіи на 1200 дѣтей *v. Herff* получилъ съ 5% софоломъ:

	% всѣхъ дѣтей	% всѣхъ глазъ
1. Слабое раздраженіе (слезоточеніе)	9	6,3
2. Умѣренное (слезисто-гноенное отд.)	1,9	1,3
3. Сильное (гноетеченіе)	0,8	0,5
Всего	12	8,8

Это оспаривалъ *Sciapiades*, доказывая, что на 13,1% раздраженій у *v. Herff*а съ софоломъ, у него подобныхъ же раздраженій только 5,5%. На это *v. Herff* возражалъ, что небольшой процентъ раздраженій, полученныхъ *Sciapiades*омъ съ укусно-кислымъ серебромъ получился потому, что онъ исчислялъ % раздраженій, спустя 24 час. по рожденіи. Сравнивая раздраженія отъ софолы *v. Herff* получаетъ такую разницу:

	Съ укуснокисл. серебромъ	съ 5% софоломъ
	Число дѣтей % раздраж.	Число дѣтей % раздр.
1-й день ж.	475 21,2	1500 12
2-й "	100 2,5	1500 1,2
3-й "	200 0,5	1500 0,06
Въ одномъ глазу		
реакція	200 15	1500 8,6
Въ обоихъ	200 14	1500 3,3
Вторичн. конъюнкт. .	4493 2,89	3918 1,3

Gallatia, применяя 5% и 10% растворы софолы у 280 новорожденных замечал только в течение первых 24 часов небольшое отделение слезы в 5%—7%. *Bondi* пользовался 5% и 10% софоломъ и при употреблении 5% не наблюдал никакого раздражения, а при 10% небольшое. *Hamm*, применяя 5% раствор, наблюдал очень слабую, появляющуюся в течение первых часов послѣ родовъ и проходящую безъ воспалительныхъ явлений раздражения въ формѣ незначительнаго слезоточения приблизительно в 8%—10% всѣхъ случаевъ. В 20-хъ случаяхъ, т. е. в 1,25% наблюдалось болѣе сильное раздраженіе, состоявшее в серозномъ, иногда и в слегка гнойномъ отдѣленіи, на одномъ глазу 5 разъ = 0,31%, на обоихъ глазахъ 15 = 0,94%. Лишь три раза наступило серьезное раздраженіе соединительной оболочки глазъ съ сильной краснотой и обильнымъ гнойнымъ отдѣленіемъ. При этомъ, в первое время применения этого препарата явления раздраженія наблюдались чаще, какъ это отмѣчено и в другихъ клиникахъ, вѣроятной причиной чего можетъ быть по *v. Herff* у неправильное приготовленіе растворовъ, такъ какъ при подогреваніи легко отдѣляется лишь слабо связанный формальдегидъ. Помимо отсутствія раздражающихъ свойствъ *v. Herff* имѣлъ возможность наблюдать сравнительную устойчивость даже крѣпкихъ растворовъ софолы, при условіи сохранения ихъ въ посудѣ изъ коричневаго стекла. Такъ онъ у 100 дѣтей применялъ растворъ годовой давности, который 1/2 года при томъ стоялъ на его письменномъ столѣ и получилъ такіе же результаты, какъ и при свѣжихъ растворахъ. По дѣйствительности профилактики софоль превзошелъ всѣ другіе препараты серебра. Необходимо, однако, отмѣтить, что методика профилактики у нѣкоторыхъ авторовъ, именно давшихъ наи-

лучшіе результаты, была значительно измѣнена, какъ это будетъ отмѣчено ниже, главнымъ образомъ въ томъ, что, благодаря почти полному отсутствію раздражающихъ свойствъ, примѣненіе раствора не ограничивалось одной каплей. *v. Herff* применялъ софоль сперва в 10%, а затѣмъ в 5% растворъ съ іюля 1905 г. В 1905 году онъ имѣлъ одинъ случай ранней инфекціи у ребенка, мать котораго страдала гонореей въ остромъ періодѣ и которой авторъ во время родовъ вправлялъ выпавшую послѣ разрыва пузыря пуповину. В 1910 г. онъ имѣлъ одинъ случай поздней инфекціи, который онъ ставитъ въ вину матери. За это время имъ примѣнена выше-означенная профилактика у 7536 дѣтей, что составляетъ 0,13‰ раннихъ инфекцій и столько же позднихъ, всего 0,26‰. Исчислѣя процентъ заболеваемости гонореей для г. Базеля в 16% и число подвергающихся опасности заразиться дѣтей приблизительно в 1100, онъ думаетъ, что применяемая имъ профилактика подходитъ къ требуемому *H. Cohn*'омъ идеалу. Методика профилактики состояла в слѣдующемъ: *v. Herff* раньше промывалъ глаза растворомъ борной кислоты, затѣмъ впускалъ пипеткой отъ одной до нѣсколькихъ капель раствора софолы. Съ 1909 г. онъ применялъ методъ *Ahlfeld*'а, рекомендованный въ его учебникѣ. Одна или нѣсколько капель впускалась на закрытыя вѣки или на внутренней уголъ глаза. Затѣмъ или самъ ребенокъ открывалъ глаза или это дѣлала ему акушерка. Излишекъ раствора удалялся или ватой, или борнымъ растворомъ. Кромѣ бленнорреи и явлений раздраженія послѣ профилактики авторъ отмѣчаетъ конъюнктивиты съ различными кромѣ гонококковъ находками:

	въ 1905 г.	на 620 дѣтей 33
" 1906 г.	1276	50
" 1907 г.	1353	18
" 1908 г.	1515	10

Неопредѣленное число капель впускалось акушерками и учениками также у *Gallatia*.

Въ рукахъ другихъ авторовъ, повидимому, применявшихъ софоль болѣе точно по методу *Credé*, не получалось такихъ блестящихъ результатовъ. Такъ *Hofstätter* на 2000 дѣ-

тей имѣлъ 240 заболѣваний. Изъ нихъ—190=95%₀₀ собственно, какъ раздраженія отъ софолы.

Въ 8 случаяхъ=4%₀₀ онъ обнаружилъ гонококковую бленнорею; изъ нихъ двѣ раннихъ инфекции=1%₀₀, 5 позднихъ=2,5%₀₀ и 1 внутриутробную. Въ 13 случаяхъ=6,5%₀₀ авторъ обнаружилъ хламидозы и въ 29 случаяхъ=14,5%₀₀ другихъ микробовъ.

Въ литературѣ имѣются слѣдующія данныя о профилактикѣ софоломъ:

Авторы и города.	Источники.	Число блен.			% ₀₀ отнош.		
		Число жив. млад.	Ран.	Поздн.	Ран.	Поздн.	Всего.
v. Herff . . .	Münch. med. Woch. (Базель) 1910 № 37 . . .	7536	1	1	2	0,13	0,13
Gallatia . . .	Wien. med. Woch. 1908, № 6 . . .	280	0	2	2	0	7,8
Hannes . . .	Centrallbl f. Gyn. (Бреславль) 1911 № 1 . . .	1595	2	1	3	1,2	0,6
Hofstätter . .	Gyn. Rundschau 1911 № 11	2000	2	5	7	1	2,5
Menge . . .	Klin. Monatsbl. f. (Эрлангенъ) Augenh.-K. 1910 (no Willim'y)	300	0	0	0	0	0
Krönig . . .	—	440	0	0	0	0	0
Döderlein . .	— (Мюнхенъ)	1432	1	1	1	0,7	0,7
Eperon . . .	Diss. Lausanne 1907	2500	?	?	1	—	—
John Moran .	Fhe Virg. Med. Sem. Monthly 22 apr. 1910. Цитировано по Terap. Ber. 1910	283	?	?	1	—	—
Al. Hörder .	Münch. med. Woch. 1911 № 31 . . .	1757	—	7	7	—	3,9
Männel . . .	Centrallbl f. Gyn. 1911. № 23 . . .	700	—	3	3	—	4,3

¹⁾ Сверхъ помѣченныхъ, одна врожденная бленнорея и 13 безгонококковыхъ, при испытаніи которыхъ авторъ находилъ хламидозовъ—6,5%₀₀ и 29 катаровъ—14,5%₀₀, при которыхъ находилъ разныхъ микробовъ.

²⁾ Одна изъ позднихъ бленнорей развилась на 5-й день, другія позже. Пораженій роговицы не наблюдалось. Раздраженіе наблюдалось въ 39 случаяхъ=22,2%₀₀.

³⁾ Кромѣ того 22=31,4%₀₀ катары, изъ которыхъ 4 появились въ первые 48 час. жизни.

Изъ суммированія данныхъ о профилактикѣ софоломъ видно, что этотъ препаратъ далъ наилучшіе результаты. Если даже не учитывать того обстоятельства, что статистика о примѣненіи софолы относится къ самому послѣднему времени, что, какъ было указано выше, улучшаетъ шансы профилактическихъ средствъ, то при первомъ взглядѣ на таблицу о профилактическомъ примѣненіи софолы видно, что эти результаты обуславливаются главнымъ образомъ, статистикой v. Herffa. Исключая послѣднюю, получимъ на 10587 младенцевъ 24 заболѣванія бленнореей, что составляетъ 2,2%₀₀, т. е. съ лишнимъ два %₀₀ заболѣваний, что значительно разнится отъ полученнаго v. Herffомъ подъ его непосредственнымъ наблюденіемъ и приближается къ даннымъ профилактическаго лѣченія за послѣднее время другими средствами. Блестящіе результаты, полученные v. Herffомъ съ профилактикой софоломъ, могли быть обязаны слѣдующимъ обстоятельствамъ: 1) высокимъ бактерициднымъ свойствамъ софолы при отсутствіи раздражающихъ свойствъ; 2) особенностямъ примѣненія этого средства (впусканіе нѣсколькихъ капель, примѣненіе метода Ahlfeld'a) и 3) тщательному наблюденію за примѣненіемъ профилактики. Несомнѣнно, что извѣстный процентъ заболѣваемости во всѣхъ статистикахъ падаетъ на долю небрежнаго примѣненія или даже совершеннаго упущенія профилактики, особенно въ большихъ учрежденіяхъ, имѣющихъ педагогическое назначеніе. Хотя въ случаяхъ заболѣванія и труднѣе доказать упущеніе профилактики, тѣмъ не менѣе въ литературѣ такіе случаи отмѣчаются многими авторами.

Прочія профилактическія средства. Изъ другихъ дезинфицирующихъ средствъ, кромѣ препаратовъ серебра, употреблялись для профилактики бленнорей растворы главнымъ образомъ, въ видѣ обтираній и промываній, рѣдко въ видѣ впусканія капель. Послѣ хлористаго кальція, наиболѣе старымъ и употребительнымъ профилактическимъ средствомъ была карболовая кислота. Macdonald (въ 1881 г.) примѣнялъ обмываніе двухпроцентной карболой и вкапываніе въ глаза новорожденныхъ и получилъ 1 случай бленнор-

реи на 58 младенцев = $17,8\%$ *Ohtlhausen*, по рекомендации *A. Graefe*, применял вкапывание 1% раствора карболовой кислоты и получил 36% заболеваний на 166 детей и 88% на 137. Впоследствии *Ohtlhausen* применял 2% -й раствор для вкапывания и тщательное обтирание век. *Widmark*, применяя 1% раствор, получил в 1882 г. $9,3\%$ заболеваний. *Fieusal* (по *Hubbauer*'у) применял $\frac{2}{10}$ — $\frac{4}{10}$ растворы карболовой кислоты для промывания глаз. *Späth* применял (по *Zweifel*'у) 1% растворы и получил 14% заболеваний. *Königstein* (Вена), применяя 1% раствор, имел на 1541 младенца 21 случай бленнорреи = $13,6\%$ и 96 катарров = $62,3\%$. *Krukenberg* (Бонн) с 2% раствором у 82 детей получил 11 заболеваний = $13,4\%$.

Как видно из этого краткого обзора, карболовая кислота, применяемая в 1 — 2% раствор только в руках некоторых авторов дала больше и или меньше удовлетворительные результаты, и то при условии применения в обильном количестве, т. е. в виде обмывания и обтираний. У других, особенно при простом вкапывании, оказалась недействительной.

Борная кислота употреблялась многими авторами, как вспомогательное средство для обтирания век, при употреблении других профилактических средств. Как специальное прогигиастическое борная кислота применялась *Connen*'ом (Париж 1884 г.) в 3% растворе, при чем было констатировано $45,4\%$ заболеваний. *Zweifel* (Лейпциг) применял 3% раствор у 223 детей и получил 9 заболеваний = $40,9\%$. *Dolérís* на 123 родов — 60% , *Tarnier* — на 132 родов — 35% . Приведенные цифры относительно применения для профилактики борной кислоты очень малы, чтобы делать на основании их какие либо определенные выводы. Процент заболеваемости при ее применении во всяком случае настолько велик, что не вызывал, повидимому, желания производить дальнейшие опыты с борной кислотой, что, конечно, в достаточной степени объясняется ее слабыми дезинфицирующими свойствами.

Салициловая кислота, как и борная, нередко применялась, как вспомогательное профилактическое сред-

ство, а также при лечении развившихся уже воспалений. Как уже выше упомянуто было, *Credé* употреблял вначале салициловую примочку при вкапывании 2% ляписа. В качестве специального профилактического средства растворы салициловой кислоты употреблялись не для вкапывания по *Credé*, а для обтирания век, как об этом упоминалось выше. *Bischoff* (Бале) в 1870 году применял систематически обтирание глаз растворами салициловой кислоты; результатов не приводится. *Caro* в Кенигсберге в 1877 по 1883 год (цит. по *Erberg*'у) применял спринцевания влагалища 2% раствором карболовой кислоты и обтирание глаз салициловыми растворами, получил на 2130 детей 333 заболевания, т. е. $15,5\%$, не считая поздних инфекций $10,3\%$, заболеваемость, которую нельзя не признать довольно низкой, особенно для того времени. В литературе не встречалось указаний на дальнейшие применения салициловой кислоты, что объясняется, вероятно, успехами профилактического метода *Credé*.

Марганцовокислый калий употреблял *Valenta* (Вена, 1890 г.) Он применял растворы марганцовокислого калия, цвета красного вина, в виде обтираний окружности глаза и промывания конъюнктивального мешка и получил на 1588 младенцев 26 заболеваний = 16% . *Pinard*, употребляя с 1900—1901 г. $0,1\%$ раствор марганцовокислого калия у 1316 детей имел 23 случая бленнорреи = 14% , из них 7 в первые 4 дня, остальные 16 позже, т. е. 5% ранних и 9% поздних инфекций; он получил, следовательно, процент заболеваемости немного больше, чем при употреблении растворов салициловой кислоты.

Zweifel делал опыт применения формалина для профилактики в 1% растворе и получил на 120 детей 4 заболевания, т. е. 33% .

Thomin (Париж 1901 г.) применял анодол в растворе 1:400 у 926 детей, из которых 22 вскоре умерли, следовательно, на 904 детей и получил 7 ранних инфекций = $5,5\%$ и 2 поздних = $2,2\%$, т. е. всего 7 заболеваний = $7,7\%$. Тот же самый раствор употреблял *Pinard* (Париж) у 940 детей и получил $7,4\%$ бленноррей, т. е. приблизительно такой же процент заболеваний (цит. по *Stephenson*'у). Таким

образомъ, примѣненіе *aniodol'a*, правда въ немногочисленныхъ случаяхъ, дало почти такіе же результаты, какъ и примѣненіе *ляписа*.

Pinard о́мъ сдѣланъ большой опытъ примѣненія для профилактики лимонной кислоты. Въ клиникѣ Боделока *Pinard* примѣнялъ лимонную кислоту въ 5% растворъ у 14679 младенцевъ и получилъ 161 заболѣваніе=10,9% (съ 1892 по 1899 годъ).

Pinard примѣнялъ также свѣжій лимонный сокъ (въ 1890, 1891 и 1893 год.) у 4,458 дѣтей, при чемъ наблюдалась 61 бленноррея, т. е. въ 13,7%. Всего наблюдалось *Pinard* о́мъ 222 заболѣванія: раннихъ 131 и позднихъ 91 заболѣваніе.

Platon (въ Марселѣ) на 550 младенцевъ имѣлъ 34 заболѣванія, т. е. 5,5%. Лимонный сокъ, по наблюденіямъ авторовъ, какъ правило, не раздражаетъ и въ видѣ исключенія причиняетъ слабыя катарральныя явленія. Изъ этихъ, правда, не особенно многочисленныхъ, но имѣющихъ преимущество однородности (у *Pinard'a*) данныхъ видно, что лимонная кислота давала лучшіе результаты, чѣмъ всѣ вышеприведенныя средства, за исключеніемъ *aniodol'a* и *ляписа*.

Zincum sulfocarbolicum въ 0,5% растворъ употреблялся для профилактики *Cohn* о́мъ у 500 дѣтей, при чемъ отмѣчено 1 заболѣваніе 2%. По изслѣдованіямъ *Tada Urata* на животныхъ употребляемые для профилактики растворы *Z. sulfocarbolicum* обнаруживаютъ слабыя бактерицидныя свойства, хотя и совсѣмъ не раздражаютъ.

Iodtrichlorid былъ испытанъ для профилактики *Buchholz* о́мъ (Дерпт, 1893 г.) у 201 ребенка, изъ которыхъ 1 заболѣлъ бленнорреей, следовательно процентъ заболѣваемости равнялся 5% и *Keilmann* о́мъ у 560 дѣтей, при чемъ получено 8 заболѣваній, т. е. 1,4%.

Небольшое число наблюденій относительно двухъ послѣднихъ средствъ лишаетъ права дѣлать положительныя выводы о пригодности этихъ средствъ для профилактики бленнорреи.

Въ 1891 году *Valude* пробовалъ примѣнять для профилактики бленнорреи порошокъ *йодоформа*, но не получилъ удовлетворительныхъ результатовъ. На 264 младенца въ

Hopital Saint Louis, леченныхъ вдвухами въ глаза *йодоформа* онъ наблюдалъ 13 заболѣваній, т. е. 49%, хотя на 218, леченныхъ по *Credè*, наблюдалось также 13 заболѣваній=59%. *Reymond* съ порошкомъ *йодоформа* получилъ 12,7% заболѣваній (цит. по дисс. *Mirowsky*). Съ дезинфекціей влагаллица и обтираніемъ вѣкъ въ клиникѣ *Tarnier* на 248 дѣтей наблюдалось 5 заболѣваній, т. е. 2,01%. Въ большемъ объемѣ опыта *Valude* повторилъ *Seguin*, который на 1595 младенцевъ получилъ 42 заболѣванія, т. е. 2,6, 3%.

Относительно 1% раствора тимола, употреблявшагося *Schiess* о́мъ и 2% резорцина, предложеннаго *Haab* о́мъ — не имѣется цифровыхъ данныхъ.

König (Марбургъ 1901 г.) примѣнялъ для обтиранія вѣкъ алкоголь разной крѣпости и въ 1-й серіи, употребляя 50% алкоголь на 449 младенцевъ, получилъ 6 заболѣваній, т. е. 1,34%, и 10 медикаментозныхъ конъюнктивитовъ=2,22%, а во второй серіи, примѣняя 70% алкоголь на 271 младенца 4 заболѣванія, т. е. 1,48% и 14 медикаментозныхъ конъюнктивитовъ=5,18%.

Изслѣдованіями многихъ авторовъ установлено, что алкоголь обладаетъ слабыми бактерицидными свойствами. Если принять во вниманіе, что алкоголь далеко нельзя считать индифферентной для конъюнктивы жидкостью, то можно съ увѣренностью сказать, что алкоголь менѣе всего пригоденъ для предупрежденія бленнорреи глазъ у новорожденныхъ.

Несмотря на то, что сулема издавна въ большихъ размѣрахъ употреблялась при родахъ, акушерскихъ и гинекологическихъ операціяхъ, она очень рѣдко и въ небольшомъ сравнительно числѣ случаевъ употреблялась для предупрежденія бленнорреи глазъ у новорожденныхъ, хотя высокія бактерицидныя свойства ея прежде всего должны были обратить на себя вниманіе, тѣмъ болѣе, что при профилактикѣ бленнорреи не можеть быть и рѣчи о какомъ либо всасываніи и отравленіи, чего приходится опасаться при употребленіи сулемы въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Сулема не получила большого распространенія для профилактики бленнорреи, хотя первые опыты съ нею дали довольно удовлетворительные результаты, а первыя примѣненія ея относятся къ очень

давнему времени. Еще в 1839 году *Sonnemayer* наряду с хлорной извѣстью употреблялъ сулему. *Bröse* и *Rossander* (1884 г.) рекомендовали сулему въ растворѣ 1: 1000 предпочтительно предъ ляписомъ. *Strats* (Берлинъ) повидимому, первый систематически примѣнялъ сулему для профилактики бленнорреи. Въ первой серіи съ 1883—1884 года на 450 младенцевъ онъ имѣлъ 3 позднихъ бленноррей—6,6‰ между 5 и 7 днемъ. Изслѣдованія на гонококковъ не было сдѣлано. Съ 1884 года во второй серіи было 509 младенцевъ, изъ которыхъ 3 болѣли бленнорреей, при чемъ въ отдѣленіяхъ были обнаружены гонококки. Въ слѣдующей серіи въ 50 младенцевъ были обнаружены явленія раздраженія у 5 младенцевъ на 1-й день, у 1 на 3-й, у двухъ на 4-й безъ гонококковъ и на 5-й день у одного младенца бленноррея съ коками. Сулема употреблялась въ этихъ случаяхъ въ растворѣ 1: 1000 въ видѣ вкапываній. Всего на 1015 младенцевъ 7 позднихъ заболѣвъ.—6,8‰. Въ послѣдней серіи на 450 младенцевъ сулема употреблялась въ растворѣ 0,02‰ и при тѣхъ же прочихъ условіяхъ получилось 2 заболѣванія бленнорреей, т. е. 4,3‰. Реакціонныя раздраженія отмѣчены въ 18,3‰ и при томъ слабѣе, чѣмъ при употребленіи ляписа. У 25 матерей изъ послѣдней серіи отмѣченъ гранулезный кольпитъ. Всего у *Strats'a* отмѣчено на 1473 младенца 9 позднихъ заболѣваній, т. е. 6, 1‰. Авторъ приводитъ также данныя *Fritsch'a* изъ Бреславльской клиники, который на 486 дѣтей имѣлъ 2 заболѣванія на 7-й день отъ рожденія, т. е. 4‰. *Schröder* (по *Pinard'y*) употребляя растворы 0,01‰ и 0,02‰ имѣлъ въ первой серіи на 1015 дѣтей 7 заболѣваній—6,8‰, во второй на 460 дѣтей одно—2,2‰. *Doleris* съ растворомъ 1: 6000 имѣлъ на 584 младенцевъ 5 заболѣваній—8,6‰. *Küstner*, употребляя сулему 1: 7000 для обтиранія вѣкъ послѣ прорѣзыванія плечиковъ и треплористый тодь на 460 дѣтей имѣлъ 2 заболѣванія—4‰. Въ растворахъ различной крѣпости сулема для профилактики была рекомендована *Ahlfeld'омъ*, *Trousseau*, *Cullingworth'омъ* (въ растворѣ 1: 3000), *Gallaert'омъ* (1: 5000) и *Csempin'омъ*. *Ahlfeld* на 819 младенцевъ получилъ 2 заболѣванія—2,4‰. Специально профилактикѣ бленнорреи сулемой посвящена диссертациія *Erdberg'a*, который сопостав-

ляя случаи профилактики по *Credé* и сулемой нашель по слѣдную болѣе дѣйствительной, а именно:

	Число род.	Число блен.	% отношеніе.
Ляписъ	14870	116	7,8
Сулема	2778	2	0,7

При этомъ авторъ считалъ бленнорреи на основаніи положенія, высказаннаго *Bumm'омъ*, только тѣ случаи, въ которыхъ были найдены гонококки и настоящія бленнорреи позже 5 дней отъ рожденія считалъ за позднія.

Widmark (1888 г.), приводя данныя двухъ шведскихъ госпиталей (въ Стокгольмѣ и Готенбургѣ) изъ которыхъ въ одномъ примѣнялась сулема, а въ другомъ ляписъ, не находить, чтобы сулема давала лучшіе результаты, чѣмъ ляписъ. По его даннымъ сулема въ растворѣ 1:1500 дала на 1157 род. 7‰ заболѣваній. Ляписъ въ растворѣ 10:1500 далъ на 1153 род.—5,3‰ заболѣваній.

Въ Лондонскомъ Воспитательномъ домѣ была примѣнена такая профилактика (цит. по *Stephenson'y*). Немедленно, по рожденіи головки плода вѣки обтирались ватой, смоченною въ 0,1‰ растворѣ двудиистой руты или сулемы. Послѣ рожденія плода вѣки раскрывались и въ глаза впускалось нѣсколько капель сулемы въ растворѣ 1:2000. За 9 лѣтъ такой профилактики наблюдалось 6 случаевъ бленноррей на 7090 родоразрѣшеній изъ которыхъ было три внутриматочныхъ инфекции, когда дѣти рождались уже съ бленнорреей, и 3 бленнорреи развились уже 8 дней спустя послѣ родовъ т. е. 9‰ раннихъ бленноррей—0. Слѣдовательно, при такой профилактикѣ получились результаты, почти не уступающіе полученнымъ у *v. Herffa*.

Въ отчетѣ доктора Митрофанова по акушерскому отдѣленію Женск. Мед. Института за 1901-2, 1902-3 и 1903-4 годы, отмѣчено при профилактикѣ сулемой въ растворѣ 1:6000 на 508 дѣтей 4 заболѣванія—7,9‰. Къ сожалѣнію не отмѣчено, на который день наблюдались заболѣванія и были ли заболѣванія гонококковаго происхожденія. Въ провинціальныяхъ родильныхъ пріютахъ въ Англіи (по *Stephenson'y*) за время приблизительно 1897—1906 г. при профилактикѣ сулемой въ

растворахъ отъ 1:2000 до 1:6000 на 3005 рожденныхъ живыхъ дѣтей наблюдалось 7,7‰ заболѣваній.

На основаніи всѣхъ вышеприведенныхъ литературныхъ данныхъ относительно профилактики сулемой невозможно сдѣлать опредѣленного вывода о дѣйствительности этого профилактическаго средства во-первыхъ потому, что сулема примѣнялась въ растворахъ различной крѣпости, во-вторыхъ потому, что метода ея примѣненія были также различны, даже исключая выдѣленный мною особо методъ очищенія вѣкъ дезинфицирующими растворами. Слѣдовательно, матеріалъ слишкомъ малъ и разнообразенъ, чтобы суммѣ наблюденій можно было придать какое либо значеніе. Если это суммирование имѣющихъ результатовъ и сдѣлано ниже, то потому, что съ точки зрѣнія принципа, положеннаго въ основу метода *Credé* результаты объединяются тѣмъ, что одно и то же дезинфицирующее вещество, въ данномъ случаѣ сулема вводится въ конъюнктивальный мѣшокъ. Таблица примѣненія съ профилактической цѣлью различныхъ растворовъ сулемы:

Авторы и города.	Источники.	Растворъ.	Число блен.			% отношеніе.		
			Число род.	Ран.	Позн.	Всего.	Ран.	Позн.
Stratz—Berlin	Centrallbl f. Gyn. 1885 г.	1:1000	1025	0	7	7	0	6,8
		1:5000	460	—	2	2	—	4,3
Fritsch—Бреславль	—	—	486	—	2	2	—	4,0
Schroeder—Цит.	Po Pinard'y Ann. de Gyn. 1902 г. p. I.	1:10000	1015	—	—	7	—	6,8
		1:5000	460	—	—	1	—	2,2
Dolérís	—	1:6000	584	—	—	5	—	8,6
Widmark—Сток-гольмъ	Rev. Gen. d'Ophthalm 1888 г.	1:5000	1157	—	—	8	—	7,0
Митрофановъ—Полтава	Журн. Ак. и Женск. бол. 1905 г.	1:6000	508	—	—	4	—	7,9
Stephenson—Лондонъ	Monographie 1907 г.	1:2000	2090	—	3	3	—	0,4
Stephenson—Лондонъ	Monographie 1907 г.	1:2000	3005	—	—	23(7)	—	7,7
		и 1:6000				(предпол. цифра).		

Разбивая профилактику сулемой по періодамъ на десятилѣтія, какъ и профилактику ляписомъ получилъ за 1-й періодъ,

когда профилактика съ ляписомъ давала еще выше 10‰ заболѣваемости, профилактика сулемой дала на 4.177 дѣтей 32 заболѣванія, т. е. 7,7‰, при этомъ значительное количество заболѣваній относится къ позднимъ инфекціямъ. Относительно второго періода отдѣльныхъ данныхъ не имѣется. Отнеся послѣдніе 3 года второго періода къ третьему періоду, отчего данная профилактики по вышеприведеннымъ соображеніямъ не должны выиграть, получимъ на 7.598 родовъ 7 заболѣваній = 0,9‰. Присчитывая же сюда три врожденныхъ бленнорреи, предполагаемая на основаніи даннаго у *Stephenson'a* % отношенія, 23 заболѣванія въ родильныхъ пріютахъ, получимъ на 10.603 родовъ—33 заболѣванія—3,1‰. Всѣхъ же леченныхъ профилактически сулемой 14.780, на которыхъ приходится 65 заболѣваній, т. е. 4,4‰.

Такимъ образомъ, какъ по отдѣльнымъ періодамъ, такъ и въ общемъ среднемъ выводѣ, профилактика сулемой дала лучшіе результаты, чѣмъ ляписъ по методу *Credé*.

Достоинъ вниманія отмѣтить, что въ серіи *Стефенсона* на 7.090 родовъ не отмѣчено ни одной ранней инфекции. Такъ какъ ляписъ въ примѣняемыхъ растворахъ, конечно, не уступаетъ въ бактерицидности употребляемымъ для профилактики растворамъ сулемы, то лучшіе результаты могутъ быть объяснены особенностями метода примѣненія сулемы, именно тѣмъ, что въ большинствѣ случаевъ, помимо впусканія въ конъюнктиву растворовъ сулемы, примѣнялось также очищеніе вѣкъ тѣмъ же растворомъ. Именно такъ была проведена серія въ 7.090 родовъ, на которую у *Stephenson'a* не отмѣчено ни одного заболѣванія. Что касается раздражающихъ свойствъ сулемы, то, несмотря на опасенія нѣкоторыхъ глазныхъ хирурговъ, что она вредно будетъ воздѣйствовать на роговицу, сулема оказалась, повидимому, малораздражающимъ средствомъ даже для конъюнктивы новорожденныхъ. *Stratz*, какъ упоминалось, наблюдалъ явленія раздраженія при употребленіи растворовъ 1:1000 всего 18,3‰, притомъ въ болѣе слабой степени, чѣмъ при употребленіи ляписа. Въ такомъ же смыслѣ высказались въ 1897 г. *Cæmpin* и *Müller*, который 15 лѣтъ въ Бернской клиникѣ употреблялъ методъ *Credé* и затѣмъ перешелъ къ сулемѣ, въ виду того, что послѣ сулемы

артифициальных бленнорей наблюдалось меньше, и в смысле профилактики результаты получались не менее благоприятные. Однако, высказывались и обратные мнѣнія. По *Köstlin'u* простые конъюнктивиты при профилактикѣ сулемой встречаются чаще.

Цѣльный рядъ глазныхъ хируговъ *Pflüger, Abadie, Kalt Parinaud* и др. (цит. по *Stephenson'u*) высказывали предположение, что даже слабые растворы сулемы вредны для роговицы.

На профилактику сулемой обращено было вниманіе въ послѣднее время въ Англіи. Лондонскимъ акушерскимъ обществомъ въ 1905 году было выработано такое правило для акушеровъ: „какъ только родится головка младенца и по возможности раньше открытія глазъ, вѣки обтираются ватой, смоченной въ растворѣ сулемы. 1:4000 и послѣ родовъ нѣсколько капель такого же раствора впускается въ каждый глазъ младенца“.

Съ 1904 года въ Императорскомъ Повивально-Гинекологическомъ Институтѣ до настоящаго времени примѣнялась профилактика бленнорей глазъ, предложенная проф. Д. О. Оттомъ. Идея метода заключается въ обильномъ примѣненіи слабыхъ нераздражающихъ растворовъ сулемы для механическаго очищенія и дезинфекціи не только конъюнктивальнаго мѣшка, но и окружающей глазъ. Профилактика производится слѣдующимъ образомъ.

Какъ только родился младенецъ, до перевязки пуповины и по возможности до открытія глазной щели, производится очищеніе глазъ младенца отъ приставшей слизи, остатковъ околоплодныхъ водъ, сыровидной смазки и пр., съ помощью рыхлой ваты, смоченной въ растворѣ сулемы 1:6000. Растворъ сулемы наносится въ изобиліи. Послѣ обтиранія вѣкъ и окружающей глаза, производится орошеніе этой области и конъюнктивы глаза при самопроизвольномъ раскрытіи глазной щели или производимомъ осторожно акушеркой (ученицей) такимъ образомъ, что смоченный въ растворѣ сулемы комочекъ ваты выжимается и струя направляется въ глазъ младенца. Въ виду того, что при купаніи и уборкѣ младенца можно всегда ожидать вторичнаго загрязненія глазъ (на это указываютъ почти всѣ акушеры) вышеописанная процедура повто-

ряется также послѣ уборки младенца на пеленальномъ столѣ. Этотъ методъ отличается отъ капельнаго метода *Crede* тѣмъ, что употребляется слабое не прижигающее дезинфицирующее и примѣняется оно въ обильномъ количествѣ въ расцѣтъ не только на бактерицидное дѣйствіе, но и на механическое очищеніе путемъ промыванія конъюнктивальнаго мѣшка и обтиранія окружности глазной щели.

Отъ асептическихъ методовъ *Kaltenbach'a* и др. вышеописанный методъ отличается примѣненіемъ дезинфицирующаго раствора, въ расцѣтъ на извѣстное бактерицидное дѣйствіе. Отъ метода *Hausmann'a* и другихъ сходныхъ съ нимъ отличается, какъ выборомъ средствъ, такъ и областью примѣненія, именно, дезинфекціи не только окружности глазной щели, но и самой конъюнктивы. Ближе всего методъ примыкаетъ къ рекомендованному въ Англіи, который отличается тѣмъ, что сулема вводится каплями, такимъ образомъ, исключается дѣйствіе энергичнаго и обильнаго промыванія конъюнктивы, а послѣ уборки процедура не повторяется, по крайней мѣрѣ, объ этомъ не упоминается. Главную особенность метода, какъ видно изъ его описанія, составляетъ обильное промываніе конъюнктивальнаго мѣшка слабыми растворами сулемы, какъ это практикуется у хируговъ при глазныхъ операціяхъ.

Въ виду того, что способъ веденія родовъ, а также воспитательная обстановка, какъ видно изъ предшествующаго, имѣетъ свою долю значенія въ ограниченіи заболѣваний бленнореей глазъ, я считаю нелишнимъ вкратцѣ сообщить относительно веденія родовъ то, что можетъ имѣть отношеніе къ данному заболѣванію. Дезинфекція рукъ и роженицы въ институтѣ производится въ общемъ по методу Фюбрингера. При поступленіи роженицы въ отдѣленіе, она еще въ смотровой подвергается предъ изслѣдованіемъ предварительной дезинфекціи, которая состоитъ въ томъ, что наружные половые органы обмываются мыломъ и растворомъ сулемы 1:2000. Затѣмъ двумя пальцами съ обильнымъ количествомъ мыла, введенными во влагалище, тщательно обтираются стѣнки влагалища и послѣднее промывается тѣмъ же растворомъ сулемы. Послѣ изслѣдованія въ смотровой, съ родиль-

ницей поступают по инструкции: § 8. „Роженица, принятая в отделение, подвергается следующему: а) поскольку необходимо, с половых и смежных частей удаляются волосы и ставится клизма, после действия которой роженица вымывается мылом под душем; затем производится дезинфекция наружных половых органов, смежных с ними частей и рукава; б) мытье наружных половых органов и смежных с ними частей производится намыленной щеткой, после чего мыло удаляется орошением сулемовым раствором 1:2000; в) в случаях, требующих оперативного вмешательства, кроме того означенная часть тела вытирается спиртом. Влагалище дезинфицируется следующим образом: введя во влагалище обильно покрытые мылом 2 или более пальцев энергичными движениями стирают и удаляют слизь, после чего стенки влагалища начисто вымываются раствором сулемы 1:2000. Пред каждым исследованием в отделении наружные половые части омываются мылом и сулемой, а по окончании исследования, влагалище промывается, если нет противопоказаний, обычным раствором сулемы“.

В послеродовом периоде младенцы находятся в одной палате с матерями, но в отдельных кроватках у ногного конца кровати; для кормления подаются матерям ученицами. Ежедневно утром всем младенцам производится промывание глаз 3 % борным раствором.

О результатах практикуемой в Институт профилактике помимо собственных наблюдений, имеются следующие данные. В отчет за 1904—1907 год (ст. д-ра Владыкина) отмечено: „что способ этот имеет несомненные преимущества по отсутствию каких либо реактивных явлений на слизистой оболочке глаза, это бесспорно“. Насколько он достигает цели, показывает следующая выдержка: „на нашем материале за отчетный период нами отмечено 29 случаев конъюнктивитов, которые, судя по клиническим записям можно отнести с большой вероятностью к бленнорейным¹⁾. На 8305 новорожденных это составляет 0,3 %“ (точно 3,49 ‰).

¹⁾ Бактериологического исследования не производилось.

С 1 сентября 1909 по 1 сентября 1911 года, т. е. за время, когда мною велись наблюдения над бленнореей у младенцев, как видно из вышеприведенных данных, зарегистрировано в родильном отделении и лазарете института всего 9 гонококковых бленнорей; из них одна бленнорея внутриутробного происхождения и 2 поздних (одна на 5-й день по рождении, другая на 7-й). За этот период в отделении было всего 5200 живых младенцев, исключая мертворожденных и умерших после родов. Общая заболеваемость гонококковой бленнореей выражается, следовательно, в количестве 1,7‰.

Исключая врожденную бленнорею, получаем по общепринятой терминологии ранних гонококковых инфекций 1,1‰ и поздних немногим меньше 0,4‰. Было ли проведено профилактическое лечение в случаях заболевания гонококковой бленнореей? Этот вопрос остается открытым. Установить опущение профилактики было делом трудным и щекотливым, так как благосостояние матери и младенца было вопросом, затрагивающим самолюбие ведущей их ученицы. Кроме гонококковых бленнорей наблюдалось 6 гнойных катаров, которые обозначены под названием бленнорей второй степени, что составляет 1,1‰ всего числа младенцев. При бактериологическом исследовании этих случаев, гонококков не было найдено, а были обнаружены белый и золотистый стафилококки в большем или меньшем количестве. Эти случаи, следовательно, согласно мнению многих исследователей, относятся к безбактериальным бленнорейам. В 2-х случаях из них были найдены в большем количестве белые стафилококки и в одном золотистый стафилококк. По мнению Graenow'a такие случаи относятся к заболеваниям, вызываемым стафилококком.

Наконец, исследовано и зарегистрировано 33 катара большей или меньшей степени, что составляет 6,3‰. Вышеприведенные данные профилактики сулемой уступают по числу гонококковых заболеваний данным *v. Herff'a* (профилактика софолом) и *Stephenson'a* (профилактика сулемой же), но стоят в ряду с лучшими результатами, полученными у

других авторов. Что касается явления раздражения конъюнктивы при профилактике сулемой, то, если считать за таковыя наблюдавшиеся нами катарры, в первые дни по рождению, число их незначительно. В итоге обобщения результатов профилактики различными средствами и по разным методам является вопрос, как оценивать полученные данные в смысле достижения абсолютной профилактики. Мы видели, что на больший число наилучшими результатами оказались опубликованные *v. Herffom* с софолом и *Stephensonom* с сулемой. Однако, и тот и другой имели заболевания, в результате ли упушений и погрешностей в применении профилактики, или вследствие наличия непредотвратимого заболевания (врожденная бленноррея). Нужно ли оценивать такие методы, как недостающие абсолютной профилактики или можно считать, что методы при безукоризненном и у всех без всякого исключения применении могут навѣрняка предотвратить инфекцию во время родов?

Многие авторы неоднократно и точно указывали те случаи заболеваний, когда была упушена профилактика. Так как в большинстве случаев профилактическое лечение бленнорреей находится в руках акушера, а в педагогических учреждениях проводится даже ученицами, то полное упушение профилактики или проведение ее не *lege artis*, всегда априорно можно допустить в известном, хотя бы и небольшом количестве случаев. Лично мы, как и другим, приходилось констатировать в институте, как случаи полного упушения профилактики, так и неудовлетворительного выполнения даже такого простого в техническом отношении метода, как практикуемый в институте.

В этом смысле, может быть совершенно прав *Koblank*, который высказался, что „бленноррея глаз не исчезнет, пока будут гонококки“, указывая 1) на врожденную бленноррею, 2) позднюю, 3) на небрежность при самой действительной профилактике. Следовательно, материал, полученный от клинических наблюдений, выясняющий сравнительная достоинства разных методов, нельзя считать вполне и безусловно достаточным для выяснения абсолютных достоинств какого либо метода. Для этого необходимо, по воз-

можности, разностороннее обследование, как условий заражения, так и методов предупреждения. Нижеследующая опытная данные имели целью пополнить усмотренные нами проблемы в вопросе о предупреждении бленнорреи и выяснить значение наиболее успешных методов.

Экспериментальные исследования.

Если учение о биологических возбудителях бленнорреи можно считать достаточно полно разработанным, то этого никак нельзя сказать про механизм инфекции в моменте родов, который в сущности имеет наибольший интерес с точки зрения профилактики. Несмотря на то, что сторонниками различных методов профилактики в основу последних клались принципиально различные воззрения на механизм инфекции, как теми, так и другими не представлено достаточно фактических данных для обоснования своего метода.

Не считая того положения, на котором все сходилось без противоречий, только оценивая в различной степени, что родовые пути должны быть приведены, по возможности, в асептическое состояние, представители 2-х противоположных течений, сторонники внутриконъюнктивальной дезинфекции и сторонники дезинфекции всей и окрестности глаза, в сущности не имеют достаточно данных для обоснования своих взглядов. Вполне логически построенные рассуждения *Haussmann'a* и др. о возможности попадания инфекции в конъюнктивальный мешок имеют большой теоретический интерес и подтверждаются некоторыми фактами из клинических наблюдений.

Содержание микроорганизмов в конъюнктиве до и после ее дезинфекции. Экспериментальные подтверждения этих соображений имеют в виде случайных и не полных исследований *Cramer'a*, *Walthard'a*, *Koblank'a* и *Sikes*. Полученные этими авторами данные, при том, как было упомянуто выше, не сходятся между собою,

Так первые три автора находили в исследованных ими немногочисленных случаях конъюнктиву новорожденных совершенно стерильной; последний находил ее стерильной только в 75%; между тем вопрос о стерильности конъюнктивы в первые моменты после родов имеет существенное значение для профилактики бленнореи. Так *Walshard* на основании своих 30 исследований высказался против дезинфекции глаз. По его мнению, влагалищный секрет втирается в глазную щель промываниями с профилактической целью. Исследования *Sikes*, давшие правда положительные результаты, слишком немногочисленны.

Чтобы пополнить этот пробел мною были произведены ряд исследований конъюнктивы новорожденных на содержание в ней микроорганизмов в первые моменты жизни младенца.

Методика исследования:

Исследования распадаются на два ряда. В первом случае содержимое конъюнктивы бралось для посева тотчас после рождения младенца еще до перевязки пуповины и затем второй раз спустя некоторое время ($1/2$ —1 ч.) приблизительно после применения в Имп. Клин. Повив.-Гинек. Институте дезинфекции глаз сулемовым раствором 1:6000.

Во втором случае параллельно брались у одного и того же младенца содержимое каждой конъюнктивы и часть слезы или сыровидной смазки, приставшей к векам.

Материал с века брали тонким платиновым шпатель. Содержимое конъюнктивы брали платиновой петлей (по *Axenfeld'y*). На этом, хотя и несовершенном способе взятия материала пришлось остановиться потому, что он наиболее соответствовал задачам исследования. Способ наливания питательной среды в конъюнктивальный мешок (по *Morax*) в данном случае был неприемлем потому, что при нем можно было получить бактериальную флору не только с самого конъюнктивального мешка, но также с края века и ресниц; между тем, как наша задача состояла в изолированном исследовании конъюнктивального мешка. Впускание физиологического раствора пова-

ренной соли, предложенное Рымовичем, не подходило по тем же самым соображениям. Выбирание содержимого конъюнктивы стерилизованными губочками не достаточно гарантировало от загрязнения и представляло затруднения при выделении микроорганизмов. При том эти способы также не давали гарантии, что ими будут уловлены все содержащиеся в конъюнктиве микроорганизмы. Процесс взятия материала состоял в следующем. Тотчас по рождении младенца тонким платиновым шпатель проводилось один раз по краю века одного и другого глаза и полученным материалом делался посев на среды. Затем стерилизованной ватой удалялась слегка с наружной поверхности века слеза и сыровидная смазка; веки младенца осторожно выворачивались и платиновой петлей проводилось медленно один раз по конъюнктиве и переходной складке нижнего и верхнего века. То же самое повторялось и с другим глазом.

Питательной средой для посева служили одновременно М. П. Б. и 3%-й М. П. Агар, разведенный в асцитической жидкостью в отношении 2:1, разлитой в пробирки и остуженный в косом виде. Пробирки с посевами по обычным правилам ставились в термостат при $t^{\circ} 37^{\circ}$, исследовались через сутки и наблюдались в термостате в течение 7—10 дней, при чем во избежание высыхания закрывались резиновыми колпачками. По общепринятым правилам до употребления питательной среды испытывались посевами на их пригодность и для проверки стерильности пред употреблением на сутки помещались в термостат при темп. 37° .

В виду отмеченного *Hausmann'ом*, *Cramer'ом* и др. влияния, оказываемого различным положением плода и протриванием головки на возможность раскрытия глазной щели и попадания туда содержимого влагалища, отмечалось положение и предлежание плода; в виду указанного *Credè* влияния преждевременного разрыва пузыря на инфекцию конъюнктивы, отмечалось время, протекающее от разрыва пузыря до рождения плода.

Исследования конъюнктивы новорожденных на содер-

жание зародышей до и после дезинфекции могло бы дать прямые указания на преимущества того или другого дезинфицирующего вещества, если бы пришлось иметь дело с определенными патогенным микроорганизмом (напр. гонококком) в большом числе случаев. Но скорей можно было ожидать, что наблюдения придется вести по отношению к случаю попадающим в конъюнктиву не патогенным микробам. Так это и было, как показывают нижеприведенные данные. Можно ли оценивать случаи, где с века получается рост, как следствие недостаточной влажной дезинфекции или предполагать, что и точно после выжидания младенца могут инфицироваться глаза младенца тем же или другим путем, этот вопрос остается открытым, так как манипуляции с веками во время родов при всех мерах предосторожности все-таки далеки от безупречности и результаты их не могут быть отождествляемы с результатами перевивок из пробирки в пробирку. В смысле оценки результатов это, однако, не имеет большого значения, так как в сущности не важно, попадает ли в конъюнктивальный мешок и на веки инфекция в самый момент прорезывания головки или тогда, например когда младенец лежит у ног матери.

Параллельные исследования конъюнктивы тотчас по рождении младенца и после дезинфекции видны из следующих кратко отмеченных данных. Знаком 0 обозначается отсутствие роста по истечении 10 дней, знаком + рост. Буква А обозначает агар, буква Б—бульон. Данные исследования до дезинфекции отмечены под цифрой 1), после дезинфекции—суемой под цифрой 2).

1-е изсл. № 1847 28 Апр. 1909 г. М. И.—на IV рага. Небольшими глазами страдает два года. Плодный пузырь произвольно прорвался за 1–2 минуты до родов. Воды желтоватые.

1) Прав. глаз . . . А.	8 мая	0	Б.	29 Апр. + S'aphyl. аг.
Лѣв.	" " " "	"	"	"
2) Прав.	" " " "	0	"	8 мая
Лѣв.	" " " "	0	"	"

2-е изсл. № 1927 А—ва 5 мая I рага. Положение плода второе продольное, предлежание затылочное. Пузырь прорвался произвольно за 20 минут до рождения плода. Воды чистые, без запаха.

1) Прав. глаз . . . А.	15 мая	0	Б.	15 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

3-е изсл. № 1938 Л—ва 5 мая 1909 г. III рага. Пузырь прорвался произвольно за 5 минут. Положение 1-е, продольное, предлежание затылочное. Воды мутные с запахом?

1) Прав. глаз . . . А.	15 мая	0	Б.	15 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

4-е изсл. № 1974 К—ва 8 мая 1909 г. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Вли и раз при мочеиспускании отрицатель.

1) Прав. глаз . . . А.	15 мая	0	Б.	18 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

5-е изсл. № 2003 Б—ва 9 мая 1909 г. IV рага. От разрыва пузыря до рождения плода прошло не более 8 часов. Воды чистые, положение 1-е продольное. Предлежание головное. 5 лет страдает обильными выделениями желтоватого цвета, увеличивающимися во время беременности. В начале заболевания была рв при мочеиспускании. Предшущие дети главами не болели.

1) Прав. глаз . . . А.	19 мая	0	Б.	19 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав. глаз . . . А.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

6-е изсл. № 2036 Т—ва 2 мая 1909 г. II рага. Положение 1 продольное, предлежание затылочное. Вли и раз при мочеиспускании отрицатель.

1) Прав. глаз . . . А.	22 мая	0	Б.	22 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав. глаз . . . А.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

7-е изсл. № 2040 Г—ва 2 мая 1909 г. IV рага. Положение 1 продольное, предлежание затылочное. Пузырь прорвался за 5 минут до родов.

1) Прав. глаз . . . А.	22 мая	0	Б.	12 мая	0
Лѣв.	" " " "	"	"	"	"
2) Прав.	" " " "	0	"	"	"
Лѣв.	" " " "	0	"	"	"

12 мая Б. Посыано на агар-пластинки. 1-я кол 13 мая. Выводные круглые колонии влажные, блестящие; намаз—кокки, gr+, скользя с белыми ста-

филоком. 2-я кол. 13 мая. Неправильно круглой формы колонии на подобие виноградного листка в вид пленки, бѣловатого цвѣта, полупрозрачныя съ перламутровымъ оттѣнкомъ. Величина 2—3 мм. вѣ диаметрѣ. Агаръ косою: 14 мая сѣровато-бѣловатая полоска слегка просвѣтлѣвающая съ перламутровымъ оттѣнкомъ. Конденсационная вода мутна. Бульонъ: 14 мая мутный; 16 мая даетъ нитоловую реакцію. Молоко: 16 мая свернулось. Картофель: 15 мая сѣровато-желтоватый налетъ. Желатина уколъ: 17 мая. Сѣровато-бѣловатая полоска; на поверхности неправильной формы разраженія, полупрозрачныя. 22 мая желатина не разжижается. Поверхности колоній на пластинкахъ желатины: неправильно круглой формы на подобие виноградного листка, полупрозрачныя колоніи съ перламутровымъ оттѣнкомъ и эксцентрически расположеннымъ непрозрачнымъ пупкомъ, величиной колоніи 3—5 мм. вѣ диаметрѣ. При увеличеніи Z AA—4 нѣжнаго строенія, какъ бы съ неровной поверхностью, водянистаго цвѣта и желтоватаго ближе къ центру съ ясно очерченными краями и буроватымъ пупкомъ, расположеннымъ эксцентрически.

При микроскопическомъ изслѣдованіи (окраска фукс, мазка) палочка толщиной 0, 5—0, 8 м. длинной 1—3 м, иногда длиннѣе, съ закругленными концами, подвижная, гр—, Сходна съ *b. coli*, comm.

8-е изсл. № 2037 С—ва 11 мая 1909 г. 1 рага. Положеніе 1 продольное, предлежаніе затылочное. Пузырь прорвался за 3 ч. 15 минутъ до рожденія плода.—Воды чистыя.

1) Прав. глазъ . . .	A 19 мая	0	Б.	19 мая	0
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0
2) Прав. глазъ . . .	"	0	"	"	0
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0

9-е изсл. № 2030 Т—ва 2 мая 1909 г. 1 рага. Положеніе 1-е продольное предлежаніе головное. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 2 часа. Воды зеленноватая безъ запаха, больная страдаетъ бѣлками, которыя начались еще до выхода замужъ. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. глазъ . . .	A 19 мая	0	Б.	19 мая	+Staph. alb.
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0
2) Прав. глазъ . . .	"	0	"	"	0
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0

10-е изслѣд. № 2044 Д—ва 11 мая 1909 г. 1 рага. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 14 часовъ. Воды грязныя, безъ запаха. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. У больной были обильныя бѣлки послѣ 2-хъ родовъ, продолжались 4 мѣсяца; въ последнее время не было. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. глазъ . . .	A 19 мая	+ Staph. alb.	Б.	19 мая	+ Staph. alb.
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0
2) Прав. глазъ . . .	"	0	"	"	0
Лѣв. глазъ . . .	"	0	"	"	0

11-е изсл. № 2045 12 мая 1909 г. Ф—ва IX рага. Положеніе плода 1 продольное, предлеж. зат. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 4 ч. 10 м. Воды зеленноватая, безъ запаха. Бѣлки и рѣзъ отрицаетъ. Поступила въ періодъ прорыванія головки; не была дезинфицирована обычнымъ способомъ.

1) Прав. глазъ 23 мая А.	0	Б.	23 мая	0
Лѣв. глазъ . . .	0	"	"	0
2) Прав. глазъ . . .	0	"	"	0
Лѣв. глазъ . . .	0	"	"	0

12-е изсл. № 2035 К—ва 12 мая 1909 г. 1 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Отъ разрыва пузыря до рожденія плода 2 ч. 20 м. Воды чистыя, бѣлки и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. гл. А . . .	23 мая	0	Б . . .	23 мая	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0
2) Прав. гл.	"	0	" . . .	"	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0

13-е изслѣдованіе № 2051 12 мая 1909 г. В—тъ 8 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды отошли за 1 часъ до рожденія плода, воды желтоватыя, безъ запаха. Бѣлки и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. гл. А . . .	28 мая	0	Б . . .	23 мая	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0
2) Постѣвъ сдѣланъ черезъ 2 часа послѣ родовъ.	"	"	" . . .	"	"
Прав. гл. А . . .	19 мая	0	Б . . .	13 мая	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0

14-е изслѣдованіе № 2049 к-ва 12 мая 1909 г. 1 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя до замужества страдала бѣлками нѣсколько лѣтъ. Годъ тому назадъ бѣлки прекратились. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. гл. А . . .	23 мая	0	Б . . .	23 мая	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0
2) Прав. гл.	"	0	" . . .	"	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0

15-е изслѣдованіе № 2111 мая 1909 г. Н—ва 1 рага. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя. Бѣлки и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ.

1) Прав. гл. А . . .	26 мая	0	Б . . .	26 мая	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0
2) Прав. гл.	"	0	" . . .	"	0
Лѣв. гл.	"	0	" . . .	"	0

16-е изслѣдованіе № 2110 Н—ва 16 мая 1909 г. V рага.

Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды отошли за 50 минутъ до рожденія плода. Бѣлки съ половины беременности. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Двойни.

1 младенецъ.

1) Прав. глазъ. А.	26 мая	0	Б.	26 мая	0
Лѣв. " " "	" " "	0	" " "	" " "	0
2) Прав. " " "	" " "	0	" " "	" " "	0
Лѣв. " " "	" " "	0	" " "	" " "	0

17-е изсл. 2-й младенецъ, черезъ 10 минутъ послѣ 1-го.

1) Прав. глазъ. А.	26 мая	0	Б.	26 мая	0
Лѣв.	" "	0	" "	" "	0
2) Прав.	" "	0	" "	" "	0

18-е изсл. № 2109 Т — на 16 мая 1909 г. 3 рага Положение 1-е продольное, предложение затылочное. Воды чистая, отошли за 10 минут до рождения плода.

1) Прав. глазъ А.	26 мая	0	Б.	26 мая	0
Лѣв.	" "	0	" "	" "	0
2) Прав. "	" "	0	" "	" "	0
Лѣв.	" "	0	" "	" "	0

19-е изсл. № 2105. А—нъ, 16 мая 1909 г. I para.

Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистые, отошли за 30 минут до рождения плода.

1) Прав. гл.	А.	26 мая	0	Б.	26 мая	0
Лѣв.	"	"	0	"	"	0
2) Прав. гл.	"	"	0	"	"	0
Лѣв.	"	"	0	"	"	0

20-е издл. № 2113. Б—ва. 16 мая 1909 г. 3 рага.

Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды чистыя, отошли за 2 часа до рожденія плода.

1) Прав. гл.	А.	26 мая	0	Б.	26 мая	0
Лъв.	"	"	0	"	"	0
2) Прав. "	"	"	0	"	"	0
Лъв.	"	"	0	"	"	0

Результаты изслѣдованія для наглядности представлены въ слѣдующемъ видѣ:

№№	Вр.	№	Пол.	Предл.	Отъ разр. позвизи по рожд. пл.	До профилактич. сулемой.				Послѣ профил. сулемой.			
	изсл. 1909 г.	пал. лист.				плода.	плода.	пр. гл.	лѣв. гл.	прав. гл.	лѣв. гл.		
1	21 мая	1847	—	—	1 м.	0	0	0	+	0	0	0	0 ¹⁾
2	5 "	1927	2-е пр.	зат.	20 м.	0	0	0	0	0	0	0	0
3	5 "	1938	1-е "	—	5 "	0	0	0	0	0	0	0	0 ²⁾
4	8 "	1974	1-е "	—	—	0	0	0	0	0	0	0	0

1) Небольшія бѣли, воды желтоватыя.

2) Воды мутныя съ запахомъ.

№	Время изсл.	№ пап. лист.	Пол. плода.	Предл.	Отг. разр. пункта по року. гл.	До профилактич.			Послѣ профил.		
						пр. гл.	лѣт. гл.	сумой.	пр. гл.	лѣт. гл.	сумой.
5	9 мая	2003	1-е пр.	—	не б. 8 ч.	0	0	0	0	0	0
6	11 "	2036	1-е "	—	—	0	0	0	0	0	0
7	11 "	2040	1-е "	—	—	0	0	0	+	0	0
8	11 "	2037	1-е "	—	3 ч. 5 м.	0	0	0	0	0	0
9	11 "	2030	1-е "	—	24 ч.	0	0	0	0	0	0
10	11 "	2044	1-е "	—	14 ч.	+	+	0	0	0	0
11	12 "	2046	1-е "	—	4 ч. 10 м.	0	0	0	0	0	0
12	12 "	2035	2-е "	—	2ч. 20 м.	0	0	0	0	0	0
13	12 "	2051	2-е "	—	1 ч.	0	0	0	0	0	0
14	12 "	2049	2-е "	—	?	0	0	0	0	0	0
15	16 "	2111	2-е "	—	?	0	0	0	0	0	0
16	16 "	2110	1-е "	—	50 м.	0	0	0	0	0	0
17	" "	" "	" "	" "	—	0	0	0	0	0	0
18	16 "	2109	1-е "	—	10 м.	0	0	0	0	0	0
19	16 "	2105	1-е "	—	30 м.	0	0	0	0	0	0
20	16 "	2113	1-е "	—	3 ч.	0	0	0	0	0	0

Изъ предыдущаго видно, что въ рядѣ изслѣдованій конъюнктивы послѣ дезинфекціи глазъ сулемой ни въ одномъ случаѣ не получилось роста при посѣвахъ съ конъюнктивы. Изъ этого ряда изслѣдованій нельзя, конечно, сдѣлать вывода, что употребляемый растворъ сулемы абсолютно уничтожаетъ микроорганизмовъ въ конъюнктивѣ и ея окружности. Во первыхъ, какъ уже упоминалось объ этомъ выше, фактъ отсутствія роста при посѣвахъ съ конъюнктивы не доказываетъ еще, что изслѣдуемая конъюнктивка вообще стерильна. Во вторыхъ, число изслѣдованныхъ конъюнктивъ мало сравнительно съ числомъ конъюнктивъ вообще, не заболѣвающихъ даже безъ всякой профилактики, чтобы говорить объ профилактикѣ отъ патогенныхъ микроорганизмовъ. Въ третьихъ, посѣвы брались

3) Белый стафилококк — обычн. киш. палочка

4) Бѣли, воды зеленев, безъ зап.

^{б)} Воды грязные, безъ запаха, бѣли.

⁶) Волы зеленев.: роды безъ обычной дезинфекци.

*) Постыла через 2 часа после род.

¹⁰⁾ Бэйли.⁹⁾ БФПМ.

безъ нейтрализаціи сулемы и такимъ образомъ, отсутствіе роста нельзя въ данномъ случаѣ считать за абсолютное умерщвленіе микроорганизмовъ. Примѣненіе же нейтрализаціи помимо чисто техническихъ затрудненій едва ли достигло бы цѣли въ смыслѣ возможно полного удаленія бактерициднаго вещества, какъ это возможно *in vitro*, во-первыхъ, и значительно умалило бы дѣйствительное профилактическое значеніе сулемы, если бы нейтрализація примѣнялась спустя короткое время послѣ воздѣйствія сулемы, во-вторыхъ, такъ какъ можно думать, что избыточно пущенный въ конъюнктивальный мѣшокъ растворъ сулемы, хотя и въ меньшей степени концентрации, но остается въ ней довольно долгое время при почти полномъ отсутствіи мигательныхъ движеній у новорожденныхъ и образуетъ тамъ альбуминовый соединенія. Если же примѣнять нейтрализацію спустя продолжительное время, то не исключается возможность дальнѣйшаго загрязненія, такъ какъ конъюнктиву ребенка нельзя сохранить асептически въ бактериологическомъ смыслѣ такъ, какъ матеріалъ въ пробиркѣ.

Исслѣдованіе конъюнктивы послѣ дезинфекціи сулемой имѣетъ значеніе при сопоставленіи съ результатами изслѣдованій тѣхъ же младенцевъ до дезинфекціи. Изъ этого ряда изслѣдованій видно, что у тѣхъ же 20 младенцевъ, слѣдовательно, при изслѣдованіи 40 конъюнктивъ, ростъ при посѣвахъ получился въ трехъ случаяхъ, т. е. разсчитывая на число младенцевъ въ 15% и на число изслѣдованныхъ конъюнктивъ въ 7,5%.

Изъ 3 случаевъ, въ которыхъ получился ростъ съ конъюнктивы, въ первомъ и третьемъ случаѣ у матерей отмѣчены бѣли; въ первомъ случаѣ начавшіеся годъ тому назадъ; въ третьемъ случаѣ еще до замужества. О рѣзи при мочеиспусканіи не упоминалось. Изъ всѣхъ 20 матерей, дѣти которыхъ подверглись изслѣдованію, у 7 отмѣчены бѣли или менѣе продолжительная бѣли; у одной была рѣза при мочеиспусканіи. Изъ всѣхъ роженіицъ 7 было первородящихъ, остальные повторно-беременные. Въ одномъ случаѣ роженница поступила въ роды и не была дезинфицирована обычнымъ принятымъ въ Институтѣ способомъ. Тѣмъ не менѣе,

у ребенка при взятіи содержимаго конъюнктивы ни до, ни послѣ дезинфекціи никакого роста не получилось. Ни одинъ изъ изслѣдованныхъ младенцевъ впослѣдствіи не заболѣлъ конъюнктивитомъ. Итакъ, уже вышеприведенный небольшой рядъ изслѣдованій показали, что конъюнктиву только что родившихся дѣтей нельзя считать совершенно стерильной. Попадаетъ ли инфекция въ конъюнктиву ребенка въ моментъ прорѣзыванія головки или уже при первыхъ движеніяхъ въкъ—это для профилактики бленнорреи имѣетъ мало значенія. Важно отмѣтить, что конъюнктивита новорожденныхъ съ самыхъ первыхъ моментовъ жизни уже нуждается въ дезинфекціи. Такимъ образомъ, нельзя считать достаточнымъ тотъ методъ профилактики, который хотя бы тотчасъ послѣ родовъ преслѣдуетъ тщательное очищеніе въкъ, оставляя конъюнктивальный мѣшокъ безъ всякаго воздѣйствія.

Что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ обнаруживаются микроорганизмы, въ первые моменты жизни, тамъ въки также съ большой вѣроятностью могутъ оказаться инфицированными,—это подразумевается само собою. Въ моментъ родовъ попаданіе микробовъ въ конъюнктивальный мѣшокъ происходитъ непременно черезъ въки, иначе, чѣмъ обыкновенно изъ воздуха, когда конъюнктивѣ приходится въ непосредственное соприкосновеніе съ носящимися въ воздухѣ микроорганизмами. Возможны ли такіе случаи, когда инфекция можетъ быть удалена съ въкъ безъ того, чтобы она пала въ конъюнктивальный мѣшокъ, этотъ вопросъ, несмотря на множество клиническихъ наблюденій остается еще нерѣшеннымъ. Во всякомъ случаѣ, апіорно всегда можно предположить, что разъ въки инфицированы, существуетъ постоянная опасность попаданія ея въ конъюнктивальный мѣшокъ.

Если дѣло обстоитъ именно такъ, то нельзя считать совершенно достаточнымъ также и тотъ методъ, который преслѣдовалъ бы уничтоженіе зародышей только въ благоприятномъ для ихъ развитія мѣстѣ, т. е. въ конъюнктивѣ и оставлялъ бы нетронутымъ послѣдній этапъ на пути перехода инфекции изъ половыхъ органовъ матери въ глаза ребенка. Вѣроятность попаданія микроорганизмовъ непосредственно

на конъюнктиву и немедленно послѣ родовъ въ общемъ не велика, какъ это можно думать на основаніи небольшого предыдущаго ряда изслѣдованій. Съ цѣлью выяснитъ, насколько часто инфицируются вѣки плода и, слѣдовательно, приблизительно опредѣлить, въ какой степени угрожаетъ опасность инфекции для конъюнктивы со стороны вѣкъ, былъ предпринятъ рядъ параллельныхъ изслѣдованій конъюнктивы и вѣкъ однихъ и тѣхъ же младенцевъ. Методика изслѣдованій оставалась въ общемъ та же, какъ и въ первой серіи изслѣдованій съ вышеуказанными измѣненіями.

Содержаніе микроорганизмовъ въ конъюнктивѣ и на вѣкахъ тотчасъ по рожденіи. Ниже приведены краткія протокольныя данныя объ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ параллельно съ вѣкъ и съ конъюнктивой у однихъ и тѣхъ же младенцевъ, касающіеся трагического вопроса.

№ 1. 17 ноябр. 1909 г. Ф—съ № 3614. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Продолжительность времени отъ рожденія плода до начала болѣе 9 ч. 10 м. Отъ излитія водъ 1 ч. 30 м. Воды чистыя. Perineotomia. Рѣзъ при мочеиспусканіи и блѣди отрицаетъ. Младенецъ в. 3670, длина 53. Вѣки А. 28 ноябр.—0, В.—0. (Изслѣд. сдѣлано черезъ 25 м. послѣ родовъ). Конъюнктивна лѣв. гл. А. 28 ноябр. 0, В.—0. Прав. гл. А. 28 ноябр.—0, В.—0.

№ 2. 23 февр. 1908 г. П—ва № 3728. 1 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 19 ч. 10 м., отъ разрыва пузыря 10 ч. 15 м. Блѣди и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Воды чистыя, Младенецъ в. 3290 дл. 50. Вѣки А. 24 ноябр. +15 кол. Б.—понути.

(Изслѣд. черезъ 5 м. послѣ родовъ). Конъюкт. прав. гл. А. 30 ноябр.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

(Черезъ 20 м. послѣ родовъ). К—ва прав. гл. А. 30 ноябр. А.—0; лѣв. гл. Б.—0.

(Черезъ часъ послѣ родовъ). прав. гл. А.—0, В.—0.

При изслѣдованіи колоній обнаруженъ блѣдный стафилококкъ, двѣ колоніи грибка овальной формы—колоніи бѣловатаго цвѣта круглой формы, куполообразно возвышающаяся надъ поверхностью (Sacharomycetes).

№ 3. 23 ноябр. 1909 г. И—ва № 3729 1 мая 4 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затыл.; отъ начала блѣд.—20 ч. 15 м., отъ разрыва плодного пузыря 15 м. Воды чистыя, блѣди и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ в. 3070, дл. 52. Вѣки: А. 24 ноябр. + болѣе сотни колоній бѣлаго стафилококка, Б.—0. Конъюнктивна прав. гл. А. 3 дек.—0, В.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 4. 29 февр. 1909. И—ва № 3819 2 рага. Положеніе плода 1 продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 27 ч. 40 м., отъ разрыва пузыря 1 ч. 20 м. Воды чистыя. Младенецъ в. 3470, дл. 54. Вѣки: А. 8 дек.—0, В.—0. Конъюнктивна прав. гл. А.—0, В.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 5. 30 ноября 1909 г. С—ва, № 3829 1 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 17 ч. 30 м., отъ разрыва пузыря 2 ч. 50 м. Воды чистыя. Младенецъ в. 3350, дл. 49. Вѣки: А. 2 дек. + обильный ростъ, В.—+. Конъюнктивна прав. гл. А. 9 дек.—0, В.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 6. 30 ноября 1909 г. Л—ва, № 3830, 3 рага. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 6 ч. 55 м., отъ разрыва плодн. пузыря 10 м. Воды чистыя; блѣди и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ в. 3400, дл. 51. Вѣки: А. 1 дек. + нѣсколько десятковъ колоній; палочки gr+ и gr—, стафилококки gr+, Б. 1 дек. +. Конъюнктивна прав. гл. А. 9 дек.—0, В.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 7. 30 ноября 1909 г. И—ва, № 3832, 5 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала родовъ 10 ч. 15 м., отъ разрыва пузыря 15 м. Воды чистыя. Рѣзъ при мочеиспусканіи и блѣди отрицаетъ. Младенецъ в. 3000, длина 56. Вѣки: А. 1 дек. + нѣсколько десятковъ колоній; Б.—+. Конъюнктивна прав. гл. А. 7 дек.—0, В.—7 дек.—0, лѣв. гл. А. 7 дек.—0, В.—7 дек.—0.

№ 8. 30 ноября 1909 г. Б—на, № 3834, 5 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 2 ч., отъ разрыва пузыря 20 м. Воды зеленоватыя, безъ запаха. Блѣди и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ в. 2800, дл. 52. Вѣки: А. 2 дек. + обильный ростъ; палочки, gr+ и gr—, стафилококки gr+, Б. 1 февр. + Конъюнктивна прав. гл. А. 7 дек.—0, В.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 9. 28 дек. 1909 г. О—ва, № 4251. 3 рага. Положеніе 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 3 ч. 25 м., отъ разрыва пузыря 25 м. Воды чистыя. Младенецъ в. 2950, дл. 54. Вѣки: А. 29 дек. +24 колоніи, Б.—0. Конъюнктивна прав. гл. А. 8 янв.—0, Б.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 10. 28 дек. Л—ръ, № 4255, 6 рага. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 13 ч. 40 м., отъ разрыва пузыря—5 м. Воды чистыя. Блѣдныи страдаетъ 6 лѣтъ, блѣди небольшія. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ в. 3490, дл. 53. Вѣки: А. 30 дек. + нѣсколько колоній, отчасти слившихся бѣлаго стафилококка, Б.—+ въ мажъ кокки gr+. Конъюнктивна прав. гл. А. 8 янв.—0, Б.—0, лѣв. гл. А.—0, В.—0.

№ 11. 28 дек. 1909 г. В—ва, № 4254 2 рага. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 2 ч. 35 м., отъ разрыва пузыря около 5 мин. Воды чистыя. Младенецъ в. 3420 дл. 54. Вѣки: А. 29 дек. +6 колоній бѣлаго стафилококка, Б.—+ въ мажъ кокки. Конъюнктивна прав. гл. А. 30 дек. +4 кол. блѣд. стафил., В.—0, лѣв. гл. А. 8 янв.—0, В.—0.

№ 12. 28 дек. 1909 г. О—ва, № 4248, 1 пара. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 17 ч. 40 м. Воды зеленоватая, бурья, без запаха. Бъли и рвз при мочеиспускании больная отрицает. Младенец в. 3403, дл. 50. Бъки: А 8 янв.—0, В—0. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 13. 11 янв. 1910 г. № П. Л. 187, 3 пара. Роды на подъезде, слювательно, без обычной в Институт дезинфекции родового тракта. Бъли и рвз при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3050, дл. 55. Бъки: А 12 янв.—обильный рост, Б—+. Конъюнктив А 21 янв.—0, прав. гл. Б—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 14. 15 марта, 1910 г. № 1277, 2 пара. Роды в приемной, без обычной в институт дезинфекции. Бъли и рвз при мочеиспускании больная отрицает. Младенец в. 3500, дл. 54. Бъки В. 16 дек.—помутнение; на поверхности пленки. А—+19 колоний блгаго стафилококка и снйной палочки. Въ конденсационной водѣ диплококк gr+ имбующий наклонность складываться въ цѣпочки. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 15. 16 марта 1910 г. Г—ва, № 1278, 3 пара. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 21 ч. 40 мин., отъ разрыва пузыря—около 5 минут. Бъли и рвз при мочеиспускании б. отрицает. Младенец в. 3290 дл. 51. Бъки А 17 марта—, нѣсколько слившихся колоний блгаго стафилококка В—+. Конъюнктив А 26 марта 0, прав. гл. Б—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 16. 16 марта 1910 г. К—ль, № 1268, 5 пара. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 23 ч. 45 минут. Отъ разрыва пузыря 10 мин. Воды чистая. Были бѣлы послѣ замужества и рвз при мочеиспускании. Младенец в. 3160 дл. 50. Бъки А 26 марта 0, В—0. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 17. 29 дек. 1910 г. П—ва, 1 пара. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 23 ч., отъ разрыва пузыря 10 ч. 30 мин. Воды бурья, без запаха, у роженщи констатирована атрезия vaginae partialis. Бъли и рвз при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3970 дл. 53. Бъки А 30 марта—, нѣсколько слившихся и единичных колоний блгаго стафилококка В—+. Конъюнктив прав. гл. А 7 апр.—0, В—0, лъв. гл. А 30 марта—8 колоний мелких, круглых, бѣловатых; въ мазкѣ кожи gr+.

№ 18. 29 марта 1910 г. Ч—на, № 1495, 4 пара. Положение 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 33 ч. 30 м., отъ разрыва пузыря 15 мин. Воды чистая. Младенец в. 4000 дл. 53. Бъки А 30 марта—, В—+бѣловатая пленка блгаго стафилококка; нѣсколько десятков мелких около 1/2 мм. въ диаметѣ полупрозрачных снровато-бѣлых колоний нѣжно-зернистого строения, въ мазкѣ удлиненные диплококки gr+ имбующие наклонность складываться въ короткія цѣпочки. Конъюнктив прав. гл. А 8 марта—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 19. 29 марта 1910 г. В—ва, № 1497, 1 пара. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 28 ч. 13 м., отъ разрыва пузыря 3 ч. 45 м. Воды грязноватая, без запаха.

Бъли 2-й годъ; въ началѣ заболѣванія была рвз при мочеиспускании. Младенец в. 3500 дл. 56. Бъки А 6 апр.—0, В—0. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 20. 30 марта 1910 г. Ш—ръ, № 1506. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более—5 ч. 25 м., отъ разрыва пузыря 4 ч. 15 м. Воды чистая, бѣлы и рвз при мочеиспускании б. отрицает. Младенец в. 2530 дл. 49. Бъки: В 1 апр.—, А—+бѣлая пленка и въ конденсационной водѣ осадок; бѣлы стафилококки; удлиненные диплококки, складывающіеся въ цѣпочки, gr+. Конъюнктив прав. гл. А 10 апр.—0, В—0. Лъв. гл. А—0, В—0.

№ 21. 30 марта 1910 г. В—ва, № 1498, 1 пара. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 23 ч. 40 м. Отъ разрыва пузыря 20 мин. Воды чистая. Младенец в. 2730, дл. 53. Бъки А 1 апр.—, Обильный рост, бѣлы стафилококки и палочки gr— В—+. Въ мазкѣ кожи gr+ палочки gr—. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0.

№ 22. 3 мая 1910 г. Х—на, № 2008, 1 пара. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 5 ч. 10 м., отъ разрыва пузыря 4 ч. 20 мин. Воды чистая, бѣлы—неопредѣленно—во время беременности, рвз во время мочеиспускания больная отрицает. Младенец в. 2850, дл. 49. Бъки А 10 мая—0, В—0. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0, лъв. гл. А—0, В—0. 8 мая появилось небольшое слизисто-гноное отдѣленіе изъ глазъ у ребенка, гиперемія конъюнктивы, безъ припухлостей въѣк. 11 мая idem въ мазкѣ изъ отдѣляемого конъюнктивы обнаружено порядочно гноныхъ тѣлец—полнуклеаровъ; изъѣдка—эпителія конъюнктивы, одиночные кокки gr+. Послѣ на А: 12 мая—колонии блгаго стафилококка.

№ 23. 3 мая 1910 г. № 2013, 3 пара. Роды в смотровой безъ обычной дезинфекции. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Роды продолжались 2 ч. 55 мин. Воды отошли какъ разъ передъ рожденіемъ плода. Бъли и рвз при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3000, дл. 48. Бъки А 4 мая—, нѣсколько десятков колоній; въ конденсационной водѣ палочки gr+ и gr—, стафилококки и диплококки въ видѣ цѣпочек gr+ В—+. Конъюнктив прав. гл. А 10 мая—0, В—0. Лъв. гл. А—0, В—0.

№ 24. 3 мая 1910 г. С—ва, № 2007, 2 пара. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала более 6 ч. 55 мин., отъ разрыва пузыря 2 ч. 25 мин. У родильницы были бѣлы въ послѣдніе мѣсяцы беременности и рвз при мочеиспускании. Послѣ родового періода проведена безлжкородно. Въ ложіяхъ гонококковъ не было обнаружено. Первый ребенокъ болѣлъ бленнореей. Младенец в. 3750, дл. 50 родился въ асфиксии. Бъки А 10 мая—0, В—0. Конъюнктив—черезъ 25 мин. послѣ родовъ. Прав. гл. А—0, В—0. Лъв. гл. А—0, В—0.

№ 25. 3 мая 1910 г. И—ва, № 2010, 3 пара. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Время рождения плода от начала более 20 час., отъ разрыва пузыря 20 мин. Воды чистая. Бъли и рвз при мочеиспускании больная отрицает. Младенец в. 3710 дл. 50. Бъки А 10 мая—0, В—0. Конъюнктив прав. гл. А—0, В—0. Лъв. гл. А—0, В—0. 7 мая у ребенка

появилось небольшое слизисто-гнойное отдѣленіе изъ глазъ, небольшая гиперемія конъюнктивы безъ припуханія вѣкъ. 11 апр. намазъ отдѣляемаго изъ конъюнктивы: немного гнойныхъ тѣлецъ; кокки gr+. Посѣвъ на А: 12 мая—Бѣловатые, круглыя колоніи бѣлаго стафилококка.

№ 26. 3 мая 1910 г. Яч.— № 2011. 6 пласта. Положение пласта 1-8 проп., предельная затопленое. Время до рождения пласта от начала более 18 час. 10 м., от разрыва пузыря 10 м. Воды чистые. Родилины давно страдала бляхами, не помнит съ какого времени. Была рвз при мочеиспускании. Младенец в/с. 4090, дл. 49 (Изследование сдлано чрез 15 м. посл. родов). В/ки: А. 4 мая. Мелкия бляшчатые колонии, величиной 1—1½ м. в/д/м/т/р. В/с конденсационной воды—мут. Диплококки гр. —; сплюснотой формы, н/сколькю похожей на гонококков, величиной 0,5 × 0,8 (С. пр. 10 л. № 6). Б. 4 мая—мут. Стафилококки гр. —. Конъюнктива. Правый глаз: А. 10 мая. О. Б.—О; левый: А.—О. Б.—О. По уколу на желатин из диплококковых колоний бляшавата зернистая нить.

№ 27. 3 мая 1910 г. Конъюнктивиты № 2017. 4 пара. Положение плода 2-ое проля, предлежание затылочное. Время от начала боли до рождения плода 16 ч. 40 м., от излития вод 15 ч. 40 м. Воды мутные, без запаха. Блвники стратодат дано, не помнит, сколько времени. Рзль при менискупислупии отрицает. Младенец вст. 4430, дл. 56 см. Всык: А. — 4 мая несколько десятков колоний бледно-сталифколки и колоний лимонно-желтого цвета. В. — в мази крупный диплококк (сарцина gr. —) стафилококки. Конъюнктивиты. Правый глаз. А. 10 мая. О. Б. — О. Лыный глаз. А. О. Б. — О.

№ 28. 3 мая 1910 г. № 2014. 1 пара. Положение 1-ое провальное, не-
предание затылочное. Время от рождения глаза до начала болей 17 ч. 10 м.
От разрыва пузыря 1 ч. 10 м. Воды желтоватая, без запаха. Ощитъ го-
да страдать бляшками; бляды рывъ при мочеспускании. Младенецъ въсь 2420, дл. 49.
Вѣсы: А. 4 мая +. Около десятка лимонно-желтаго цвта колоній, въ мази
крупный диплококкы цв. +. В. 4 мая В. +. Конъюнктивита. Правый глазъ. А.
10 мая—0. В.—0. Лѣвый глазъ. А. +. Небольшая пленка и нѣ-
сколько частью слившихся колоній лимонно-желтаго цвта; въ мази крупный
диплококкы и стафилококкы цв. +. В. 10 мая —0.

№ 29. 3 мая 1910 г. Конъюнктивит № 2012. 1 руга. Положение плода 1-е пропальное, предлежащие заглазочные. Время до рождения плода от начала схваток более 28 ч. 10 см. от разрыва пузыря 11 ч. 50 м. Воды чистые. Били и рыв при рождении мочепузырный болюная отрицает. Младенец вкс. 4240, дл. 52. Выхи: А. 4 мая, ч. пленка; в конденсационной водь осалоко-палочкои др. + н. г. +. ста-филококки. Б. 4 мая. + помутнелый, на поверхности пленки. Конъюнктивит. Правый глаз. А. 10 мая. О. Б. - О. Лытый глаз. А. О. Б. - О.

№ 30. 11 мая 1910 г. Е—ва. № 2132. 8 пара. Положение 1-е продол-
тельное, предельное затылочное. Время до рождения плода от начала более
5 ч. 25 м., от разрыва пузыря около 5 мин. Воды чистая, были в конце
беременности. Рззз при мочеиспускании родильница отрицает. Младенец в.с.
4200, дл. 51. У ребенка с первого дня жизни наблюдались незначительное сли-
зисто-гноинное отделяние из левого глаза, продолжавшееся два дня. Вкки: А. 12

мая + Около десятка больших бѣлаго цвѣта колоній-стафилококковъ. В. 12
мая +. Конъюнктивъ. Правый глазъ А. 20 мая. —, Б. —. Левый глазъ А. 12 мая.
+ 2 колоніи бѣлаго стафилококка и 3 кол. пал. gr. +. Б. — +.

№ 31. 21 нояб. 1910 г. Ч.-я. № 3160. 1 рага. Экмалсия. Положение 1-ое провальное, предлежащее затылочное. Время до рождения плода от начала болей 7 ч. 00 м., от разрыва пузыря 60 ч. 20 м. Воды чистые. Младенец весом 3600 г. дл. 50 родился в асфиксии. Вкуи: А 22 нояб., + несколько колоний палочки гр. -; стафилококк в кондесационной воде. Палочки и диплококки во влаж. члечоксч. гр. + Б. + Исследование чрез 20 - 30 м. после родов. Конъюнктива. Правый глаз. А. 22 нояб., + 1 колония палочки гр. Б. 30 нояб. О. Лытый глаз. А. - О. Б. - О.

№ 32, 21 нояб. 1910 г. И.—ва. 3161, 3 пага. Положенье 2-е проносное предложение личное. Время до рождения плода отъ начала болей 9 час. отъ разрыва пузыря 1 ч. 25 м. Воды зеленатоват, безъ запаха. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании розовищнаго отрицатъ. Младенецъ в. 3220, дл. 52. Вѣсъ: 22 ноября + 6 — 7 бльватыхъ, круглыхъ колоній, стафилококки. Б — въ мазкѣ палочки gr +. Конъюнктивѣ прав. гл. А 30 окт. 0, Б — 0, лѣв. гл. А — 0, Б — 0.

№ 33, 21 ноября 1910 г. А — В; № 3156, 1 пара. Положение 1-е продольное, преплежание затылочное. Время до рождения плода от начала блезы 24 ч. 45 м., от разрыва пузыря 3 ч. 15 м. Воды чистые. Б'али и р'азы при мочеиспускании 6, отрицает. Младенец в. 3940, дл. 52. Выход А 22 ноября — 9 маленьких колоний б'люватого ц'вета; в мазке, крупный диплококк $g^{+}t^{+}$, при конденсационной воде короткоти палочки g^{+} . В 30 ноября О. Конъюнктивит прав. гла. А 22 ноября — 1 колония б'лого стафилококка, В 30 ночь 0, л'ва. гла. А — В, О.

№ 34. 22 ноября 1910 г. К—ва, № 3152. 1 рага. Положение 1-е продолное, преллежание затылочное. Время до рождения плода от начала более и разрыва пузыря 16 час. Воды грязноваты без запаха. Бывали б. страдать с начала беременности. Ръз при мочеиспусканіи б. отрицать. Младенец в. 3142, лѣт. 52. Вѣки: А 30 ноября 0, Б.—0, прав. гл. А—0, Б—0, лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 35, 22 ноября 1910 г. № 3155, 1 рага. Положение 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода отъ начала болѣе 23 ч. 10 м., отъ разрыва пузыря 2 ч. 20 м. Воды чистыя. Вѣсъ начавша еще до заужаванья; рѣзы при мочеиспусканьи не было. Младенецъ в. 2800, дл. 46. Вѣсъ: А 23 ноября + нѣсколько десятковъ и небольшая пленка бѣлаго стафилококка. В+-. Конъюнктивита прав. гл. А 30 ноября 0, Б—0, дѣв, гл. А—0, В—0.

№ 36, 22 ноября М—ва, № 3149 1 рага. Положение 2-е продольное, преддверие затылочное. Роды в смоторной без, обычной дезинфекции. На вульву отблены хондильмы. Р. страдает два года небольшими зеленоватыми бляшками. Рвз при мочеиспускании отрицается. Время до рождения плода от начала болей 19 ч. 15 м., от разрыва пузыря 1 ч. 50 м. Воды чистая, Младенца в 3560, пол. 50. Вски: А 23 ноября + несколько десятков колоний бд.

лаго и золотистого стафилококка, B+помутнѣл. Конъюнктив. прав. гл. A 30 ноября 0, B—0, лѣв. гл. A—0, B—0.

23 ноября. На второй день жизни у ребенка появились небольшое слизисто-гноеное отдѣленіе изъ глазъ. Въ мази изъ отдѣленій немного полинуклеарныхъ лейкоцитовъ. Микробы не найдено; слѣдѣя посѣвъ отдѣляемого изъ конъюнктивы. Выдѣленъ бѣлый стафилококкъ.

№ 37, 22 ноября 1910 г. Т—нѣ, № 3154, 1 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 20 ч. 20 м., отъ разрыва пузыря 19 ч. 50 м. Р. страдаетъ небольшими бѣлыми, начавшимися еще до замужества; рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ в. 3400, дл. 56. Вѣски: A 23 ноября—13 колоній типа палочки B. coli, колоній палочки gr+ и бѣлаго стафилококка B+. Конъюнктив. прав. гл. A 30 ноября 0, A—0, лѣв. гл. A—0, B—0.

№ 38, 22 ноября 1910 г. Я—ая, № 3'63, 1 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе ягодичное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 28 ч. 50 м., отъ разрыва пузыря 26 ч. 50 м. Бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Роды окончились ручнымъ извлеченіемъ плода. Младенецъ в. 2650, дл. 50. Вѣски M 23 ноября—нѣсколько десятковъ круглыхъ мелкихъ $\frac{1}{2}$ —1 мм. въ поперечникъ сѣровато-бѣловатыхъ колоній; въ мази—маленькія палочки gr+ нѣсколько колоній бѣлаго стафилококка, B—0. Конъюнктив. палочки gr+ нѣсколько колоній бѣлаго стафилококка, B—0. Конъюнктив. прав. гл. A 30 ноября 0, B—0, лѣв. гл. A—0, B—0.

№ 39, 1910 г. В—ва, № 3240, 3 рга. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 13 ч. 15 м. Отъ разрыва плодного пузыря 1 ч. 5 м. Воды желтоватыя, безъ запаха. Со времени 2-хъ родовъ страдала обильными бѣлыми; была рѣзъ при мочеиспусканіи; лѣчилась. Младенецъ в. 3400, дл. 52. Вѣски: A 30 ноября—около сотни колоній; палочки gr+ и gr— стафилококки, B+. Конъюнктив. прав. гл. A 30 ноября—12 колоній сѣровато-бѣловатыхъ, полупрозрачныхъ круглыхъ $\frac{1}{2}$ —1 мм. въ поперечникъ; въ мази диплококки, иногда въ видѣ короткихъ цѣпочекъ gr+, B+помутнѣ; въ мази палочки gr—, лѣв. гл. A 30 ноября—болѣе десятка колоній бѣлаго стафилококка и 5 колоній диплококка gr—, B 8 дек. 0.

№ 40, 6 дек. 1910 г. Р—съ, № 3292, 6 рга. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 14 ч. отъ разрыва пузыря 2 ч. 25 м. Воды грязныя, безъ запаха. Младенецъ в. 3380, дл. 51. Вѣски: A 16 дек. 0, B—0. Конъюнктив. прав. гл. A—0, B—0, лѣв. гл. A—0, B—0.

№ 41, 1910 г. Ф—къ, № 3293, 5 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 14 час. отъ разрыва пузыря 2 час. 5 мин. Воды чистыя. Младенецъ вѣс. 4950, дл. 58. Вѣски: A 16 дек.—0, B—0. Конъюнктив. Правый глазъ. A—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 42, 13 дек. 1910 г. С—на, № 3365, 4 рга. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. До рожденія плода отъ начала болѣе 1 час. 45 м. Воды отошли какъ разъ перedy рожденіемъ плода. Воды желтоватыя безъ запаха. Младенецъ вѣс. 2640, дл. 53. Вѣски: A 23 дек.—0, B—0. Конъюнктив. Правый глазъ. A—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 43, 20 дек. 1910 г. С—ва, № 334, 2 рга. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 10 ч. 30 м., отъ разрыва пузыря 1 ч. 50 м. Воды чистыя, безъ запаха. Младенецъ вѣс. 3500, дл. 51. Вѣски: A 30 дек.—0, B—0. Конъюнктив. A—0. Правый глазъ. B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 44, 7 мар. 1911 г. Р—на, № 762, 1 рга. Положеніе плода 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 47 ч. 50 м., отъ разрыва пузыря 5 ч. 50 м. Воды грязноватыя, безъ запаха. Р—ца страдала бѣлыми до замужества, послѣ замужества бѣли прекратились. Рѣзъ при мочеиспусканіи отрицаетъ. Младенецъ вѣс. 2940, др. 53. Вѣски: A 8 мар.—4 большія бѣлыя сметанообразныя колоніи грибка, представляющаго изъ себя большія овальныя клѣтки gr—, B—0. Конъюнктив. Правый глазъ. 18 мар. A—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 45, 7 мар. 1911 г. К—ва, № 765, 1 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Воды отошли съ началомъ родовыхъ болѣе за 34 ч. до рожденія плода. Воды желтоватыя, безъ запаха. Съ октяб. прошлаго года болѣная страдаетъ бѣлыми, иногда бываетъ рѣзъ при мочеиспусканіи. Младенецъ вѣс. 4350, дл. 52. Вѣски: A 8 мар.—нѣсколько десятковъ маленькихъ $\frac{1}{2}$ —1 мм. въ попереч. колоній бѣловатого цвѣта и небольшія пленки. Въ колоніяхъ диплококки gr+—въ пленкѣ палочки gr—, B—+помутнѣл, тѣ же палочки и диплококки. Конъюнктив. Правый глазъ. A 17 мар.—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 46, 21 мар. 1911 г. № 945, 1 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 22 часа 35 м. Отъ разрыва пузыря 15 м. Воды чистыя. Бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи болѣная отрицаетъ. Младенецъ вѣс. 3570, дл. 52. Вѣски: A 22 мар.—Нѣсколько слившихся колоній и пленка въ мази—палочки gr+ B—0. Конъюнктив. Правый глазъ. A. 31 мар.—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 47, 21 мар. 1911 г. С—на, № 947, 5 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 10 ч. 50 м. Отъ разрыва пузыря 30 м. Воды чистыя. Младенецъ вѣс. 3440, дл. 54. Вѣски: A, 31 мар.—0. B—0. Конъюнктив. Правый глазъ. A—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 48, 28 мар. 1911 г. П—ва, № 1022, 3 рга. Положеніе плода 1-е продольное, предлежаніе затылочное. Время до рожденія плода отъ начала болѣе 5 ч. 30 м., отъ разрыва пузыря 10 м. Воды чистыя. Младенецъ вѣс. 3180, дл. 54. Вѣски: A 29 мар.—13 колоній бѣлаго стафилококка; въ конденсанной волѣ палочки gr+ B—+помутнѣл, въ мази стафилококки. Конъюнктив. Правый глазъ. A 7 апр.—0, B+0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 49, 28 мар. 1911 г. К—ва, № 1024, 3 рга. Положеніе 2-е продольное, предлежаніе затылочное. Роды продолжались 10 ч. 30 м. Воды отошли какъ разъ перedy родами. Воды чистыя; бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи болѣная отрицаетъ. Преамкушка дѣти глазами не болѣли. Младенецъ вѣс. 3360, дл. 54. Вѣски: A 29 мар.—4 колоній бѣлаго стафилококка. B—+помутнѣл; въ мази стафилококки. Конъюнктив. Правый глазъ. A 7 мар.—0, B—0. Лѣвый глазъ. A—0, B—0.

№ 50, 29 мар. 1911 г. Р—ва, № 1021, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала болей 34 ч. 55 м., от разрыва плодного пузыря 16 ч. 55 м. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании больная отрицает. Младенец вѣс. 2640, дл. 51. Вѣки А 8 мар.—0, Б—0. Конъюнктивит, Правый глаз А—0, Б—0. Лѣвый глаз А—0, Б—0.

№ 51, 29 мар. 1911 г. Ш—на, № 1029, 4 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Роды 5 ч. 35 м. Воды чистыя, отошли какъ разъ передъ роженіемъ плода. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании больная отрицает. Младенец вѣс. 3500, дл. 53. Вѣки А. 30 мар. + 30 колоній, палочки gr.—Б—+ пом.; тѣже палочки, Конъюнктивит. Правый глаз А 8 мар.—0, Б—0. Лѣвый глаз А—0, Б—0.

№ 52, 25 апр. 1911 г. В—ва, № 1325, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала болей 10 ч. от разрыва пузыря 45 м. Воды чистыя, бѣли и рѣзъ при мочеиспускании б. отрицает. Младенец вѣс. 3220, дл. 52. Вѣки А 5 мая 0, Б—0, Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 53, 25 апр. 1911 г. К—на, № 1314, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала болей 7 ч. 30 м. от разрыва пузыря 3 ч. 40 м. Воды зеленоватыя безъ запаха. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании б. отрицает. Младенец в. 3190, дл. 57. Вѣки А 26 апр. +, Б 26 мая + 7 колоній, бѣлый стафилококкъ и палочки gr+-. Конъюнктивит прав. гл. А 5 мая—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 54, 26 нояб. 1911 г. П—ва, № 1334, 1 рага. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала болей 4 ч. 25 м., от разрыва пузыря 3 ч. 15 м. Воды чистыя. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании б. отрицает. Младенец в. 3550, дл. 53. Вѣки А—27 апр. +, Б—+ 18 колоній бѣлаго стафил. Б—+; въ мазкѣ стафил. Конъюнктивит прав. гл. А 6 мая—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 55, 2 февр. 1911 г. В—ва, № 1454, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Время до рождения плода от начала болей 22 ч. 30 м., от разрыва пузыря 13 ч. 30 м. Младенец в. 3780, дл. 51. Вѣки А 10 мая—0, Б—0. Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 56, 9 мая 1911 г. К—и, № 1465, 8 рага. Положение плода 2-е продольное, предлежание затылочное. Роды 2 ч. 45 м. Воды чистыя, отошли какъ разъ передъ роженіемъ плода. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании б. отрицает. Вѣки А 10 мая +, Б—+ около двухъ десятковъ большихъ бѣловатыхъ колоній—палочки gr—, типа скопшихъ съ б. солі и около десятка цолупрозранныхъ точечныхъ колоній-диплококки gr+; метанообразная колонія овальной гриба. Конъюнктивит прав. гл. А 19 мая—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 57, 9 мая 1911 г. В—ва, № 1463, 2 рага. Положение 1-е продольное, предлежание затылочное. Продолжительность родовъ 10 ч. 50 м. Воды чистыя, отошли какъ разъ передъ роженіемъ плода. Бълими страдала еще до заужества; рѣзъ при мочеиспускании во время беременности. Младенец в. 3600, дл. 50. Вѣки А 19 мая—0, Б—0. Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 58, 16 янв. 1911 г. П—ва, № 1541, 2 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды чистыя, отошли болѣе, чѣмъ за 24 ч. до рождения плода. Бъли и рѣзъ при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3740, дл. 52. Вѣки А 25 мая—0, Б—0. Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 59, 16 мая 1911 г. № 1540, М—ко, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Воды зеленоватыя безъ запаха, отошли за 1 ч. 55 м. до рождения плода. 2 года страдала обильными бѣлями. Рѣзъ при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3800, дл. 54. Вѣки А 25 мая—0, Б—0. Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

№ 60, 16 мая 1911 г. № 1546, К—на, 1 рага. Положение плода 1-е продольное, предлежание затылочное. Страдала бѣлями, которая началась еще до заужества: рѣзъ при мочеиспускании отрицает. Воды зеленоватыя безъ запаха отошли за 4 ч. 10 м. до рождения плода. Младенец в. 3440, дл. 52. Вѣки А 17 мая +, 16 колоній бѣлаго стафилококка, Б 25 мая—0. Конъюнктивит прав. гл. А—0, Б—0. Лѣв. гл. А—0, Б—0.

Результаты исследований сгруппированы въ слѣдующей таблицѣ: на стр. 240—243.

Полученъ ростъ при посѣвахъ съ конъюнктивы у 7 дѣтей при чемъ въ двухъ случаяхъ только по одной колоніи. На 60 младенцевъ это составляетъ 11,7%, или безъ вышеупомянутыхъ 2-хъ случаевъ 8,3%. Если дѣлать расчетъ на число изслѣванныхъ глазъ, то получимъ, что ростъ при посѣвахъ съ конъюнктивы обнаруженъ въ 8 случаяхъ, т. е. на 120 конъюнктивъ, съ которыхъ взяты посѣвы въ 6,6% или безъ вышеупомянутыхъ 2-хъ случаевъ въ 5%. Прибавляя сюда предыдущую серію изслѣдованій конъюнктивы новорожденныхъ до и послѣ дезинфекціи сулемой получимъ слѣдующія цифры: изслѣдованіе конъюнктивы обнаружило содержание въ ней микроорганизмовъ изъ 80 младенцевъ у 10 т. е. въ 12,5% и на 160 конъюнктивъ въ 11 случаяхъ, т. е. въ 6,9%.

Изслѣдованія, произведенныя спустя нѣкоторое время послѣ родовъ показали въ трехъ случаяхъ, что пробы, взятыя съ конъюнктивы спустя 30 м.—2 часа также не давали роста, въ то время какъ съ вѣкъ въ тѣхъ же случаяхъ ростъ получался. Если принять во вниманіе трудности съ которыми сопряжено изслѣдованіе конъюнктивы немедленно же послѣ родовъ, причемъ, вслѣдствіе манипуляцій, производимыхъ на покрытыхъ сыровидной смазкой вѣкахъ, далеко не исключается возможность введенія микробовъ въ конъюнктиву, то

Время	№ пал.	Кот. роды.	Поло- жение плода.	Пред- лежан. плода.	Время от разрыва пу- зыря до рожд. плода и продолжит. родов.	Въсь и дл. плода.
17 сентября 1909 г.	3613	1	2-е пр.	Затыл.	1 ч. 30 м.—9 ч. 10 м.	3670—53
23 " "	3728	1	1-е "	"	10 ч. 50 м.—19 ч. 10 м.	3290—50
23 " "	3729	4	1-е "	"	15 м.—20 ч. 25 м.	3070—52
29 " "	3819	2	1-е "	"	1 ч. 20 м.—27 ч. 40 м.	3470—54
30 " "	3829	1	1-е "	"	2 ч. 50 м.—17 ч. 30 м.	3350—49
30 " "	3830	3	2-е "	"	10 м.—6 ч. 55 м.	3400—51
30 " "	3832	5	1-е "	"	15 м.—10 ч. 15 м.	3000—50
30 " "	3834	5	1-е "	"	20 м.—2 ч.	2800—52
28 декабря " "	4251	3	1-е "	"	25 м.—3 ч. 25 м.	2950—54
28 " "	4248	1	2-е "	"	4 ч. 10 м.—17 ч. 40 м.	3493—50
28 " "	4254	3	1-е "	"	5 м.—2 ч. 35 м.	3420—54
28 " "	4255	6	2-е "	"	5 м.—13 ч. 40 м.	3490—53
11 января 1910 г.	187	3	—	—	пузырь прорв. тотчас предъ родами.	3060—55
15 марта " "	1277	2	—	—	Тоже.	3500—54
16 " "	1278	3	1-е "	"	5 м.—21 ч. 40 м.	3290—51
16 " "	1268	2	2-е "	"	10 м.—23 ч. 45 м.	3160—50
29 " "	1490	1	1-е "	"	10 ч.—30 ч. 32 м.	3970—53
29 " "	1495	4	2-е "	"	15 м.—33 ч. 30 м.	4000—53
29 " "	1497	1	1-е "	"	3 ч. 45 м.—28 ч. 15 м.	3800—56
30 " "	1506	4	1-е "	"	4 ч. 15 м.—5 ч. 25 м.	2530—49
30 " "	1498	1	2-е "	"	20 м.—23 ч. 40 м.	2790—53
3 мая " "	2008	1	1-е "	"	4 ч. 20 м.—5 ч. 10 м.	2850—49
3 " "	2013	3	1-е "	"	5 м.—2 ч. 55 м.	3000—48
3 " "	2007	2	1-е "	"	2 ч. 25 м.—6 ч. 55 м.	3550—50
3 " "	2010	3	1-е "	"	20 м.—10 ч.	3790—50
3 " "	2011	6	1-е "	"	10 м.—18 ч. 10 м.	4090—49
3 " "	2017	4	2-е "	"	15 ч. 40 м.—16 ч. 40 м.	4430—56
3 " "	2014	1	1-е "	"	1 ч. 10 м.—17 ч. 10 м.	2420—
3 " "	2012	1	1-е "	"	11 ч. 50 м.—28 ч. 10 м.	4240—52

Конъюнктив.			П р и м е ч а н и я
Прав. глаз.	Лѣв. глаз.	Вѣки.	
0	0	0	Исследование через 25 м. послѣ родов.
0	0	+	Конъюнктив оставалась стерильной через 5,20 м. 1 часъ.
0	0	+	
0	0	0	
0	0	+	
0	0	+	
0	0	+	
0	0	+	
0	0	0	Воды зеленоватая, безъ запаха.
+	0	+	
0	0	+	
0	0	+	Роды на улицѣ безъ обычной дезинфекции.
0	0	+	
0	0	+	Роды въ приемной безъ обычной дезинфекции.
0	0	+	
0	0	0	
+	0	+	Воды бурья, безъ запаха. Atresia vaginae partialis.
0	0	+	
0	0	0	Бѣли второй годъ, рѣзъ при мочеиспускании. Воды грязно- ватая, безъ запаха.
0	0	+	
0	0	+	
0	0	0	Бѣли во время беременности, 8 мая небольшое слизисто- гноинное отдѣленіе у реб. изъ глазъ; желтуха; въ мажѣ немного гноин. тѣл.; въ послѣѣ стафилококк.
0	0	+	Роды въ смотровой, безъ обычной дезинфекции.
0	0	0	Бѣли и рѣзъ при мочеиспускании: 1-й ребенокъ болѣлъ блен- нореей. Послѣ родовъ безлихорадочный. Бѣ лохія въ тонокон- не найдено. Исслѣд. черезъ 25 м. послѣ родовъ.
0	0	+	У ребенка незначит. слиз.-гноинное отдѣленіе изъ глазъ.
0	0	+	
0	0	+	Бѣли, воды мутная, безъ запаха.
0	+	+	
0	0	+	

Время.	№ пал. листа	Кот. роды.	Поло- жение плода.	Пред- лежан. плода.	Время отъ разрыва пу- зыря до рожд. плода про- долж. родовъ.	Вѣсъ и дл. плода.
11 мая 1910 г.	2132	8	1-е пр.	Затыл.	5 м.—5 ч. 25 м.	4230—51
21 ноября "	3160	1	1-е "	"	6 ч. 20 м.—7 ч. 30 м.	3600—50
21 "	3161	3	2-е "	диш.	1 ч. 25 м.—9 ч.	3220—52
21 "	3156	1	1-е "	затыл.	3 ч. 15 м.—24 ч. 45 м.	3940—52
22 "	3152	1	1-е "	"	16 ч.—16 ч.	3140—52
22 "	3155	1	2-е "	"	2 ч. 20 м.—23 ч. 10 м.	2800—46
22 "	3149	1	2-е "	"	1 ч. 50 м.—19 ч. 30 м.	3560—50
22 "	3154	1	1-е "	"	19 ч. 50 м.—23 ч. 20 м.	3400—50
22 "	3163	1	1-е "	ягод.	26 ч. 50 м.—28 ч. 50 м.	2650—50
29 "	3240	3	2-е "	затыл.	1 ч. 5 м.—13 ч. 15 м.	3400—52
6 декабря "	3292	6	2-е "	"	2 ч. 25 м.—14 ч.	3380—51
6 "	3293	5	1-е "	"	2 ч. 5 м.—14 ч.	4950—58
13 "	3365	4	2-е "	"	1 ч. 30 м.—1 ч. 45 м.	2640—53
20 "	3434	2	2-е "	"	1 ч. 50 м.—10 ч. 30 м.	3500—51
7 марта 1911 г.	762	1	2-е "	"	5 ч. 50 м.—47 ч. 50 м.	2940—53
7 "	765	1	1-е "	"	34 ч. 5 м.—34 ч. 5 м.	4350—52
21 "	945	1	1-е "	"	15 м.—22 ч. 35 м.	3570—52
21 "	947	4	1-е "	"	30 м.—10 ч. 50 м.	3440—54
28 "	1022	3	1-е "	"	10 м.—5 ч. 30 м.	3180—54
28 "	1024	3	2-е "	"	5 м.—10 ч. 30 м.	3360—54
29 "	1021	1	1-е "	"	19 ч. 55 м.—34 ч. 55 м.	2940—51
29 "	1029	4	1-е "	"	5 м.—5 ч. 35 м.	3500—53
25 апреля "	1325	1	1-е "	"	45 м.—10 ч.	3220—52
25 "	1314	1	1-е "	"	3 ч. 40 м.—7 ч. 30 м.	3190—57
26 "	1334	1	2-е "	"	3 ч. 15 м.—4 ч. 25 м.	3550—53
9 мая "	1454	1	1-е "	"	13 ч. 30 м.—22 ч. 30 м.	3780—51
9 "	1465	8	2-е "	"	5 м.—2 ч. 45 м.	4190—52
9 "	1463	2	1-е "	"	1 м.—10 ч. 50 м.	3600—50
16 "	1541	2	1-е "	"	больше 24 часовъ.	3740—52
16 "	1540	1	1-е "	"	1 ч. 55 м.	3000—54
16 "	1546	1	1-е "	"	4 ч. 10 м.	3440—52

Конъюнктив.			П Р И М Ъ Ч А Н І Я.
Прав. глазъ.	Лѣв. глазъ.	Вѣки.	
0	+	+	У ребенка въ день родовъ небольшое слиз-гнойное отдѣ- леніе, прод. 2 дня.
+	0	+	Экзалипсія. Проба взята черезъ 20—30 минутъ.
0	0	+	Воды зеленоватыя, безъ запаха.
+	0	+	
0	0	+	Бѣли съ начала беременности, воды мутныя.
0	0	+	
0	0	+	Бѣли 2 года; кондиломы, роды въ смитровой; на 2-й день у ребенка слизисто-гнойное отдѣленіе, стафилококкы.
0	0	+	Небольшія бѣли еще до замужества.
0	0	+	Ручн. извлеченіе плода.
+	+	+	2 года обильныя бѣли, была рѣзъ при мочеиспусканіи.
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	+	Бѣли до замуж., воды грязноватыя, безъ запаха.
0	0	+	Бѣли и рѣзъ при мочеиспусканіи.
0	0	+	
0	0	+	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	0	
0	0	+	Воды зеленоватыя безъ запаха.
0	0	+	
0	0	0	
0	0	0	Бѣли еще до замуж., рѣзъ при мочеиспуск. во время бере- менности.
0	0	0	
0	0	0	Бѣли, воды зеленоватыя, безъ запаха.
0	0	+	Бѣли, воды зеленоватыя безъ запаха.

на основании вышеприведенных исследований можно предположить, сь большой вероятностью, что конъюнктивит новорожденных вь первые моменты по рожденіи остается стерильной вь преобладающем числѣ случаевъ.

Что касается продолжительности періода отъ разрыва пузыря до изгнания плода, т. е. періода, начинающагося сь того момента, когда устанавливается сообщеніе между стерильнымъ плоднымъ пузыремъ и неасептическимъ влагалищемъ, то послѣдній въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказался затянувшимся. Въ 4-хъ случаяхъ онъ длился менѣе часу, въ 2-хъ отъ 1 часу до 3 часовъ, въ одномъ отъ трехъ до 6 часовъ и въ 4-хъ случаяхъ долѣе 6 часовъ. Въ 4-хъ случаяхъ отмѣнены рѣзы при мочеиспусканіи и бѣли.

Исслѣдованіе вѣкъ дало отрицательные результаты въ 19 случаяхъ, т. е. въ 51,7% и положительные, слѣдовательно, въ 68,3%. Относительно вліянія періода отъ разрыва плоднаго пузыря до изгнания плода на загрязненіе вѣкъ микробами имѣются слѣдующія данныя. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сь вѣкъ роста не получилось, этотъ періодъ продолжался менѣе одного часу въ 6 случаяхъ = 31,6% отъ 1 ч. до 3-хъ час. въ 7 случаяхъ = 36,8% и отъ 3-хъ до 6 ч. въ 3-хъ случаяхъ = 15,8%; свыше 6 часовъ также въ 3-хъ случаяхъ = 15,8%. При этомъ въ 5 случаяхъ у матерей отмѣнены болѣе или менѣе обильныя бѣли, а у одной матери предыдущій ребенокъ болѣлъ бленнорреей глазъ. Ни одинъ изъ младенцевъ, у которыхъ производились исслѣдованія, впоследствии не заболѣлъ гонококковой бленнорреей, но 2 болѣли простыми конъюнктивитами.

Что касается тѣхъ случаевъ, въ которыхъ на вѣкахъ были обнаружены микроорганизмы, то по продолжительности періода отъ разрыва пузыря до рожденія плода они распредѣляются такъ: до 1 часу — 20 случаевъ = 48,8%, отъ 1 ч. — 3 час. — 6 случаевъ = 14,6%. Отъ 3 ч. до 6 часовъ — 5 случ. = 12,2% и свыше 6 часовъ 10 случаевъ = 24,4 %. Бѣли отмѣнены у матерей въ 9 случаяхъ и рѣзы при мочеиспусканіи въ 6 случаяхъ. Въ трехъ случаяхъ роды прошли безъ обычной дезинфекціи влагалища.

По отношенію ко всему числу изслѣдованныхъ младенцевъ случаи, гдѣ были обнаружены микробы на вѣкахъ и гдѣ это не удалось, распредѣляются такъ:

Время отъ разрыва пузыря до изгнания плода.	0—1 ч.	1—3 ч.	3—6 ч.	6—24 ч.	Болѣе сутокъ.
---	--------	--------	--------	---------	---------------

Число случаевъ, въ которыхъ были обнаружены микроорганизмы на вѣкахъ	20	6	5	8	2
% отношение	33,3%	10%	8,3%	13,3%	3,3%

Число случаевъ, въ которыхъ не было обнаружено микроорганизмовъ на вѣкахъ	6	7	3	2	1
% отношение	10%	11,7%	5%	3,3%	1,8%

Такимъ образомъ на нашемъ матеріалѣ не замѣтно вліянія продолжительности періода отъ разрыва пузыря до изгнания плода на загрязненіе вѣкъ микроорганизмами.

Рельефъ лица и особенности анатомическаго строенія представляютъ настолько не поддающиеся учету моменты, что не представлялось возможнымъ выяснить ихъ вліяніе на частоту попаданія микроорганизмовъ въ конъюнктиву и на вѣки.

Изъ вышеприведенныхъ исслѣдованій вытекаетъ, что вѣки новорожденныхъ содержатъ зародышей въ значительно болѣе числѣ случаевъ, чѣмъ конъюнктивитъ. Если допустить, что сь вѣкъ возможно попаданіе зародышей и въ конъюнктиву, то нужно признать, что вѣки болѣе нуждаются въ энергичной дезинфекціи, чѣмъ послѣдняя.

Тотъ фактъ, что въ извѣстномъ рядѣ случаевъ ни сь конъюнктивы, ни сь вѣкъ не удается получить при посѣвахъ роста вполне понятенъ, въ виду той тщательной дезинфекціи, которой подвергаются роженицы и въ виду асептической обстановки ихъ окружающей. Этотъ фактъ косвенно подтверждаетъ значеніе дезинфекціи влагалища для профилактики бленнорреи. Въ то же время рядъ случаевъ въ которыхъ получился ростъ сь конъюнктивы и сь вѣкъ несомнѣнно подтверждаетъ высказанное на основаніи клиническихъ наблюденій мнѣніе, что одной дезинфекціи влагалища далеко недостаточно для предупрежденія этого заболѣванія.

Правда, ни в одном из исследованных случаев не удалось получить с вѣкъ специфическаго возбудителя бленнореи гонококка. Но, имѣя въ виду большую неустойчивость этого микроорганизма къ различнымъ вреднымъ вліяніямъ, трудно было ожидать получить его с вѣкъ при тщательной дезинфекціи родовыхъ путей и обильныхъ многократныхъ промываніяхъ суемой въ теченіе пребыванія времени отъ поступления роженицы до рожденія плода. Это предположеніе подтверждается тѣмъ фактомъ, что проходятъ серіи въ сотни даже тысячи родовъ безъ того, чтобы какой нибудь младенецъ заболѣлъ специфической гонококковой бленнореей глазъ.

Въ рядѣ исследованийъ бактериальной флоры, получаемой съ вѣкъ и съ конъюнктивы новорожденного, были выдѣлены отдѣльные микроорганизмы, краткое описание которыхъ приводится ниже. При этомъ я не претендовалъ на полное изученіе всей бактериальной флоры, получающей свое начало, какъ можно было думать, во-первыхъ, отъ бактериальной флоры влагалища матери, во-вторыхъ, со всего окружающаго младенца въ первые моменты жизни. Изученіе послѣдняго источника не имѣетъ прямого отношенія къ данному вопросу. Первый источникъ уже достаточно изученъ многими исследователями (Страновъ, Krönig, Wegelius и др.), при чемъ авторы пришли къ заключенію, что флора влагалища чрезвычайно разнообразна, измѣняется въ разные періоды жизни, и, какъ думаютъ нѣкоторые, играетъ извѣстную роль въ самозащитѣ организма. Бактериальная флора на вѣкахъ имѣетъ, повидимому, случайный характеръ и представляетъ интересъ только съ момента перехода въ конъюнктивальный мѣшокъ.

Результаты ея исследования приводятся ради полноты и установленія источника происхожденія, а также въ виду ея нѣкоторыхъ особенностей.

Кромѣ вездѣсущаго бѣлаго стафилококка, наблюдались какъ кокковые, такъ и палочковидныя формы микроорганизмовъ, получаемыхъ съ вѣкъ.

Палочковидныя формы. Неоднократно попадались на вѣкахъ обезличивающіяся по Граму палочки, изъ которыхъ можно было получить палочки типа *b. coli* или сходныхъ съ нею.

Въ № № 1498, 3154, 3240 съ вѣкъ и въ № 3160 съ конъюнктивы удавалось выдѣлить слѣдующій видъ палочки, обезличивающейся по Граму.

Видъ колоній на желатинноагарѣ.

Глубокія колоніи, точечныя, буро-ватыя, круглыя. Поверхностныя колоніи сѣровато-бѣлаго цвѣта, плоскія, неправильно круглыя, величина 1—2 мм. въ поперечникѣ (однодневныя при темп. 37°). Поверхность ихъ не особенно влажная; слегка блестящая. Колоніи просвѣчиваютъ, имѣютъ слегка перламутровый отблескъ. При увеличеніи Z AA/4 обнаруживаютъ гомогенное строеніе, желтоватаго цвѣта, посрединѣ болѣе свѣтлаго и водянистаго въ краяхъ. Послѣдніе мѣстами ровныя, мѣстами волнистыя, нѣжно, но ярко очерчены. Болѣе старыя колоніи имѣютъ болѣею частью эксцентрически расположенное образованіе коричнево-бураго цвѣта. Вокругъ него желтоватая крапинка и концентрический поясокъ, болѣе насыщеннаго желтоватаго цвѣта. Края колоній, какъ и молодыхъ, водянистыя.

На желатиновыхъ пластинкахъ (4-хъ дневныя) глубоко лежащія колоніи—желтоватаго цвѣта, кругловатыя, не превышающія величины булавочной головки. Поверхностныя колоніи кругловатыя или неправильной формы винограднаго листа пленки съ нервыми бухтообразными краями сѣровато-бѣлаго цвѣта, просвѣчивающія, съ перламутровымъ отблескомъ, при проходящемъ свѣтѣ съ круглой, бѣловатой, непрозрачной, часто расположенной эксцентрически точкой. Поверхность колоній не очень влажная; консистенція мягкая. При увеличеніи Z AA/4 глубокія колоніи—желто-буроватаго цвѣта съ ровными краями кругловатой формы. Поверхностныя колоніи неравномерно окрашены; въ срединѣ буровато-желтаго цвѣта отъ центра къ периферіи идутъ неясно выраженные болѣе свѣтлыя или желтыя полосы. Вокругъ центра расположено кольцевидное окрашеніе въ видѣ неравномерныхъ крапинокъ. Края водянистыя, ясно очерчены, неправильной формы, бухтообразно извилистыя. По уколу на желатинѣ нитевидный ростъ сѣровато-бѣлаго цвѣта; на поверхности тонкая, полупрозрачная, просвѣчивающая неправильной формы пленка, сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ перламутровымъ отблескомъ. Иногда вдоль укола желатина трескается; не разжижается. Штрихъ на МП—Агарѣ: Бѣловато-сѣроватая полоска, довольно тонкая, со слегка волнистыми краями; имѣетъ слегка перламутровый отблескъ. Конденсационная вода мутновата, на днѣ небольшой осадокъ.

М. П.—Агаръ—по уколу: довольно толстая сѣровато-бѣловатая нѣтъ, ровная, гладкая; на поверхности разраженія въ видѣ пленки, похожей на предыдущую.

Сахарный М. П.—Агаръ: ростъ, похожій на предыдущій; по уколу образуются пузырьки газа.

М. П.—Бульонъ: равномерная муть, на днѣ осадокъ; на поверхности иногда (черезъ нѣсколько дней) образуется несплошная пленка. Бульонъ даетъ индолую реакцію. Молоко створаживается на 3-й день, иногда позже, реакція кислая.

Картофель: довольно обильный, желтовато-бѣловатый налетъ.

Подъ микроскопомъ—палочка; въ вискачъ капль обнаруживается энергичныя поступательныя движенія, иногда безпорочныя. По Граму обезличивается, споръ не образуетъ. Величина при окраскѣ функционъ 0,4 толщинной и 1—2 μ длинной; концы закругленные (типъ *b. coli* com).

Кроме палочек типа *b. coli* выделена следующая палочка, обезвреживающая по Граму.

На агаровых пластинках колонии, 2—3 мм. в поперечник в виде пленки, неправильно круглой формы сровато-беловатого цвета, просвечивающая с перламутровым отливом при проходящем свете, с довольно влажной поверхностью мягкой консистенции. При увеличении *Z AA/4*—желтоватого цвета с неправильной волнообразной исчерченностью; края колоний резко выражены. Очень маленький буровато-коричневый пупок, расположенный немного эксцентрически. М. П.—Агарь косой; сровато-беловатая, мало просвечивающая пленка; конденсационная вода прозрачна, на дне осадок. Бульон—равномерная муть; реакция отщелочной; индола не образуется. По уколу на желатин: сровато-беловатая полоска; на поверхности небольшие разращения в виде пленки неправильной формы. Желатина не разжижается. Молоко не створаживается,—рост незначительный. На картофеле желтовато-беловатый налет. В сахарном бульоне образует газ. Под микроскопом подвижная палочка, по Граму обезвреживается. При окраске фуксином — палочка толще обыкновенной кишечной палочки: с закругленными концами, в некоторых палочках образуется по средине плохо окрашивающееся пятнышко. Более старые палочки все целиком плохо окрашиваются, так что напоминают собой большие, почти овальные споры. Палочка немного походит на описанную *Streptococcus*, находимую в конъюнктиве новорожденных и причисляемую им к типу *b. coli*.

Из окрашивающихся по Граму палочек были выделены сходная с палочками из группы псевдотифтеритных палочек, к которым некоторые авторы относят и *b. xerosis*, а также из группы ваталинических палочек. В № 3154 и др. выделен следующий вид. Колонии на М. П. Агарь 1—2 мм. в поперечник, сровато-беловатого цвета, порядочно возвышающаяся над поверхностью агара, неправильно круглой формы, с неровными изломанными краями; поверхность матовая суховатая. При увеличении желтоватого или буроватого цвета, с более темным центром; зернистого строения, с неровными краями. Слабая наклонность к сливанию. На косом агаре с асцитической жидкостью рост лучше, большею частью также в виде отделившихся колоний с матовой суховатой поверхностью. По уколу на агар—шероховатая нить, на поверхности разращения, подобная предыдущему. На кровяной сыворотке—хороший рост, но колонии также мало обнаруживают склонности к сливанию. По уколу на желатин—малозаметная зернистая нить; на поверхности нить разращен. Желатина не разжижается. Молоко не створаживается. В бульоне небольшая муть, крошковатый осадок. Индола не образуется. На картофеле роста не обнаружено.

В мазке—окрашиваются по Граму. Различной величины палочки; иногда колбовидно утолщаются на одном конце, с закругленными концами величины $0,6 \times 1,5$ — $2,2$. В вискозе капля неподвижна. Большая часть окрашивавшихся по Граму палочек обнаруживала следующие свойства.

На агаре (чрез сутки) колонии величины в 2— $2\frac{1}{2}$ мм. круглая, сровато-беловатого цвета с тусклой поверхностью, напоминают по виду на-

пельки полузастывшего сала; такой же приблизительно консистенции. На поверхности приблизительно в центр застыло небольшое возвышение. При увеличении *Z AA/4* колонии представляются окрашенными в коричнево-буроватый цвет, более темный к центру и более светлый к краям, которые резко очерчены; ровная линия краев нарушается слабо выраженными бухточками. Стрелковидная зернистость. На агаре с асцитической жидкостью колонии достигают большей величины. На косом агаре сровато-беловатая пленка, порядочной толщины с волнистыми краями, имеет характер колонии. По уколу на желатин образуется сровато-беловатая нить; на поверхности разращения, похожая на поверхность колонии. Желатина не разжижается. Бульон мутнеет; на дне приблизно незначительный осадок. Индола не образуется. Молоко не створаживается, приобретает слегка кисловатую реакцию.

В мазках палочки с закругленными концами, окрашивающиеся по Граму. Старая (2-х недельная) культуры несколько обезвреживается. Толщина $0,4$ — $0,5$ м. длина значительно варьирует в среднем 2—3 м. Длинные палочки иногда немного изогнуты.

Кокковая форма. Кроме бугорка, золотистого и глинисто-желтого стафилококка были выделены несколько форм диплококков и сардин.

Сравнительно нередко удавалось выделить форму диплококка, имевшего наклонность складываться в цепочки и скользя с пневмококком Френкеля, которого так часто удавалось находить в конъюнктиве Casparini. Иногда этот микроорганизм удавалось получить только из конденсат. воды агара с асцитической жидкостью, где он выростал в виде рыхлого облачкообразного осадка (№ 3160) и не удавалось получить роста на плотной среде. В других случаях получался рост и на самом агаре с асцитической жидкостью (№ 765), а также и на средах без асцитической жидкости.

Рост на агаре с асцитической жидкостью. Мелкая около $\frac{1}{3}$ — 1 мм. в поперечник, больше точечная, беловато сроватая колония, круглой формы, довольно плоская, просвечивающая, при прохождении света с перламутровым отливом, типа стрелковидных колоний. Глубокая колония маленькая сровато-беловатая, круглая, точечная. При увеличении, поверхность колонии представляется слегка окрашенными в желтоватый цвет, совершенно круглая, равномерно мелко-зернистого строения, с нжно-выраженными краями. Глубокая колония маленькая совершенно круглая темно-сроватая с ровными краями. На кровяном агаре—хороший рост, в виде сроватых колоний. Гемолиза не наблюдается. На простом агаре—чрезвычайно слабый рост в виде очень маленьких отделившихся колоний. В некоторых случаях совсем не получалось роста. По уколу на агар—сроватая, зернистая нить. По уколу на желатин—слабая, сровато-беловатая зернистость. На поверхности почти нить разращений. Желатина не разжижается. В бульоне слабая муть, рыхлый осадок. На молоке и картофеле роста не обнаружено. Под микроскопом—диплококк, обладающий самостоятельными движениями (кувыркательный). Обнаруживает наклонность складываться в цепочки особенно на бульоне. По Граму окрашивается. Величина его при окраске по Граму $0,3$ шириной и $0,4$ длиной жалдая особь. Выделенная из конденсационной воды (в № 1506) менее указанной величины.

В № 3156 был выделен крупный диплококк, который обнаруживал следующие свойства. Колонии на агарь величины около 1 м. в поперечник (однодневная) круглая, довольно выпуклая, бледного цвета, влажная, с блестящей поверхностью, непрозрачная, сметанообразной консистенции. При увеличении колонии представляются коричнево-бурыми, непрозрачными, равномерно крупно-зернистого строения, с зернистыми шероховатыми краями. На косом агаре растет в вид отдаленных иногда сливающихся колоний, похожих на вышеописанные. Конденсационная вода мутноватая, на дне осадок. По уколу на агаре бледная шероховатая нить, на поверхности небольшое разражение, напоминающее колонию. По уколу на желатин—бледная шероховатая нить; на поверхности почти нет разражений. Желатина не разжижается. В бульоне образуется равномерная небольшая муть. Молоко не сворачивается, рост слабый. Картофель—небольшой бѣловатый налет. Под микроскопом—крупный диплококк, состоящий из совершенно круглых кокков; ширина каждой пары 0,5 м. длина 1,2. Хорошо окрашивается по Граму. Иногда складывается в тетрады. Неподвижен в висцерии капля. Сходен с *micrococcus tetragenus*, который по опытам Wegelius'a оказался непатогенным для мышей, по крайней мере, в выделенной им культуре.

В № 2017 был выделен микроорганизм сходный с золотистой сарциной. Колонии на агаре лимонно-желтого цвета, круглая, влажная, величиной 1—2 мм., в поперечник, нераспрѣдѣленная. При увеличении коричнево-бурого цвета, равномерно крупно-зернистого строения, с ясно выраженными шероховатыми краями. На косом агаре получается рост в вид лимонно-желтой полоски. В бульоне образуется осадок на дне пробирки. По уколу на желатин рост в вид гвоздя с небольшими разражениями на поверхности в вид шляпки, желтоватого цвета. Желатина не разжижается.

Под микроскопом микроорганизм представляется в вид диплококка булбообразной формы, похожей на форму тоноккока, но значительно большей величины. Диплококки, часто складываясь попарно, образуют тетрады, что особенно выражено в культурах на бульоне. Неподвижны. Окрашиваются по Граму. Ширина каждой пары 1 μ —длина 1,5 μ . (см. прил. № 9).

Морфологически сходна с вышеописанной сарциной, выделенная из К—вы младенца № 1262. На агаре сарцина выросла в вид бѣлых довольно плотных колоний с влажной поверхностью, порядочно возвышающихся над поверхностью агара. Величина колоний 1—2 мм. в диаметр. При увеличении колонии представлялись коричнево-бурыми, непрозрачными, равномерно крупно-зернистого строения, с резко очерченными шероховатыми краями. По росту на средах сарцина сходна с предыдущей, исключая цвета разражений. Морфологически также сходна с предыдущей (см. прил. № 5).

В одном случае № 2011, где мать страдала продолжительными бѣлами и резко при мочеиспускании в началѣ заболевания, были выделены сѣвѣк младенца диплококки зг—, но не похожие на гоноккокков. На агаре с асцитической жидкостью, этот микроорганизм рос в вид полусферовидно возвышающихся колоний, с неровными краями, круглой формы, бѣловатого цвета 1—1½ мм. в поперечник. При увеличении з AA/4 глубокая колония огуловато-темного цвета, круглая. Поверхности колоний круглой формы, с

шероховатыми краями, желтовато-сѣроватого цвета мелкозернистого строения. В бульоне равномерная небольшая муть; на стѣнках пробирки незначительный осадок. По уколу на желатин бѣловатая зернистая нить. Желатина не разжижается. На молоке и картофеле роста не обнаружено.

Под микроскопом—булбообразные диплококки, обесцвѣчивающиеся по Граму—величиной каждая пара 0,5 μ . в ширину и 0,8—1 μ . в длину—неподвижные (фот. № 6). Типа *micrococcus catarrhalis*.

В № 762 выделен грибок, который встречался несколько раз. Он представлял из себя овальные яйцевидные клетки величиной 1,5 μ .—2 в ширину и 2,5 и 3 μ . в длину, окрашивающиеся по Граму. На агаре рост в вид сметанообразных, довольно больших влажных и слизистых колоний около 3 мм. в поперечник, значительно возвышающихся над поверхностью, с неровными краями. Морфологически и по виду колоний грибок сходен с описанным у Wegelius'a грибом из рода сахаромикетов, выделенным этим автором из влагалищного секрета.

Кроме вышеупомянутого был выделен следующий вид удлиненного диплококка окрашивающегося по Граму № 3240. На агаре колонии величины 1—2 мм. гомогенного строения, нежного просвѣчивають, немного возвышаются над поверхностью среды, круглой формы, бѣловатого цвета, с перламутровым отливом. При увеличении з AA/4 равномерно зернистого строения. В центре скопление более темной зернистости. Край неровные и бухтообразные.

На косом агаре с асцитической жидкостью тонкая полупрозрачная полоска, мѣстами в вид отдаленных колоний. По уколу на желатин зернистая нить. На поверхности нет разражений. В бульоне равномерное помутнение. Диплококки обладают слабыми поступательными и кувыркательными движениями.

По Граму хорошо окрашиваются; представляются в вид удлиненных кокков, связанных попарно редко в очень короткія цепочки; величиной— $0,8 \times 1,3 \mu$.

Из конъюнктив только что родивших дѣтей были выделены микроорганизмы, как это и можно было ожидать, попадавшие на вѣках.

Ниже расположены в хронологическом порядкѣ случаи, где получен был рост с конъюнктив у новорожденных.

Время взятія пос.	№ пал. листа.	Конъюнктив	
		Правого глаза.	Лѣваго глаза.
28 апрѣля 1909 г.	1847	Золот. стафил.	— ¹⁾
11 мая 1909 г.	2040	Бѣлый стаф. и кишечн. пал.	—
28 декабря 1910 г.	4254	Бѣлый стафил.	—
20 июля 1910 г.	1490	—	Бѣлый стафил. ?
3 мая 1910 г.	2014	—	Бѣлый стаф., крупный дипл.

¹⁾ Не разжижает желатина. Мать страдала бѣлами 2 года.

²⁾ Воды отошли за 10 ч. 30 м. до рождения плода.

Время взятия пос.	Материал.	Конъюнктив.	Правого глаза.	Лечевого глаза.
11 мая 1910 г.	2132	Бѣлый стафил.	Бѣлый стафил.	Бѣлый стафил.
21 ноября 1910 г.	3160	Палочка типа <i>b. coli</i>	Палочка типа <i>b. coli</i>	Палочка типа <i>b. coli</i>
21 ноября 1910 г.	3156	Бѣлый стафил.	Бѣлый стафил.	Бѣлый стафил.
29 ноября 1910 г.	3240	Пневмококк, палочка	Пневмококк, палочка	Пневмококк, палочка
		типа <i>b. coli</i> сопл.	типа <i>b. coli</i> сопл.	типа <i>b. coli</i> сопл.

Отсюда видно, что наибольшее частой находкой оказывается бѣлый стафилококк. 3 раза встречалась палочка типа *b. coli*, у одного младенца диплококк, сходный съ пневмококкомъ, въ обоихъ глазахъ и одинъ разъ микроорганизмъ, сходный съ золотистой сарциной, образующий колоніи лимонно-желтаго цвѣта, краткое описание котораго приведено выше, одинъ разъ встрѣтилась палочка влагалищной.

Микроорганизмы, выдѣленные изъ конъюнктивы, какъ видно, сходны съ тѣми, которые удавалось вырастить съ вѣкъ и соответственно имъ распределяются по частотѣ находженія. Эти же виды микроорганизмовъ неоднократно были находимы различными исследователями въ половомъ каналѣ женщины, также и у беременныхъ. Такимъ образомъ, самымъ вѣроятнымъ источникомъ описанныхъ микроорганизмовъ на вѣкахъ и въ конъюнктивѣ только что родившихся дѣтей можно считать бактеріальную флору полового канала матери.

Бактеріальная флора кон-вы въ первые дни жизни новорожденнаго. Изъ предыдущаго было видно, что при постѣвахъ съ конъюнктивой въ нѣкоторыхъ случаяхъ не получалось роста спустя $\frac{1}{2}$ —2 часа послѣ дезинфекціи, т. е. тогда, когда уже можно было ожидать, что сулема удалена изъ конъюнктивальнаго мѣшка мигательными

³) У ребенка въ день родовъ небольшое слизисто-гноинное истеченіе изъ обоихъ глазъ прод. 2 дня.

⁴) У матери эклампсія; изслѣд. черезъ 20—30 мин. послѣ родовъ.

⁵) Воды отошли за 3 ч. 15 м. до рожд. плода.

⁶) Обильная бѣлая у матери и разъ при мочеиспуск.; воды за 1 ч. 5 м. до рожд. плода.

движеніями вѣкъ. Съ цѣлью прослѣдить, не наблюдается ли послѣ дезинфекціи сулемой такого послѣдовательнаго размноженія микроорганизмовъ въ конъюнктивѣ, какое доказалъ Cramer бактеріологическими изслѣдованіями послѣ профилактики ляписомъ и наблюдали клинически въ видѣ вторичныхъ конъюнктивитовъ многіе другіе, нами было произведено изслѣдованіе конъюнктивы новорожденныхъ на содержаніе микроорганизмовъ въ первые дни жизни.

Кромѣ вышеуказанныхъ соображеній, изслѣдованіями содержимаго конъюнктивы у новорожденныхъ въ первые дни жизни могло быть подтверждено высказанное нѣкоторыми акушерами предположеніе, что дезинфекціей слабыми растворами въ данномъ случаѣ сулемой патогенные микроорганизмы не убиваются окончательно, а лишаются способности размноженія и только въ послѣдствіи при благоприятныхъ условіяхъ вновь приобретаютъ способность размноженія и такимъ образомъ, могутъ обусловить появленіе позднихъ бленнорей, хотя начало инфекціи получается въ моментъ родовъ. Если бы въ первые дни жизни удалось выдѣлить съ конъюнктивы патогенныхъ для нея микробовъ, это могло бы служить подтвержденіемъ вышеуказаннаго предположенія.

Если конъюнктивальная флора у взрослыхъ достаточно изучена многими изслѣдователями, то этого нельзя сказать о новорожденныхъ.

Методика изслѣдованія: Вѣки младенцевъ выворачивались обычнымъ способомъ и платиновой петлей проводилось одинъ разъ по нижнему и верхнему. Затѣмъ дѣлался постѣвъ, петля обжигалась и тоже самое дѣлалось съ вторымъ глазомъ. Постѣвы дѣлались на глицериновый мясопептонъ агаръ (Глиц. А) и тоже самое на косяй мясопептонъ-агаръ, разведенный асцитической жидкостью (АС). Пробирики ставились въ термостатъ при темп. 37°. Въ виду отмѣченной нѣкоторыми авторами разницы въ содержаніи микроорганизмовъ конъюнктивальнаго мѣшка, смотря по времени дня, т. е. утромъ или вечеромъ, постѣвы брались въ одно и то же время дня, приблизительно отъ 1 часу до 3 часовъ дня. Роста колоній наблюдался 4 дня. Пробирики, въ которыхъ не получалось роста выдерживались въ термостатѣ два недѣли.

Результаты исследования в видѣ краткихъ протокольных замѣтокъ расположены для наглядности в порядкѣ дней, въ которые производилось исследование.

Исследования конъюнктивы на первые сутки послѣ рожденія младенца.

Послѣвы съ конъюнктивы обычно не давали роста въ течение 1-хъ сутокъ, какъ видно изъ слѣдующихъ данных:

№ п. п.	Время родовъ		Время взятія послѣва		Черезъ сколько послѣ роста послѣ рожденія		Глищ.		Ас.	
	Дни	Часы	Дни	Часы	Дни	Часы	Дни	Часы	Дни	Часы
221	18 янв.	11 ч. 30 м.	19 янв.	1 ч. 10 м.	13 ч.	40 м.	0	0		
222	19	5	19	1 20	8	20	0	0		
230	19	7 50	19	1 30	5	40	0	0		
234	18	11 30	19	1 40	14	10	0	0		
239	19	7 50	19	1 50	6	—	0	0		
240	19	7 55	19	2 —	6	5	0	0		
241	19	10 50	19	2 10	3	20	0	0		
319	26	12 5	26	2 40	2	35	0	0		
322	26	12 50	26	2 50	2	—	0	0		
323	26	2 5	26	3 —	10	55	0	0		
325	26	3 10	26	3 10	12	—	0	0		
327	26	6 45	26	3 20	9	5	0	0		
328	26	4 45	26	3 30	10	45	0	0		
330	26	8 30	26	3 30	7	—	0	0		
542	14	4 5	14 февр.	1 30	9	25	0	0		
545	13	8 15	14	1 40	17	25	0	0		
552	13	6 —	14	1 50	19	50	0	0		
558	14	5 —	14	2 —	9	—	0	0		
559	14	6 15	14	2 10	7	55	0	0		
3089	17 нояб.	10 —	18 нояб.	50	12	40	0	0		
3092	—	4 —	—	1 —	21	—	0	0		
3093	—	4 11	—	1 10	20	55	0	0		
3097	—	11 35	—	1 30	14	35	0	0		
3090	—	4 35	—	1 40	21	5	0	0		
3005	—	10 —	—	1 50	15	50	0	0		
3098	18 нояб.	6 —	—	1 —	8	—	0	0		
3190	25 ноября	1 5	25 нояб.	1 40	12	5	0	0		

*) обозначено время отъ 12 ч. ночи до 12 ч. дня.

Результаты этихъ исследований показываютъ, что послѣвы изъ конъюнктивы новорожденныхъ на первыя сутки ихъ жизни при обычныхъ въ учрежденіи условіяхъ не даютъ роста. Если, какъ выше уже упоминалось, несовершенство методовъ исследований и не даетъ права дѣлать заключеніе, что конъюнктивѣ остается стерильной, то сравненіе съ исследованиями въ слѣдующіе дни и съ исследованиями у взрослыхъ даетъ право думать что въ это время конъюнктивѣ, по крайней мѣрѣ, необычайно бѣдна въ смыслѣ содержанія въ ней микроорганизмовъ.

Эта условная стерильность можетъ обусловливаться, во первыхъ, тѣмъ, что попаданіе зародышей въ конъюнктиву во время родового акта и послѣдовательно съ вѣкъ минимально, во вторыхъ, отъ того, что въ первые моменты и даже дни жизни младенцы рѣдко открываютъ глаза, слѣдовательно, попаданіе микроорганизмовъ изъ воздуха имѣетъ мало шансовъ (лично младенцевъ почти постоянно остается прикрытымъ завернутымъ концомъ почти стерильнаго одеяла) и, въ третьихъ, отрицательные результаты исследования могутъ обусловливаться предшествующей дезинфекціей сулемой, слѣды которой при рѣдкомъ миганіи и слабомъ отдѣленіи слезной жидкости могутъ долгое время оставаться въ конъюнктивѣ въ видѣ альбуминатныхъ соединений и портятъ среду (resp. конъюнктивальный мѣшокъ) для жизни случайно попадающихъ туда микробовъ.

Попаданіе микробовъ въ конъюнктивальный мѣшокъ во время родовъ и послѣдовательно съ вѣкъ, какъ видно изъ предшествующихъ исследований, вполне возможно. Нельзя отрицать того, что попаданіе зародышей въ конъюнктиву затруднено у новорожденныхъ младенцевъ, но нельзя также недопускать возможности этого, какъ на это указываетъ Hecker, Galattia и друг. трактуя о зараженіи конъюнктивы помимо родовыхъ путей.—Между тѣмъ съ конъюнктивы не удается получить роста спустя даже нѣкоторое время послѣ дезинфекціи сулемой. Поэтому можно думать, что это есть отчасти результатъ профилактики сулемой, такъ же, какъ и въ таблицѣ исследования конъюнктивы до и послѣ дезинфекціи.

Подобные результаты предшествующей дезинфекціи на-

блюдать повидому и *Cramer* при изучении *argentum catarrh'a*. Что это нужно, отнеси насчет профилактики суемой, а не последующих ежедневных обмываний глаз борной водой, это доказывается тем, что при исследовании конъюнктивы в последующие дни рост получился:

Исследования на 2-й сутки.

№ 1. 18 ноября 1910 г. 5 пара. № п. л. 3085. Вось ребенка 2750. Блей и рыв при мочеиспускании у матери не было. Воды отошли за 2 ч. 10 м. до рождения плода. Роды 17 ноября 5 ч. — м. *). Исследование 18 ноября 2 ч. 10 м. Глиц. А 28 ноября — 0. Ас. Небольшие разражения бѣловатого цвѣта на границѣ съ конденсационной волной. При исследовании обнаружены бѣлыя стафилококки.

№ 2. 18 ноября 1910 г. № п. л. 3081, 1 пара. Вось иладенца 2690. У матери были бѣлы еще до замужества; рыв при мочеиспускании отрицаетъ. Воды отошли за 1 ч. 50 м. до рождения плода. Роды 17 ноября 5 ч. — м. *). Исследование 18 ноября 2 ч. 20 м. Глиц. А 28 ноября 0, Ас. — 0.

№ 3. 18 ноября 1910 г. № п. л. 3087, 2 пара. Вось ребенка 4190. Блей и рыв при мочеиспускании мать отрицаетъ. Воды отошли за 20 м. до рождения иладенца. Роды 17 ноября 9 ч. — м. *). Исследование 18 ноября 2 ч. 30 м. Глиц. А — 28 ноября 0, Ас. — 19 ноября 1 колония бѣлага стафилококка.

№ 4. 11 мая 1910 г. № п. л. 2117, 2 пара. Блей и рыв при мочеиспускании не было, исключая послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Роды 11 мая 9 ч. — м. *). Исследование 11 мая 1 ч. 30 м. Глиц. А 13 мая. Нѣсколько десятковъ колоній бѣлага стафилококка. Ас. — то же самое.

№ 5. 11 мая 1910 г. № п. л. 2112, 6 пара. Блей и рыв при мочеиспускании 6. отрицаетъ. Роды 9 мая 8 ч. 25 м. Исследование 12 мая, 1 ч. 50 м. Глиц. А 14 мая — единичныя колоніи бѣлага стафила. Ас. — то же самое.

№ 6. 11 мая 1910 г. № п. л. 2 пара. Блей и рыв при мочеиспускании не было. Роды 9 мая 3 ч. — м. Исследование 12 мая 2 ч. — м. Глиц. А Единичныя колоніи желтовато-золотистаго цвѣта, величиной около 1 мм. круглыя, съ влажной блестящей поверхностью. При увеличении Z AA/4 желтовато-бѣловатого цвѣта, равномерно мелкозернистаго строения, съ ясно очерченными краями. Бульонъ — равномерная муть. По уколу на желатинѣ — желтоватая нить, на поверхности желтоватого цвѣта небольшія разраженія. Желатина не разжижается. Подъ микроскопомъ кокки gr+ величиной въ 0,3 — 0,5 μ . Ас. 14 мая тѣ же колоніи. Въ конденсационной водѣ рыхлыя, облачковидныя осадки. Въ мазкѣ диплококки, складывающіяся въ цѣпочки gr+, морфологически сходный съ пневмококкомъ. Перевинки на плотной средѣ не удалеи.

№ 7. 2 мая 1910 г. № п. л. 2116, 5 пара. Большія бѣлы съ половины беременности. Рыв при мочеиспускании не было. Роды 10 мая 3 ч. 35 м. Исследование 12 мая 2 ч. 10 м. Глиц. А 14 мая. Единичныя колоніи бѣлага стафилококка. Ас. — то же самое.

№ 8. 11 мая 1910 г. № п. л. 2110, 4 пара. Блей во время беременности и рыв при мочеиспускании. Роды 10 мая 20 м. Исследование 12 мая 2 ч. 20 м.

Ас. Единичныя колоніи величинаю меньше 1 мм. сѣровато-бѣловатого цвѣта съ перламутровымъ отблѣскомъ при проходящемъ свѣтѣ, круглыя, едва возвышающіяся надъ поверхностью, при увеличении равномерно мелкозернистаго строеиія. Въ мазкѣ кокки 0,3—0,5 μ величиной gr+. Въ культурѣ изъ бульона об наруживають наклонность складываться въ цѣпочки. Бульонъ — равномерная муть. Желатина по уколу — бѣловато-сѣроватая зернистая нить; на поверхности небольшія разраженія. Желатина не разжижается.

№ 9. 2 мая 1910 г. № п. л. 2114, 2 пара. Блей во время беременности. рыв при мочеиспускании не было. Роды 10 мая 5 ч. 30 м. Исследование 12 мая 2 ч. 30 м. Глиц. А 22 мая — 0, Ас. — 0.

№ 10. 2 мая 1910 г. № п. л. 248, 1 пара. Страдала бѣлыми еще до беременности; рыв при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 10 мая 9 ч. — м. * Исследование 12 мая 2 ч. 40 мин. Глиц. А 15 мая. Нѣсколько колоній бѣлага стафила. Ас. — тоже самое.

Изъ вышеприведеннаго небольшого числа исследованийъ содержимаго конъюнктивы, слѣдуетъ, что на 2-й день въ конъюнктивѣ уже постоянно содержится микроорганизмы. Изъ всѣхъ случаевъ только въ одномъ былъ выдѣленъ диплококкъ изъ пневмококковой группы, и въ другихъ золотистый стафилококкъ; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ исключительно бѣлыя стафилококки, какъ наиболѣе распространенный и устойчивый микроорганизмъ.

Исследования на 4-й день жизни.

№ 1. 2 мая 1910 г. № п. л. 2079, 1 пара. Блей не было. Въ прошломъ году болѣла воспаленіемъ мочевого пузыря. Роды 9 мая въ 11 ч. 10 м. * Исследование 12 мая въ 1 ч. 40 м. Глиц. А 14 нояб. 8 колоній бѣлаго стафилококка. Ас. — 5 колоній бѣлага стафилококка.

№ 2. 19 марта 1910 г. № п. л. 1278, 3 пара. Бѣлыми страдала, не помнитъ сколько; въ началѣ заболѣванія была рыв при мочеиспускании. Роды 16 марта — ч. 40 м. * Исследование 19 марта 1 ч. 20 м. Глиц. А 22 марта — 1 колонія бѣлага стафила. Ас. — 2 такихъ же колоній.

№ 3. 19 марта 1910 г. № п. л. 1266, 6 пара. Блей давно, рыв при мочеиспускании отрицаетъ. Роды 15 марта 10 ч. 45 м. Исследование 19 марта 1 ч. 40 м. Глиц. А 20 марта — 1 кол. бѣлага стафила. Ас. — нѣсколько колоній бѣлага стафила.

№ 4. 19 марта 1910 г. № п. л. 1274, 1 пара. Блей и рыв при мочеиспускании не было. Роды 15 марта 5 ч. 40 м. Исследование 19 мая 1 ч. 50 м. Ас 29 марта — 0. Глиц. А — 0.

№ 5. 19 марта 1910 г. № п. л. 1272, 3 пара. Блей еще до замужества, рыв при мочеиспускании не было. Роды 15 марта 5 ч. 45 м. Исследъ. 19 марта 2 ч. — м. Глиц. А 22 марта, нѣсколько колоній бѣлага стафила. Ас. — 4 колоніи бѣлага стафила. и 2 колоніи глинисто-желтаго цвѣта. Послѣднія колоніи довольно большой величины, до 3 мм. въ поперечникѣ, плоскія, съ концентри-

ческой слоистостью. Поверхность их влажная, блестящая. При увеличении ZAA/4—равномерно-мелкозернистого строения желтовато-бурого цвета, с ровными, ясно очерченными краями. По уколу на желатинѣ ростъ въ видѣ желтовато-сѣроватой плоскости. Желатина разжижается съ поверхности. Въ бульонѣ образуется равномерная муть. Подъ микроскопомъ мелкія коки 0,3—0,5 м. $\text{gr} +$ иногда по 2 вмѣстѣ и въ видѣ короткихъ цѣпочекъ.

№ 6. 19 марта 1910 г. № п. л. 1268, 2 рага. Бѣлия страдаетъ 1 годъ. Роды 16 марта — ч. 45 м. *. Исследование 19 марта 2 ч. 10 м. Глиц. А 21 нояб.—1 колонія лимонно-желтого цвета и 2 глинисто-желтого. Ас—3 колоніи лимонно-желтого цвета и около десятка глинисто-желтого цвета.

Колоніи глинисто-желтого цвета со колоніямъ № 1272; въ мазкѣ и культурахъ тотъ же стафилококкъ.

Колоніи лимонно-желтого цвета величиной 2—3 мм. въ поперечникѣ, совершенно круглыя съ ровными краями, довольно плоскія, немного возвышающіяся надъ поверхностью среды, довольно толстыя, непрозрачныя, съ влажной блестящей поверхностью. При увеличении желтовато-бурого цвета съ не очень резко выраженными, немного шероховатыми краями, крупно-зернистого строения. По уколу на желатинѣ растётъ въ видѣ шероховатой нити съ разращеніемъ на поверхности въ видѣ шляпки гвоздя, напоминающимъ ростъ въ колоніяхъ. Бульонъ мутнѣетъ—на днѣ осадокъ. Въ мазкѣ подъ микроскопомъ сарцина; нѣкоторые виды сходны съ увеличеннымъ гонококкомъ; при окраскѣ по Граму, немного обезцвѣчиваются; неподвижны въ висцеръ капль. Величина 1,0—1,5 мм. каждая особь.

Въ окрашенномъ препаратѣ складываются иногда въ тетрады, иногда по 3 пары въ длину.

№ 7. 19 марта 1910 г. № п. л. 1275, 2 рага. Бѣли и рѣзъ при мочеспускании отрицаетъ. Роды 15 марта 7 ч. 15 м. Исслѣд. 19 марта 2 ч. 20 м. Ас—21 нояб. 7 колоній бѣлаго стафилок. Глиц. А—3 колоніи бѣлаго стафилок.

№ 8. 19 марта 1910 г. № п. л. 1277, 2 рага. Рѣзъ при мочеспускании и бѣли отрицаетъ. Роды въ лифтѣ, безъ обычной дезинфекціи, 15 марта 8 ч. 30 м. Исслѣдованіе 19 марта 2 ч. 30 м. Глиц. А 22 нояб. 13 колоній глинисто-желтого цвета. Ас—7 колоній сѣровато-бѣловатого цвета просвѣчивающихся, круглыхъ, мало возвышающихся надъ поверхностью среды, величиной около $\frac{1}{2}$ мм. въ поперечникѣ. При увеличении буроватого цвета мелкозернистого строения съ неровными шероховатыми краями. Въ бульонѣ образуютъ равномерную муть, на поверхности нѣжно-корошковатая пленка и небольшой осадокъ.

По уколу на желатинѣ ростъ въ видѣ гвоздя; желатина не разжижается. Въ мазкѣ стафилококкъ 0,3—0,5 въ поперечникѣ.

Въ конденсационной водѣ рыхлый осадокъ, въ мазкѣ, изъ котораго обнаружены диплококки $\text{gr} +$, складывающіеся въ цѣпочки, сходныя съ вышеописаннымъ, полученнымъ у только что родившихся дѣтей. При пересѣтѣ изъ конденсационной воды на агарѣ съ асцитической жидкостью, роста на поверхности агара не получилось; въ конденсационной водѣ обнаруженъ тотъ же диплококкъ. Пересѣтъ на бульонѣ, желатинѣ и простой М. П. агарѣ не далъ роста.

№ 9. 19 марта 1910 г. № п. л. 1267, 1 рага. Бѣли еще до замужества Роды 16 марта 2 ч. 10 м. Исслѣдованіе 19 марта 2 ч. 40 м. Глиц.—А 16 колоній глинисто-желтого цвета съ сѣроватымъ оттѣнкомъ, величиной 2—3 мм. въ поперечникѣ съ ровными краями и больше прозрачныхъ концентрическихъ пояскомъ. Ас—7 колоній, сходныхъ съ описанными выше. По уколу на желатинѣ получается ростъ въ видѣ гвоздя, разжиженіе съ поверхности.

Въ бульонѣ равномерная муть. Въ окрашенномъ мазкѣ подъ микроскопомъ стафилококки $\text{gr} +$.

Исслѣдованія на 5-й день жизни.

19 марта 1910 № п. л. 1262 3 рага. Были бѣли, рѣзъ при мочеспускании отрицаетъ. Роды 15 марта 3 ч. 20. Исслѣдованіе 19 марта 1 ч. 10 м. Глиц. А 5 колоній лимонно-желтого цвета, 2 колоніи плотныхъ бѣлого цвета, 11 колоній глинисто-желтого цвета. Ас — тѣ же колоніи — 8 колоній очень мелкихъ полупрозрачныхъ.

Лимонно-желтыя колоніи похожи на вышеописаніе № 1268.

2-й видъ колоній при пересѣтѣ обнаруживающія свойства: довольно плотныя, сметанообразныя кругловатыя колоніи, порядочно возвышающіяся надъ поверхностью среды, величиной 1—2 мм. въ поперечникѣ. При увеличении колоніи оказываются коричнево-бурныя, непрозрачныя, равномернѣ крупнозернистого строения съ зернистыми шероховатыми краями. На косомъ агарѣ растётъ въ видѣ отгѣльных, иногда сливающихся колоній, похожихъ на вышеописанныя. По уколу на агарѣ бѣлая шероховатая нить, на поверхности небольшое разращеніе, напоминающее колонію.

По уколу на желатинѣ — шероховатая нить, на поверхности почти нѣтъ разращеній. Желатина не разжижается. Въ бульонѣ небольшая муть, на днѣ — небольшой осадокъ.

Въ мазкахъ подъ микроскопомъ крупныя диплококки, складывающіяся иногда въ тетрады буюлообразной формы, очень похожей на гонококки, различной величины отъ 0,5×0,8 и до 1—1,2 мм. По Граму окрашиваются. (см. прилож. № 5). Въ мазкѣ изъ глинисто-желтыхъ колоній обнаруженъ стафилококкъ $\text{gr} +$. Колоніи на агарѣ съ асцитической жидкостью величиной до 1 мм. сѣровато-бѣловатого цвета, просвѣчивающія съ нѣсколькими больше прозрачнымъ центромъ, круглыя съ ровными краями. При увеличении ZAA/4 колоніи представляются сѣроватыми совершенно круглыми, равномернѣ мелкозернистого строения, съ нѣжно-выраженными краями. На желатинѣ по уколу въ бульонѣ и на простомъ агарѣ не удалось получить роста. Подъ микроскопомъ — диплококки, обладающія самостоятельными движеніями. Въ мазкахъ окрашиваются по Граму, представляются въ видѣ удлиненной формы диплококковъ, нѣющихъ наклонность складываться въ цѣпочки; величина каждой особи 0,3×0,4. Сходенъ съ описаннымъ въ № 765.

№ 2 19 марта 1910 г. № п. л. 1256. Бѣли съ половинѣ беременности Рѣзы при мочеспускании не было.

Роды 15 марта 3 ч. 20 м. Исслѣдованіе 19 марта 1 ч. 30 м. Глиц. А — 22 марта 2 колоніи сѣровато-бѣлого цвета, очень маленькія, Ас 7 такихъ же колоній.

Колонии сфавато-беловатого цвета, круглые, точечные, величиной до 1 мм. в поперечник, мало возвышающиеся над поверхностью среды, суховатые, немного просвечивающиеся. При увеличении Z AAt/4 слегка окрашены в желтоватый цвет, с слабой, равномерной, мелкой зернистостью; края воднистые, прозрачные, не ясно выражены. По укладу на желатин очень тонкая сфавато-беловатая полоска, на поверхности почти нить разражений. Желатина не разжижается. В бульон слабая муть. В мази мелкий стафилококк 0,3 м. в поперечник г +.

№ 3. 13 марта 1910 г. № п. л. 1146. Роды 8 марта 5 ч. — м. Исследование 13 марта 1 ч. 20 м.

Глиц. А 15 марта — 5 колоний белого стафилока.

Ас. Не больше десятка колоний, трех типов.

1-й вид колоний белого стафилока.

2-й вид сметанообразные колонии полусферической формы, величиной около 1 мм. в поперечник, с влажной, немного блестящей поверхностью. При увеличении Z AAt/4 колонии представляются круглыми, с неровным, немного шероховатыми краями, равномерного крупно-зернистого строения, буроватого цвета. По укладу на желатин рост в виде сфавато-беловатой шероховатой полоски; желатина разжижается с поверхности. Бульон немного мутный, крошечный осадок на дне и отчасти на стенках пробирки. В мази под микроскопом слегка сплюснутые кокки в форме булочки, сходные по форме с гонококками, но значительно больше их, обнаруживается наклонность складываться в тетрады. Величина каждой особи 0,8 — 1 мм. В висцерии капли неподвижны сходны с *Sarcina alba*.

3-й вид — большая около 3 м. в поперечник неправильно круглой формы желтоватого цвета, довольно плотная, не просвечивающаяся, при увеличении буроватого цвета, равномерно-крупно-зернистого строения. По укладу на желатин — шероховатая полоска; желатина разжижается с поверхности. В бульон — равномерная небольшая муть. В мази — диплококки — сарцины сходная морфологически с той, что описанная 2-м видом. Сходны с *Sarcina aurantiaca*.

№ 4. 13 марта 1910 г. № п. л. 1155. Роды 8 марта 9 ч. 30 м. Исследование 13 марта 1 ч. 30 м.

Глиц. Агарь 16 марта 2 незначительные маленькие колонии около 1/4 м. в поперечник сфавато-беловатого цвета, круглые, мало возвышающиеся над поверхностью желатин. В культурах и в мази сходны с описанными в № 1256.

Ас 26 марта. Т.е. же 4 колонии.

№ 5. 10 ноября 1910 г. № п. л. 2951 II рага. Небольшая была во время беременности. Роды при мочеиспускании не было. Млад. в. 3550. Роды 5 ноября 5 ч. — м. Исследование 10 ноября 1 ч. 20 м. Аг. Глиц. 11 ноября Небольшая беловатая пленка в мази стафилококки. Ас. Не больше десятка колоний белого стафи.

№ 6. 10 нояб. 1910 г. № п. л. 2955. 1 рага. Были и рыв при мочеиспускании отрицает. Млад. в. 3750. Роды 5 нояб. 3 ч. 20 м. Исследование 10 нояб. 1 ч. 40 м. Ас 11 нояб. 7 колоний белого стафилококка Аг. Глиц.

11 нояб. Беловатая пленка; муть в конденсационной воде и 3 отдельных колоний белого стафилококка.

№ 7. 10 нояб. 1910 г. № п. л. 2833, 1 рага. Младенец в. 1890. Роды 6 нояб. 1 ч. 30 м. Исследование 10 нояб. 1 ч. 50 м. Ас 12 нояб. Беловатая пленка на границе конденсационной воды; 1 колония, белого стафилококка. Аг. Глиц. 14 нояб. 6 беловатых колоний; в мази стафилококк.

№ 8. 10 нояб. 1910 г. № п. л. 2961, двойни, 1 рага. 1-й млад. в. 2200 2-й млад. в. 2220. Роды 6 нояб. 8 ч. — м. Исследование 10 нояб. 2 ч. — м. 1-й млад. Ас 20 нояб.—0. Аг. Глицер. 11 нояб. 3 колонии белого стафилококка

№ 9. 2-й млад. Ас 12 нояб. Беловатая пленка и несколько колоний белого стафилококка. Аг. Глицер. 20 нояб.—0.

Исследования на 6-й день жизни.

№ 1. 10 нояб. 1910 г. № п. л. 2751, 1 рага. Были и рыв при мочеиспускании отрицает. Висс ребенка 2900. Роды 5 нояб. 2 ч. — м. Исследование 10 нояб. 1 ч. — м. Ас 12 нояб. Несколько десятков колоний белого стафилококка. Аг. Глиц. 12 нояб. Несколько десятков таких же колоний, но меньшей величины.

№ 2. 10 нояб. 1910 г. № п. л. 2949, 1 рага. Были и рыв при мочеиспускании отрицает. Младенец в. 3450. Ас 12 нояб. Небольшая беловатая пленка, в мази стафилококк. Аг. Глиц.—6 колоний белого стафилококка.

№ 3. 10 нояб. 1910 № п. л. 2953. Роды 5 нояб. 10 ч. 40 м. Исследование 10 нояб. 2 ч. 20 м. Глиц. Аг. 13 нояб. Несколько беловатых и желтоватых круглых колоний. Ас 13 нояб. Около полусотни золотисто-желтоватых куполообразных колоний величины 1—2 мм. в поперечник, влажных блестящих, не просвечивающихся и около десятка беловатых круглых более плоских колоний, приблизительно такой же величины. При увеличении ZAA/4— колонии 1-го типа представляются окрашенными в желтовато-бурый цвет, с резко очерченными краями, равномерно мелко зернистого строения. В мази — мелкие стафилококки 0,3—0,5 г +. На косом агаре рост в виде желтоватой полоски с волнистыми краями, не просвечивающей. Конденсационная вода мутная, на дне осадок; по укладу — желтоватая, тонкая нить. На поверхности небольшие разражения. Такой же рост в виде нити по укладу на желатин; желатина разжижается с поверхности. Были колонии равномерная муть.

2-го типа колония — при увеличении желтовато-бурого цвета, более крупно-зернистого строения; края колонии немного шероховаты. На поверхности точечных скопления темного пигмента. В центре колония более темно окрашена. В мази диплококки 0,8—1,2 величины.

№ 4. 10 нояб. 1910 г. № 2954, 3 рага. Небольшая были около года. Рыв при мочеиспускании отрицает. В послеродовый период у матери 1° до 38,6. Реб. в. 3050. Роды 5 нояб. 9 ч. 40 м. Исследование 10 нояб. 2 ч. 20 м. Аг. Глиц. 12 нояб. Довольно тонкая беловатая не просвечивающая пленка, в мази стафилококк г +. Ас 12 нояб. Несколько десятков сфавато-беловатых плоских колоний, 1—2 мм. в поперечник, круглых с ровными краями, мало возвышающихся над поверхностью среды. При увеличении ZAA/4

ИЗСЛЕДОВАНИЕ КОНЪЮНКТИВЫ НОВОРОЖДЕННЫХ ВЪ ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ.

262

№ п/п. Пал. листья.	Роды.	Исследования.	Пром. вр. между насти- дами и родами.	Ростъ на средахъ.
3085	17 нояб. 5 ч. у.	18 нояб. 2 ч. 10 м. д.	1 с. 9 ч. 10 м.	Бѣлый стафилококкъ.
3081	17 нояб. 5 ч. у.	18 нояб. 2 ч. 20 м. д.	1 с. 9 ч. 20 м.	Роста не получился.
3087	17 нояб. 9 ч. у.	18 нояб. 2 ч. 30 м. д.	1 с. 5 ч. 30 м.	Бѣлый стафилококкъ.
2117	10 мая 9 ч. у.	11 мая 1 ч. 30 м. д.	1 с. 4 ч. 30 м.	То же.
2112	9 мая 8 ч. 25 м. в.	11 мая 1 ч. 50 м. д.	1 с. 17 ч. 25 м.	То же.
2107	9 мая 3 ч. д.	11 мая 2 ч. д.	1 с. 23 ч.	Золотист. стафилок. и диплок. сх. съ пневм.
2116	10 мая 3 ч. 35 м. у.	11 мая 2 ч. 10 м. д.	1 с. 10 ч. 45 м.	Бѣлый стафилок.
2110	10 мая 20 м. пополуночи	11 мая 2 ч. 20 м. д.	1 с. 2 ч.	Бѣлый стафилок. (стрептококкъ)?
2114	10 мая 5 ч. 30 м. у.	11 мая 2 ч. 30 м. д.	1 с. 9 ч.	Роста не получился.
2118	10 мая 9 ч. у.	11 мая 2 ч. 40 м. д.	1 с. 5 ч. 40 м.	Бѣлый стафилококкъ.
2079	9 мая 11 ч. 10 м. у.	12 мая 1 ч. 40 м. д.	3 с. 3 ч. 30 м.	То же.
1278	16 марта 0 ч. 40 м. н.	19 марта 1 ч. 20 м. д.	3 с. 12 ч. 40 м.	То же.
1266	15 марта 10 ч. 45 м. в.	19 марта 1 ч. 40 м. д.	3 с. 14 ч. 55 м.	То же.
1274	15 марта 5 ч. 40 м. в.	19 марта 1 ч. 50 м. д.	3 с. 20 ч. 10 м.	Роста не получился.
1272	15 марта 5 ч. 45 м. в.	19 марта 2 ч. д.	3 с. 20 ч. 25 м.	Бѣлый и желтый стафилококки.

263

1268	16 марта 0 ч. 45 м. н.	19 марта 2 ч. 10 м. д.	3 с. 13 ч. 25 м.	Лимонно-желтый диплок.; жел. стаф.
1275	15 марта 7 ч. 15 м. в.	19 марта 2 ч. 20 м. д.	3 с. 19 ч. 5 м.	Бѣлый стафилококкъ.
1277	15 марта 8 ч. 30 м. в.	19 марта 2 ч. 30 м. д.	3 с. 18 ч.	Бѣл. и желт. стафилококки диплок. съ пневм.
1267	16 марта 2 ч. 10 м. н.	19 марта 2 ч. 40 м. д.	3 с. 12 ч. 30 м.	Желтый стафилок.
1262	15 марта 3 ч. 20 м. у.	19 марта 1 ч. 10 м. д.	4 с. 9 ч. 50 м.	Желт. стафилок. <i>Sarcina aurantia</i> et' alba. диплококкъ со пневмококку.
1256	15 марта 3 ч. 20 м. у.	19 марта 1 ч. 30 м. д.	4 с. 10 ч. 10 м.	Бѣл. стафилок. (Мелен. ростъ).
1146	8 марта 5 ч. д.	13 марта 1 ч. 20 м. д.	4 с. 20 ч. 20 м.	Желт. и бѣл. стафилок. желтая сар- цина.
1155	8 марта 9 ч. 30 м. в.	13 марта 1 ч. 30 м. д.	4 с. 16 ч.	Бѣлый стафилок. (мелкий колон.).
2951	5 нояб. 5 ч. в.	10 нояб. 1 ч. 20 м. д.	4 с. 20 ч. 20 м.	Бѣлый стафилококкъ.
2955	5 нояб. 5 ч. 20 м. в.	10 нояб. 1 ч. 40 м. д.	4 с. 20 ч. 20 м.	То же.
2833	6 нояб. 1 ч. 30 м. н.	10 нояб. 1 ч. 50 м. д.	4 с. 12 ч. 20 м.	То же.
2961a	6 нояб. 8 ч. у.	10 нояб. 2 ч.	4 с. 6 ч.	То же.
2961b	6 нояб. 7 ч. у.	10 нояб. 2 ч. 10 м. д.	4 с. 7 ч. 10 м.	То же.
2751	5 нояб. 2 ч. н.	10 нояб. 1 ч. д.	5 с. 11 ч.	Бѣл. стафилок. (диплококкъ)?
2949	5 нояб. 5 ч. у.	10 нояб. 1 ч. д.	5 с. 8 ч. 10 м.	Бѣлый стафилококкъ.
2953	5 нояб. 10 ч. 40 м. у.	10 нояб. 2 ч. 20 м. д.	5 с. 3 ч. 40 м.	Бѣл. стафилок. (диплок.)? а. стаф.
2954	5 нояб. 9 ч. 40 м. у.	10 нояб. 1 ч. 30 м. д.	5 с. 4 ч. 20 м.	Бѣлый стафилококкъ.

колоний представляются окрашенными в желтоватый цвет иногда темновато пунктированы на поверхности, имеют скопление бурого элемента в центре колонии, нерезко ограниченный край; иногда вокруг центра более темно окрашенный концентрический поясчик.

В мазке: диплококки $0,9 \times 1,2$ величиной $gt +$.

Результаты исследований содержимого конъюнктивы начинаются с 4-го дня в общем сходны между собой. Сравнительно с результатами исследований на 2-й день жизни они отличаются большим разнообразием бактериальной флоры.

Результаты исследований конъюнктивы в 1-е дни жизни новорожденных представлены в таблице на стр. 262—263.

Из таблицы видно, что в течение первых суток почти не удается констатировать микробов в конъюнктиве мшк. Уже со второго дня жизни почти у всех младенцев удавалось получить рост с конъюнктивы. Что касается количества микроорганизмов, то, отмеченного *Cramer'a* размножения стафилококков после впуска лямпис констатировать не приходилось. В большинстве случаев рост получался в числ. единичных колоний. В 6-ти случаях рост определялся десятками, а в трех случаях обнаружен был рост в виде небольшой пленки на границе конденсационной воды. Патогенных для конъюнктивы форм не удалось констатировать. В трех случаях были обнаружены микроорганизмы сходный с пневмококком, патогенность которого для конъюнктивы в данном случае подлежит большому сомнению. Найденные виды, сходные морфологически и в культуре с пневмококком, способным вызвать воспаление конъюнктивы, возможно представляют непатогенную разновидность тех микроорганизмов, которые встречались и у других авторов (*Gasparini*).

Всё найденные микроорганизмы принадлежат к кокковым формам. Из всех 30 младенцев, у которых были найдены в конъюнктиве мшк микроорганизмы в 25 случаях обнаружен белый стафилококк. На все 57 исследований белый стафилококк найден в 48 случаях—84%.

Из сопоставлений бактериальной флоры, обнаруженной в первые дни жизни, после дезинфекции, с флорой кон-

юнктивы только что родившихся детей можно видеть, что конъюнктивная флора младенцев в первые дни жизни разнится от конъюнктивной флоры последних, полным отсутствием палочковых форм. С другой стороны после дезинфекции глаз, как это показали исследования *Cramer'a*, после профилактики лямписом, и наши после профилактики сулемой на несколько часов и даже на сутки конъюнктива лишается приобретенной во время родового акта флоры.

Бактериальная флора конъюнктивы у младенцев в первые дни жизни отсутствием палочковых форм разнится от таковой же и у взрослых. В немногочисленных, правда исследованиях, по отношению к количеству исследований произведенных у взрослых, ни разу не была обнаружена так часто встречающаяся в нормальной конъюнктиве ксерозная палочка, как будто кокковые формы являются наиболее приспособленными для поселения в нормальной конъюнктиве новорожденных, вскоре после дезинфекции.

Обнаруженный несколько раз при посвах из конъюнктивы у новорожденных первых дней жизни после дезинфекции слабый рост в виде необычно маленьких колоний белого стафилококка возможно объясняется также задержкой роста в результате бывшей дезинфекции.

Из сопоставления характера бактериальной флоры в конъюнктиве и на всках только что родившихся детей и бактериальной флоры, полученной с конъюнктивы в первые дни жизни обнаруживается, что первая, как будто, прекращает свое существование с момента профилактической дезинфекции глаз и зарождение новой начинается спустя некоторое время после дезинфекции, причем источником ее, вероятно служит воздух, соприкосновение с окружающими предметами и пр.

Саму собою разумеется, исключение составляют те случаи, где патогенные микробы успели выдираться в ткань конъюнктивы (внутриутробная бленнорея). Исследования *Cramer'a* который также находил развитие в конъюнктиве кокковых форм спустя некоторое время после профилактики лямписом, в этом отношении сходятся с нашими.

Факт исчезновения после профилактической дезинфекции

бактериальной флоры, обязанной своим происхождением половому каналу матери, даже в лицъ болѣе стойкихъ, чѣмъ гонококки формъ, подтверждается какъ изслѣдованіями параллельно содержимаго конъюнктивы до и послѣ дезинфекціи, такъ и отрицательными результатами изслѣдованій содержимаго конъюнктивы въ теченіе первыхъ сутокъ, хотя они и не имѣютъ абсолютнаго значенія.

Бактерицидныя свойства софолъ сравнительно съ ляписомъ и протарголомъ. Какъ видно изъ обзора результатовъ капелъ. профилактики по методу *Credé* различными профилактическими средствами наиболѣе блестящіе результаты далъ софоль (въ рукахъ *v. Herff'a* г лавнымъ образомъ). Если считать точку зрѣнія *Credé* на профилактику безусловно правильной, то наилучшіе результаты, полученные отъ софолъ нужно объяснять тѣмъ, что послѣдній въ минимальномъ количествѣ (одна единственная капля) наиболѣе быстро и безошибочно умерщвляетъ патогенныхъ для конъюнктивы, содержащихся въ ней микроорганизмовъ. Такимъ образомъ, если бы софоль обладалъ особенно бактерицидными свойствами, по крайней мѣрѣ, равными въ эквивалентныхъ количествахъ другимъ профилактическимъ средствамъ, то, при отсутствіи раздражающихъ свойствъ въ достаточно трѣпкихъ растворахъ, этотъ препаратъ нужно было бы считать идеальнѣйшимъ профилактическимъ средствомъ для предупрежденія блиннорреи у новорожденныхъ. Таковымъ его и считаетъ *v. Herff*. Изслѣдованіе бактерицидныхъ свойствъ софолъ, однако не подтвердило за нимъ особенныхъ преимуществъ. Въ виду вышеуказанныхъ обстоятельствъ, я считалъ необходимымъ болѣе подробно разсмотрѣть это профилактическое средство, тѣмъ болѣе, что относительно его не имѣется въ литературѣ достаточно согласныхъ между собою данныхъ.

Софоль представляетъ соединеніе формальдегиддвуукленовой кислоты, содержащее по литературнымъ указаніямъ 22% серебра, а согласно этикеткѣ на любезно доставленномъ мнѣ фирмой *Friedrich Bayer &—C^o* препаратъ 20% серебра. Это желтовато-коричневый порошокъ, нѣсколько темнѣе протаргола. Въ нѣкоторыхъ порціяхъ темная окраска еще болѣе

выражена и порошокъ представляется слившимся въ хрупкую массу, что указываетъ, повидимому, на большую чувствительность этого препарата къ сырости. Онъ довольно легко растворяется въ холодной водѣ, образуя растворы слабо щелочной реакціи; не растворяется въ алкогольѣ и эфирѣ. Водные растворы софолъ, смотря по концентраціи, болѣе или менѣе коричневаго бурого цвѣта; при проходящемъ свѣтѣ слегка опалесцируютъ. По сообщенію фирмы, выпустившей софоль, серебро въ этомъ препаратѣ находится въ такъ называемой маскированной формѣ, т. е. его нельзя обнаружить обычными осадителями. Формальдегидъ этого соединенія связанъ слабо и отщепляется уже при нагреваніи водныхъ растворовъ софолъ; при этомъ послѣдніе становятся болѣе темными, въ виду чего растворы слѣдуетъ готовить на холоду. Растворъ софолъ, какъ и всѣ такъ называемые органическіе препараты серебра, весьма чувствителенъ къ свѣту, въ слѣдствіе чего долженъ отпускаться и сохраняться въ бурыхъ или черныхъ стеклянкахъ. Растворы софолъ также не должны приходить въ соприкосновеніе съ металлическими предметами. Даже при всѣхъ вышеприведенныхъ условіяхъ растворы софолъ, повидимому, не отличаются устойчивостью. Уже на другой день послѣ приготовленія даже слабыхъ (1:4000—1:24000) замѣчалось по нашимъ наблюденіямъ рѣзкое потемнѣніе растворовъ. Это наблюдалось, но въ меньшей степени и по отношенію къ растворамъ протаргола. Поэтому растворы софолъ должны быть всегда свѣжіе. Безусловно не рекомендуетсяъ приготовленіе концентрированныхъ растворовъ, которые, по мѣрѣ надобности, могли бы разбавляться.

Точной химической структуры препарата фирмой не указано.

По *C. Siebert'y* децинормальная соляная кислота даетъ въ растворѣ софолъ бѣловатый осадокъ, который растворяется въ амміакѣ; также и азотная кислота. Децинормальная калийная щелочь даетъ темнокрасное окрашиваніе. Иодистый калий даетъ легкую опалесценцію; сѣрнистый аммоній даетъ черное окрашиваніе. По поваренной соли и растворами бѣлка софоль не реагируетъ. Въ противоположность ляпису, софоль не вызываетъ осадковъ на слизистой и не

осаждается из растворов различными отделениями, слезами, гноем и т. д. Что касается очень важных при профилактике бленнорреи раздражающих свойств, то по *u. Herffya*, благодаря полному отсутствию боли и раздражения, софоль является в этом отношении идеальным препаратом. Экспериментальные исследования и клинические данные над применением софолы были приведены ниже. Растворы софолы не обладают прижигающими свойствами ляписа и не вызывают некроза тканей.

Из вышеприведенных литературных данных видно, что, сравнительно с растворами ляписа, софоль в эквивалентных количествах раздражает менее в 62,5 раза и сравнительно с протарголом в 5 раз, а при расчете на крепость растворов, получается, что софоль раздражает в меньшей, чем в 2 раза концентрации по сравнению с протарголом. Таким образом, если бы софоль обладала соответственными эквивалентному содержанию серебра бактерицидными свойствами, то в софоль мы имѣли бы несравненно более ценный препарат для профилактики бленнорреи, чем протаргол и тем более ляпис.

Первые сообщения о бактерицидных свойствах софолы приводятся *u. Herffom*, согласно которым 0,37% софоль убивает бульонную культуру золотистого гноеродного стафилококка и синегнойной палочки в одно и то же время, через 5% часа, как и 1% протаргол. Из них вытекает, что эквивалентные по содержанию серебра растворы протаргола и софолы обладают равными бактерицидными свойствами.

Исследования бактерицидных свойств софолы, сравнительно с протарголом приват-доцента Военно-Медиц. Академий Я. В. Зеленковского не подтвердили указаний *u. Herffa*. Исследования Зеленковского были сделаны по отношению к разводам золотистого стафилококка и синегнойной палочки в трех сериях опытов.

В 1-й серии платиновое ушко бульонной к-ры вносило в эквивалентные по содержанию серебра растворы: 1) протаргола 1% и софолы 0,37%; 2) протаргола 15,38‰ и

софолы 5,7‰; отсюда брались посѣвы на агарь через определенные промежутки времени; оказалось, что оба раствора протаргола и крепкий раствор софолы обладают способностью убивать микроорганизмы, внесенные в незначительном количестве; слабый же 0,37% софоль, задерживая развитие внесенных в него микробов, не всегда убивает их и в этом отношении уступает эквивалентному по содержанию серебра 1% раствору протаргола.

Во 2-й серии опытов смешивались равные количества (5 к. с.) бульонной культуры и соответствующего раствора протаргола или софолы; из смеси делались посѣвы на агарь через определенные промежутки времени и производился подсчет выросших колоний. Результаты, относящиеся, следовательно к вдвое более слабым концентрациям показывали, что к тому времени, как растворы протаргола убивали все бактерии синегнойной палочки, именно, через 1 час, в петле из 0,37% раствора софолы заключалось еще безчисленное количество микробов, а в 5,7‰-81000; полная гибель бактерий наступала для 0,37% софолы только между 6 и 12 часами, а для 5,7‰ между 3 и 6 часом.

По отношению к стафилококку разница не в пользу софолы еще замѣтна. 1% протаргол убивает все бактерии между 3-м и 6-м часом, а аналогичный ему раствор софолы только через сутки или даже позже.

Полагая, что софоль все-таки имѣет бы преимущество перед протарголом, если бы обнаружил равная с протарголом бактерицидные свойства в одинаковых по концентрации растворах, автор в третьей серии опытов, при одинаковой с предыдущими постановке, применил растворы протаргола и софолы одинаковой концентрации 15,38‰, что соответствует по содержанию серебра для протаргола 2‰ ляпису и для софолы 5,5‰.

При смешении с бульонной культурой золотистого гноеродного стафилококка, т. е. при половинной концентрации оказалось, что при посѣве выросло из раствора:

Через	1/4 ч.	1 1/2 ч.	1 ч.	1 ч.
Съ протарг.	9990 к.	8 к.	0	0
Съ соф.	∞.	22690	465	80

по „Даже в такой концентрации“, по автору — „софоль оказался по бактерицидному действию значительно слабее протаргола“. На основании своих исследований, автор делает заключение, что софоль „должно признать по бактерицидному действию значительно более слабым, чем протарголь“.

С. Seibert, занявшись исследованием бактерицидных свойств различных препаратов серебра для более удобного обозрения разделить их на 5 групп:

Неорганические препараты.

1. Fluorisilber 85,0%
2. Argentum nitricum 63,5%

Серебряные соли органических кислот.

3. Ichtargan 33,04%
4. Actol 44,35%
5. Itrol 59,56%

Белковые соединения серебра.

6. Argonin 3,5%
7. Protargol 8,31%
8. Nargol 8,99%
9. Largin 10,1%
10. Novargan 10,0%
11. Argyrol 20,0%
12. Sophol 20,0%
13. Silbernuclein 28,1%

Другие органические соединения серебра.

14. Argentamin 6,35%
15. Albargin 13,64%

Коллоидальные препараты серебра.

16. Lysargin 80,0%
17. Collargol 80,0%

Следуя в методик своих исследований принципам, положенным Paul'ем и Kronig'ом в основу исследования бактерицидных свойств различных дезинфицирующих веществ, автор не употреблял, в противоположность Gerpert'у и др., нейтрализации, полагаясь на то, что ошибка в результатах бывает невелика и что при терапевтическом применении нейтрализации все равно не бывает.

Относительно ляписа, протаргола и софолы автор приводит следующие данные (дезинфицирующее вещество смешивалось с равным количеством гонококковой эмульсии по 1 куб. с., чтобы получилась соответствующая концентрация).

Дезинфец. веш.	Arg nitric.			Protargol.			Sophol			
	Время возд.	5 м.	10 м.	15 м.	5 м.	10 м.	15 м.	5 м.	10 м.	15 м.
1 : 700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 : 1000	0	0	0	+	+	0	+	0	0	0
1 : 2000	+	0	0	+	+	+	+	+	+	0
1 : 4000	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+
1 : 1600	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

На основании своих исследований С. Siebert пришел к следующим заключениям. Соли серебра и органических кислот, по автору дают наилучшие результаты в смысле дезинфекции. Что касается собственно белковых препаратов серебра, протаргола, софолы и др., то все они действуют приблизительно одинаково, несмотря на различное содержание серебра, и софоль, с 20% содержанием серебра никаких особенных дезинфицирующих свойств не обнаруживает. Исключение — Argyrol и Silbernuclein, которые обнаруживают значительно меньшие бактерицидные свойства и в которых автор предполагает соединение серебра коллоидального характера. Вывод автора: дезинфицирующая свойства препаратов серебра зависят от рода его соединений.

В виду неопределенных и противоречивых данных относительно бактерицидных свойств софолы, я, по предложению приват-доцента Военно-Медиц. Академии Я. В. Зеленковского занялся исследованием бактерицидных свойств софолы in vitro сравнительно с наиболее употребляющимися для профилактики бленнореи глаз у новорожденных препаратами серебра — ляписом и протарголом. Методика. В вопросе о дезинфекции различают два рода явлений, до некоторой степени аналогичных, но протекающих различно: полное уничтожение микробов и временную задержку их развития. Последняя имеет место до тех пор, пока присутствует ядовитое начало и кончается, когда оно удалено. В практической дезинфекции, в применении у больного или с профилактической целью собственно трудно разграничить оба эти момента. Так, при профилактическом лечении глаз у новорожденных, нужно думать, что процесс дезинфицирования продолжается еще более или менее продолжи-

*) + означать рост, 0 отсутствие роста.

тельное время послѣ впускаія дезинфецирующаго вещества въ конъюнктивальный мѣшокъ. Такъ какъ опредѣлить это время даже приблизительно невозможно, то этотъ моментъ нельзя принимать во вниманіе при оцѣнкѣ пригодности того или иного средства для профилактики бленнореи.

Для этого требуется дезинфецирующее вещество, могущее убить по возможности въ кратчайшее время попавшихъ въ конъюнктивальный мѣшокъ микробовъ. По крайней мѣрѣ, съ точки зрѣнія *Credé*, въ этомъ и заключается сущность профилактики. Поэтому, при изслѣдованіи бактерицидныхъ свойствъ, употребляющихся для профилактики бленнореи дезинфецирующихъ веществъ имѣлось въ виду выяснитъ не минимумъ концентрации растворовъ, обнаруживающихъ бактерицидныя свойства безотносительно къ быстротѣ дѣйствія, а минимумъ растворовъ, способныхъ убить извѣстный видъ микробовъ въ кратчайшее время. Въ виду этого изслѣдовались преимущественно крѣпкіе растворы, а быстрота ихъ дезинфецирующихъ свойствъ опредѣлялись не часами и даже сутками, что сообразно съ вышеприведенными соображеніями, не имѣло практическаго значенія, а гораздо меньшими промежутками времени, черезъ 1, 5, 10, 20, 30 мин. и черезъ нѣсколько часовъ. Относительно прочіихъ условий постановки, опыты производились, по возможности, согласно принципамъ, положеннымъ *Paulsen* и *Krönigsm* въ основу изслѣдованія дезинфецирующихъ растворовъ. Что касается перваго условия, примѣненія эвкимолекулярныхъ растворовъ, то изслѣдованія производились въ одной серіи съ таковыми, въ другой серіи, согласно даннымъ, полученнымъ Зибертомъ, съ растворами одинаковой концентрации (протаргола и софала).

Объектомъ воздѣйствія дезинфецирующихъ растворовъ служили: 1) золотистый, гноеродный стафилококкъ, полученный изъ бактериологической лабораторіи Женск. Медич. Института отъ прив.-доц. С. И. Злотогорова. Вспрыскиваніе 1 куб. сант. суточной бульонной к-ры убило бѣлую мышъ на 3-й день. 2) Золотистый стафилококкъ, полученный изъ нормальной конъюнктивы.

3) Гонококкъ, полученный изъ гоноррейнаго конъюнкти-

вита № 1412 и изъ серодіагност. и бактериолог. инст. д-ровъ Либермана, Маслакова и Вѣлоновскаго. Опыты производились съ эмульсіями, приготовленными на 2—3% агарѣ (для болѣе удобнаго полученія микробовъ безъ примѣси питательной среды,—за исключеніемъ случаевъ, гдѣ въ таблицахъ помѣчена бульонная культура). Въ каждую пробирку однодневной агаровой культуры приливалось въ 2 приема по 5 к. с. физиологическаго раствора поваренной соли или дистиллированной воды (въ опытахъ съ ляписомъ), смѣсь взбалтывалась до полнаго отдѣленія налета отъ питательной среды и затѣмъ сливалась въ колбочку со стеклянной дробью, ставилась взбалтываться въ *Schüttelapparat* на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа и фильтровалась черезъ стеклянную вату. Полученіе равномерной эмульсіи контролировалось микроскопомъ.

1-я серія опытовъ. Приготовленная вышеописаннымъ способомъ эмульсія смѣшивалась съ равнымъ количествомъ дезинфецирующаго вещества, приготовленнаго въ концентрации вдвое болѣе крѣпости, чѣмъ требовалось изслѣдованіемъ. Предварительные опыты показали, что для точности результатовъ, важное значеніе имѣть способъ смѣшиванія. Достаточно отчетливые результаты безъ такъ называемыхъ „проскачекъ“ получились при такой, именно постановкѣ. Стерилизованной градуированной пипеткой набиралась сперва эмульсія и при осторожномъ введеніи конца пипетки до дна пробирки эмульсія выливалась въ пробирку. Затѣмъ другой пипеткой вводился соответствующій растворъ и смѣсь встряхивалась осторожно въ пробиркѣ по 10 разъ. Изъ нея черезъ опредѣленные промежутки бралось платиновой петлей содержимое пробирки въ размѣръ одной петли и переносилось на М. П. А. и М. П. Б., а въ промежуткахъ пробирки со смѣсью ставились въ термостатъ при 37°. Контролемъ служили посты на среды изъ эмульсіи, разбавленной пополамъ съ физиологическимъ растворомъ поваренной соли.

Въ первыхъ двухъ опытахъ употреблялась культура золотистаго стафилококка, полученнаго изъ нормальной конъюнктивы, въ послѣднемъ—изъ Женск. Медич. Института.

Опытъ съ 1% ляписомъ.

Время производства опыта.	Пит. среда	Через какие промежутки времени брались посылы.					
		1 м.	5 м.	10 м.	1 ч.	2 ч.	Контр.
8 дек. 1910 г. 11 ч. 55 м. д.	A	0	0	0	0	0	P ₁
" " " " " " " " " " " " " "	B	0	0	0	0	0	P ₁
6 янв. 1911 г. 9 ч. 27 м. в.	A	0	0	0	0	0	P ₁

Опытъ съ 0,5% ляписомъ.

8 дек. 1910 г. 12 ч. 12 ч. дня . . .	А	0	0	0	0	0	Р ₁
" " " " " " " " " " " " " " " "	Б	0	0	0	0	0	Р ₁
6 янв. 1911 г. 9 ч. 35 м.	А	0	0	0	0	0	Р ₁

Опытъ съ 0,250/0 ляписомъ.

[illegible]

Опытъ съ 0,025% ляписомъ.

Время производства опыта.	Пит.												Конт.
	ср.	1 м.	5 м.	10 м.	20 м.	30 м.	1 ч.	2 ч.	9 ч.	12 ч.			
8 дек. 1010 г. 1 ч. 10 м. . . .	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁	
6 янв. 1911 г. 9 ч. 50 м. . . .	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₂	P ₂	0	P ₁	

При смешении эмульсии с растворами ляписа для получения 1% и 0,5% замечается быстрое образование хлопчатого осадка и оседание его на дно. В 0,25% раствор осадок образуется более медленно, а в раствор 0,025% осадка не образуется в первые часы и замечается только легкая опалесценция.

Изъ этого ряда опытовъ вытекаетъ, что 0,5% и болѣе крѣпкіе растворы при такой постановкѣ опыта убиваютъ данную культуру въ теченіи 1 минуты, 0,25% растворы убиваютъ въ промежутки 10—20 мин. одну культуру и 1—5 и. другую, 0,025% растворъ ляписа убиваетъ только въ промежуткѣ 9—12 часовъ одну культуру и 2—9 часовъ другую.

*) 0—обозначает отсутствие роста, спустя 10 дней после посева.
P₁, P₂, P₃ — рост на 1-й, 2-й, 3-й и т. дни.

Опытъ съ 20% протарголомъ к-ра № 2-й

Время производства опыта.	Пит.	Через какие промеж. вре- мени брались пошвы.	
	среди.	1 м. 5 м. 10 м. 20 м.	Контр.
20 дек. 1910 г. 3 ч. 15 м. . .	A	0 0 0 0	P ₁
" " 4 " 5 " . . .	A	0 0 0 0	P ₁

Опыт съ 10% протарголомъ

10 дек. 1910 г. 4 ч. 5 м. . . .	A	P ₁	0	0	0	P ₁
" " " " " " " " " "	B	P ₂	0	0	0	P ₁
15 декабря 1910 г. 3 ч. 28 м.						
(бульонная к-ра)	A	P ₁	0	0	0	P ₁

Опыт съ 5% протарголомъ.

Время производства опыта.	Пит. среда.	Через какие промеж. времени производ. посевы.										
		1 ч	5 м	10 м	20 м	30 м	1 ч	2 ч	8 ч	20 ч	Конт.	
8 дек. 1910 г. 4 ч. 35 м. д. . . .	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁
	B	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁
15 декабря 1910 г. 3 ч. 48 м. (бульонная к-ра)	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁
"	B	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁

Опытъ съ 5% прот., культура № 1

23 дек. 1910 г. (бульон. к-ра № 2)	A	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	0	0	0	P ₁
11 мая 1911 г.	A	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	0	0	0	P ₁
13 мая 1911 г.	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₂	P ₂	0	0	0	0	P ₁

Опытъ съ 2% прот., культура № 2.

[illegible]

Опытъ съ 2% прот., культура № 1.

23 дек. 1910 г. (бульонная к-ра)	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₁
11 мая 1911 г.	A	P ₁	P ₁	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	0	P ₁
13 мая 1911 г.	A	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₁

Опыт сь 1% прот., культура № 2

10 дек. 1910 г. 5 ч. 15 м.	А	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	—	P ₁
"	Б	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	—	P ₁
15 декабря 1910 г. 4 ч. 36 м.	А	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₂	—	P ₁
(бульонная кра)	Б	P ₂	P ₂	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₂	—	P ₁
"											

Опыт сь 1% прот., культура № 1.

[illegible]

Таким образом, в наших опытах 10% протарголь убивала золотистого стафилококка в промежутки времени от 1 до 5 минут, а 5%-й раствор одну культуру за время от 2 ч. до 8 часов, а другую—от 5 до 10—30 минут.

Протарголь в 2%-й раствор убивала одну культуру за время от 2 до 8 и более часов, а другую за время от 1 до 2 часов.

Протарголь в 1%-й раствор не убивала золотистого стафилококка даже в течение 8 часов.

Опыт с 20% софолом, культура № 2.

Через какие промеж. времени производ. посты.

Время производства опыта.	Пит.	Конт.									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20 дек. 1910 г. 4 ч. 12 м.	А	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Б	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Опыт с 10% софолом.

16 дек. 1910 г. 3 ч. 20 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
" " 4 " 10 "	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
23 " 1910 " 1 " 40 "	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Опыт с 5% соф., культура № 2.

9 дек. 1910 г. 9 ч. 50 м. у.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
	Б	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
13 дек. 1910 г. 4 ч. 20 м. (бул. к-ра)	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
	Б	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
10 дек. 1910 г. 3 ч. 20 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
23 декабря 1910 г. 1 ч. 35 м. (бульонная к-ра)	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Культура № 1.

11 мая 1911 г.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
13 " 1911 "	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Опыт с 2% софол., культура № 2.

9 дек. 1910 г. 10 ч. 10 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
	Б	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
13 " 1910 " 4 " 45 "	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
Бульонная к-ра	Б	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
16 дек. 1910 г. 3 ч. 38 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Культура № 1.

13 дек. 1911 г. 1 ч. 2 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
---------------------------	---	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------

Опыт с 2% софолом, культура № 1.

Нельзя выразить, потому что в опытах не было выделено культуры № 1. Нельзя выразить, потому что в опытах не было выделено культуры № 1.

Время производства опыта.	Пит.	Конт.									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11 мая 1911 г.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
13 " 1911 "	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Опыт с 1% софолом, культура № 2.

9 дек. 1910 г. 10 ч. 20 м.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
13 дек. 1910 г. 10 ч. 20 м. (бул. к-ра)	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
16 дек. 1910 г. 4 ч.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀

Культура № 1.

23 дек. 1910 г. 1 ч.	А	Р ₁	Р ₂	Р ₃	Р ₄	Р ₅	Р ₆	Р ₇	Р ₈	Р ₉	Р ₁₀
----------------------	---	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------

Из вышеприведенных опытов следует, что 10% растворы софолы убивают культуру золотистого стафилококка за время от 1 до 5—10 м., 5% за время 1/3 до 1—2 ч. (одну культуру) и от 5 до 10—20 минут (другую культуру), 2% же растворы за время от 1/3 часа до 1—2 часов. Следовательно при такой постановке опытов растворы софолы обнаруживают несколько более сильные бактерицидные свойства, чем одинаковые по концентрации растворы протаргола.

Серия 2-я: постановка опытов в общем та же, что и в предыдущем с той разницей, что дезинфицирующее вещество и культура в эмульсии смешивались не в равных количествах, а в раствор дезинфицирующего вещества в объем двух кубических сантиметров, переносилась только одна платиновая петля агаровой эмульсии, приготовленной вышеописанным способом; по взбалтывании обычным порядком делались перевивки с известными промежутками на косой агар. Одна платиновая петля эмульсии переносилась также в 3 к. с. физиологического раствора поваренной соли и по взбалтывании в конце опыта оттуда переносилась 1 платиновая петля в пробирку с 10 куб. сантиметр. расплавленного и остуженного до 40° агара, кото-

рый затѣмъ выливался въ чашечку Петри. Чашечка ставилась въ термостатъ при 37° и на 4-й день высчитывалось въ ней число колоній. Кромѣ того дѣлался посѣвъ на косой агарь.

Дезинфицирующіе растворы испытывались сперва той же крѣпости, что и въ предыдущей серіи. Въ другомъ рядѣ опытовъ приготавливались болѣе слабые эквивалентные для протаргола и софолы растворы.

Въ виду того, что въ предыдущей серіи перевивки на бульонъ не дали лучшихъ результатовъ, въ этой серіи, перевивки дѣлались только на косой агарь. Во всѣхъ опытахъ употреблялась культура № 1 (золотистый стафилококкъ).

Опытъ съ растворами ляписа, протаргола и софолы одинаковой крѣпости.

Время.	Крѣп. растворовъ.	Промеж. врем., черезъ к-е дѣлались отивки.								Кон. 11300 кол.
		1 ч.	5 ч.	10 ч.	20 ч.	30 ч.	1 м.	2 ч.	4 ч.	
19 дек. 1910 12 ч.										
50 м.	1% ляп.	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	1,5% "	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	0,25% "	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
6 янв. 1911 г. 11 ч.										
4 м.	5% соф.	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	2% "	P ₁	P ₂	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	1% "	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	0	—	—	P ₁
"	0,5% "	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	—	—	P ₁
"	0,41% "	P ₁	P ₂	P ₂	0	0	—	—	—	P ₁
7 янв. 1911 г. 9 ч.										
4 м.	5% прот.	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
8 янв. 1911 г. 10 ч.										
5 м.	"	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	2% "	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
8 янв. 1911 г. 10 ч.										
5 м.	"	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	1% "	0	0	0	0	0	0	—	—	P ₁
"	0,5% "	P ₁	0	0	0	0	0	—	—	P ₁

Вышеприведенная таблица показываетъ, что при такой постановкѣ изслѣдованія софоль, несмотря на большое %-ное содержаніе серебра, обнаруживаетъ меньшія бактерицидныя свойства по сравненію съ протарголомъ въ растворахъ оди-

наковой крѣпости съ послѣднимъ, что соответствуетъ даннымъ, полученнымъ при изслѣдованіи этихъ препаратовъ прив.-доц. Зеленковскимъ. Этотъ фактъ побудилъ точнѣе опредѣлить сравнительныя дезинфицирующія свойства протаргола и софолы въ эквивалентныхъ по содержанію серебра растворахъ.

0,41% софолы эквивалентенъ по содержанію серебра 1% раствору протаргола, если считать содержаніе серебра въ софоль, какъ обозначено на этикеткахъ = 20%, а не 22%, какъ это сообщалось въ предыдущихъ объявленіяхъ. По этому расчету были приготовлены слѣдующіе эквивалентные растворы протаргола и софолы:

A = 2	: 1000 — протаргола . . .	= 0,82 : 1000 — софолы.
B = 1	: 1000 — "	= 0,41 : 1000 — "
C = 0,5	: 1000 — "	= 0,2 : 1000 — "
D = 0,25	: 1000 — "	= 0,1 : 1000 — "
E = 0,125	: 1000 — "	= 0,05 : 1000 — "

Опыты съ эквивалентными растворами софолы и протаргола.

Со ф о л ь.		П р о т а р г о л ь.											
№ 1. 19 января 1911 г.													
Отивки	черезъ.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		1,64	0,82	0,41	0,2	0,1	2	1	1	0,5	0,25	0,125	0,0625
— ч. 1 м.	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₂	P ₂	P ₂	P ₁
— ч. 5 м.	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 10 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 20 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 30 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
1 ч. — м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
2 ч. — м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
Контроль.		P ₁ —4368 к.								P ₁ —5420			
№ 2.													
Отивки	черезъ.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		1,64	0,82	0,41	0,2	0,1	2	1	1	0,5	0,25	0,125	0,0625
— ч. 1 м.	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₂	P ₂	P ₂	P ₁
— ч. 5 м.	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 10 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 20 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
— ч. 30 м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
1 ч. — м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
2 ч. — м.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	P ₁
Контроль.		P ₁ —6840								P ₁ —7320 к.			

Софоль. Протаргола.

№ 3.	1,64:100	1,82:100	0,41:100	0,2:100	0,1:100	0,05:100	0,025:100	0,012:100
Отливки	0	0	0	0	0	0	0	0
черезь:	0	0	0	0	0	0	0	0
— ч. 1 м.	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁
— ч. 5 м.	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁
— ч. 10 м.	0	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	0	P ₁
— ч. 20 м.	P ₂	P ₁	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	P ₂
— ч. 30 м.	0	P ₂	0	P ₁	P ₁	0	0	0
1 ч. — м.	0	0	0	P ₁	P ₁	0	0	0
2 ч. — м.	0	0	0	—	P ₁	0	0	0
Контроль.	P ₄ —7250 м.					—0001	—0001	P ₁

Изъ вышеприведенныхъ таблицъ видно, что при такой постановкѣ изслѣдованій растворы А протаргола способны убить внесенныхъ въ нихъ зародышей въ количествѣ 1 платиноваго ушка, въ минимальное количество времени, въ то время, какъ эквивалентные растворы софолы только въ промежутки времени отъ 10 до 30 м. и даже вдвое болѣе крѣпкіе растворы софолы могутъ убить внесенныхъ въ нихъ зародышей въ промежутки времени только отъ 5 до 10—20 м. Для раствора концентрации В протаргола требуется для этого отъ одной до 5 минутъ, софолы отъ 10 до $\frac{1}{2}$ —1 ч. Растворъ С протаргола требуетъ отъ 1 м. до 5—10 м.; растворы софолы требуютъ времени болѣе $\frac{1}{2}$ часа. Растворы Д, протаргола требуютъ отъ 10 до 20—30 м. времени, а эквивалентные растворы софолы не убиваютъ внесенныхъ въ нихъ зародышей и въ течение 2-хъ часовъ. Такія же слабыя бактерицидныя свойства обнаруживаютъ вдвое болѣе слабыя растворы протаргола Е.

Слѣдующая серия опытовъ была произведена по методу „съ шелковинками“ (Коха). Шелковинки приготовлялись обычнымъ способомъ, который для точности вкратцѣ приводится ниже. Короткіе одинаковой приблизительно длины шелковинки крученаго шелка завязывались каждая однимъ узломъ (длина шелковинки съ узломъ равнялась $\frac{1}{2}$ снт.). Шелковинки проваривались $\frac{1}{2}$ часа въ содѣ, обильно промывались нѣскольکو разъ дистиллированной водой, затѣмъ вымачивались въ спиртѣ

и эфирѣ (по $\frac{1}{2}$ ч.), послѣ чего высушивались въ листахъ пропускной бумаги и стерилизовались сухимъ жаромъ при 160° въ течение 2-хъ часовъ. Затѣмъ шелковинки погружались въ эмульсію золот. стафилококка, приготовленную вышеописаннымъ способомъ и ставились на 2 часа въ термостатъ при 37°; послѣ этого шелковинки отжимались между листками фильтровальной стерилизованной бумаги и высушивались въ течение сутокъ.

При производствѣ опытовъ приготовляемая такимъ образомъ шелковинки вносились въ растворъ изслѣдуемаго препарата серебра и черезъ извѣстные промежутки времени шелковинки вынимались платиновымъ крючкомъ, переносились въ растворъ сѣрнистаго аммонія (1:4) на 5 минутъ, затѣмъ послѣдовательно промывались въ 2-хъ порціяхъ физиологическаго раствора поваренной соли по 10 м. и оттуда переносились въ мясопептонъ—бульонъ. Пробирки съ шелковинками ставились въ термостатъ и когда обнаруживалось прорастаніе, дѣлались перевивки на кося агаръ для повѣрки и микроскопическое изслѣдованіе въ мазкахъ.

Предварительное изслѣдованіе сѣрнистаго аммонія показало, что перевивки изъ цѣльнаго сѣрнистаго аммонія по разведеніи его съ дистиллированной водой 1:1, 1:2 и 1:3 и 1:4, зараженныхъ одной платиновой петлей культуры золотистаго стафилококка давали ростъ послѣ $\frac{1}{2}$ часового пребыванія въ растворѣ.

Предварительно былъ сдѣланъ опытъ съ растворами софолы и протаргола одинаковой концентраціи, согласно вышеприведеннымъ приемамъ:

13 февраля 1911 г. 3 ч. 40 м. оп. № 1.	14 февраля 1911 г. 2 ч. 30 м. оп. № 1.
Софоль. Протаргола.	Софоль. Протаргола.
2% 5% 2% 5% 2% 5%	2% 5% 2% 5% 2% 5%
Пробы брались черезъ:	Пробы брались черезъ:
1 м.	P ₁ P ₁ P ₁ P ₁ P ₁ P ₁
3 .	P ₁ P ₁ P ₁ P ₁ P ₁ P ₁
5 .	P ₁ P ₁ P ₂ P ₁ P ₁ P ₁
10 .	P ₂ P ₁ P ₂ P ₂ P ₂ P ₂
20 .	P ₂ P ₂ 0 P ₂ P ₁ 0
30 .	P ₂ P ₂ 0 0 P ₂ 0
1 ч.	P ₂ P ₂ 0 0 P ₂ 0
Контроль P ₁	Контроль P ₁

Этот опыт, согласно с предыдущими, показал, что протарголь в одинаковой с софолем концентрации растворов и при такой постановке исследования обнаруживается большая бактерицидная свойства, чем последняя.

Следующие опыты производились с растворами по эквивалентному содержанию серебра протаргола и софолы в отношении 1:4.

Ради опыта одну постановку решено было сделать без нейтрализации сѣрным аммоніем с одним двукратным промываніем физиологическим раствором поваренной соли. Получились следующие результаты:

16 февраля 1911 г. № 1.				17 февраля 1911 г. № 2.			
Пробы брались через	Софоль, 8,2‰ 3,3‰	Протарголь, 5‰	2‰	Софоль, 8,2‰ 3,3‰	Протарголь, 5‰	2‰	
1 м.	P ₂	P ₂	0	P ₁	P ₂	P ₁	0
5 "	P ₂	P ₂	0	0	P ₂	0	0
10 "	P ₂	P ₂	0	0	0	P ₂	0
20 "	0	P ₂	0	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0	0	0	0
Контроль P ₁				Контроль P ₂			

Сравнение с предыдущими опытами показывает, что нейтрализацией действительно вводятся существенные изменения в изменение бактерицидности дезинфицирующих веществ, что отрицается некоторыми исследователями и в последнее время.

Сравнивая данные этих опытов с шелковинками без нейтрализации с другими способами, именно со способом смешения эмульсий и дезинфицирующих растворов в равных количествах, а также со способом внесения в дезинфицирующий раствор 1 пелли эмульсий, видно, что этот способ по результатам ближе подходит к последнему, т. е. относится к таким методам, где малая сравнительно количества микробов вносятся в большие количества дезинфицирующего раствора.

Что касается резкой разницы в этих опытах, полученной между софолем и протарголом, то последняя может быть объяснена различными физико-химическими свойствами протаргола и софолы, благодаря которым в нео-

наковое время и не в одинаковой степени может происходить проникание дезинфицирующего раствора в ткань шелковинки, до воздействия на находящихся в ней микроорганизмов.

При нейтрализации сѣрным аммоніем в опытах с шелковинками получаются результаты, ближе подходящие к опытам смешения эмульсий и дезинфицирующих растворов в равных количествах, т. е. к опытам, где в дезинфицирующие растворы вносятся сравнительно большие количества микроорганизмов.

Нижеследующие опыты произведены с нейтрализацией сѣрным аммоніем и с 2 кратным промываніем физиологическим раствором поваренной соли:

22 февраля 1911 г. № 1.				23 февраля 1911 г. № 2.			
Пробы брались через	Протарголь, 10‰	Софоль, 16,4‰		Протарголь, 10‰	Софоль, 16,4‰		
1 м.	0	0	0	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0	0	0	0 K—P ₁

18 февраля 1911 г. № 1.				3 марта 1911 г. № 2.				5 марта 1911 г. № 3.			
Протарголь, 5‰				Протарголь, 5‰				Софоль, 5‰			
Пробы брались через	5‰	2‰	8,2‰ 3,3‰	5‰	2‰	8,2‰ 3,3‰	5‰	2‰	8,2‰ 3,3‰	5‰	2‰
1 м.	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁
5 "	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁
10 "	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₂	P ₂	P ₁
20 "	P ₂	P ₁	P ₁	P ₁	P ₂	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₁
30 "	0	0	P ₁	0	0	P ₂	P ₂	0	0	0	P ₂
1 ч.	0	0	P ₂	0	0	P ₂	P ₂	0	0	0	0
K—P ₁				K—P ₁				K—P ₂			

Из этих опытов вытекает, что после применения нейтрализации сѣрным аммоніем бактерицидные свойства в короткое время воздействия обнаруживают 10% протарголь и 16,4% софоль.

Растворы софолы в 3,3‰ и даже в 8,2‰ только в одном случае дали прекращение роста первый в промежуток времени от 1/2 до 1 часу, а второй—от 10 до 20 ми-

В остальных случаях таких растворов недостаточно было, чтобы убить зародышей в течение часа. Протарголь и здесь, разведенный по эквивалентному содержанию серебра в 4 раза по сравнению со софолом, обнаружил более высокие бактерицидные свойства. Эквивалентные растворы его убивали зародышей—2% в промежутке от 10 до 20 минут—30 минут в 1 часу, а 5% в промежутке времени от 5 до 10—20 и 30 минут.

Для сравнения со старыми испытанными в профилактике средством—ляписом, было поставлено ряд опытов с эквивалентными по содержанию йода ляписами при всех прочих равных условиях.

Испытывались следующие растворы:

А—0,6% ляписа—5% протарголь—2,05% софол.

В—0,26% ляписа—2% протарголь—0,82% софол.

С—0,13% ляписа—1% протарголь—0,41% софол.

Д—0,07% ляписа—0,5% протарголь—0,205% софол.

В одной постановке была исключена нейтрализация сѣрнистым аммонием и оставлено только промывание физиологическим раствором поваренной соли, которая сама по себе дает нейтрализацию.

23 февраля 1911 г.

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,13%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Следующие опыты произведены с нейтрализацией сѣрнистым аммонием и последующим двукратным промыванием физиологическим раствором поваренной соли до вышеуказанному способу.

Растворы ляписа.

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,13%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

20 февраля 1911 г. № 1. Проба бралась через (А) 0,6% (В) 0,26% (С) 0,15% (Д) 0,07%.

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Пробы бралась через	(А) 0,6%	(В) 0,26%	(С) 0,15%	(Д) 0,07%
1 м.	0	0	0	0
5 "	0	0	0	0
10 "	0	0	0	0
20 "	0	0	0	0
30 "	0	0	0	0
1 ч.	0	0	0	0

Из сравнения опытов в которых производилась нейтрализация сѣрнистым аммонием с опытом без таковой видно, что одно промывание физиологическим раствором поваренной соли является недостаточным в смысле исключения последовательного дезинфицирующего действия ляписа. Во время как раствор В—0,26% обнаружил без нейтрализации сѣрнистым аммонием полные бактерицидные свойства в течение 1 минуты действия,—с нейтрализацией удалось получить рост после воздействия на зародыши в течение 5, 10 и даже 20 минут. При дезинфекции раствором С—0,13% удалось получить рост еще после 5 минут воздействия, а при нейтрализации сѣрнистым аммонием рост получался и после 20—30 минутного пребывания шелковинки в растворе.

Въ виду того, что на результаты испытанія дезинфицирующихъ веществъ имѣютъ влияние многие факторы — особенности метода, видъ микробовъ, на которыхъ производится изслѣдованіе, даже разновидности одного и того же вида, съ трудомъ отличаеыя по биологическимъ свойствамъ, и ихъ возрастъ въ культурахъ, считаю необходимымъ привести для сравненія съ такимъ многократно изслѣдованнымъ веществомъ, какъ ляписъ, нѣкоторыя данныя другихъ авторовъ.

Въ нашихъ опытахъ ляписъ обнаружилъ меньшія бактерицидныя свойства по отношенію къ золотистому стафилококку, чѣмъ у д-ра Соколова, у котораго въ опытахъ съ фильтровальной бумагой и нейтрализацией ляписъ въ 1% растворѣ даже послѣ 10 минутнаго воздѣйствія давалъ ростъ на 1-й день. Съ 0,5% растворомъ ляписа получался ростъ послѣ 5 часового воздѣйствія безъ нейтрализации, а съ нейтрализацией ростъ получался даже послѣ дезинфекціи такимъ растворомъ въ течение сутокъ. Послѣ дезинфекціи растворами 0,2% ляписа ростъ обнаруживался черезъ 6 часовъ дезинфекціи, безъ нейтрализации и послѣ дезинфекціи въ течение сутокъ съ примѣненіемъ нейтрализации.

У другихъ авторовъ разные растворы ляписа обнаруживали бактерицидныя свойства въ разные промежутки времени сообразно съ особенностями ихъ метода изслѣдованія

У Weeck'a	0,2%	чрезъ	2—3 мин.	(Небольшая порція водной эмульсии переносилась въ дезинфицирующее вещество.)
„ Ierosch'a	0,1%	„	4 „	(Съ шелковинками — промываніе водой.)
„ Мейера	0,1%	„	5 „	(Смѣсь пополамъ эмульсии и дезинфицирующаго вещества — нейтрализация.)
„ Мартенса	0,1%	„	1 „	„
„ Savor'a	0,1%	„	10 „	(Съ шелковинками — промываніе водой.)
„ Paul'a и Krönig'a	0,08%	„	3 „	(Со стеклянными гранатами и нейтрализацией.)
„	0,025%	„	1 часъ	„

„ Гундизера	0,025%	чрезъ	3 часа	(Эмульсія поровну съ дезинфицирующимъ веществомъ.)
„ Мейера	0,05%	„	5 мин.	„
„	0,02500	„	2 часа	„

Въ частности относительно слабыхъ бактерицидныхъ свойствъ обнаруженныхъ ляписомъ въ опытахъ Соколова можно отмѣтить, что въ его опытахъ, какъ смѣшенія культуръ съ растворами ляписа, такъ и въ опытахъ съ бусинками микроорганизмы переносились въ дезинфицирующіе растворы вмѣстѣ съ питательной средой, что по мнѣнію *Paul'a и Krönig'a* уменьшаетъ дезинфицирующія свойства растворовъ. Тоже самое можно сказать и про изслѣдованія Тарнавскаго, у котораго изъ смѣси бульонной эмульсии съ дезинфицирующимъ веществомъ послѣ нейтрализации сѣрнистымъ аммоніемъ 0,5% ляписъ давалъ ростъ золотистаго стафилококка черезъ нѣсколько сутокъ воздѣйствія и 1% ляписъ еще черезъ 1 минуту. Кромѣ того нужно отмѣтить, что при смѣшеніи бульона съ ляписомъ послѣдній нейтрализуется первымъ.

Сравнивая бактерицидныя свойства ляписа съ протарголомъ и софоломъ можно отмѣтить, что первый обнаруживаетъ неизмѣнно болѣе высокія бактерицидныя свойства, чѣмъ послѣдніе въ эквивалентныхъ по содержанію серебра растворахъ. Въ этомъ наши данныя сходятся съ данными *C. Siebert'a*, въ опытахъ произведенныхъ по отношенію къ культурамъ гонококка.

Такъ какъ бактерицидныя свойства однихъ и тѣхъ же веществъ различны по отношенію къ различнымъ микробамъ, то интересно было выяснитъ бактерицидныя свойства софолы и протаргола по отношенію къ главному возбудителю бленнореи глазъ у новорожденныхъ — гонококку.

Въ виду особой неустойчивости этого микроорганизма я считалъ болѣе цѣлесообразнымъ примѣнить такой методъ изслѣдованія въ которыхъ гонококкъ съ возможности меньше подвергался бы физическимъ и химическимъ воздѣйствіямъ помимо влияния бактерициднаго вещества. Такимъ способомъ было выбранъ, хотя и менѣе точный, но болѣе подходящій по вышеуказаннымъ соображеніямъ способъ смѣшенія гоно-

кожковой эмульсии и дезинфицирующего раствора в равных количествах.

Постановка опытов была в общем такая же, как и в опытах с золотистым стафилококком с той разницей, что гонококковая эмульсия готовилась, в виду особой чувствительности гонококка к температурным влияниям на физиологическом растворе поваренной соли, подогревтом в термостате до 37°. Подогревания растворов протаргола и софолы не производилось, вследствие большой склонности их к разложению.

Предварительными опытами было установлено, что, согласно литературным данным, гонококк отличается гораздо большей чувствительностью к препаратам серебра, чем например, стафилококк и что в опытах с культурами гонококков приходится применять растворы слабой концентрации. Растворы протаргола и софолы для опытов приготавливались вдвое большей концентрации, чем требовалось установить. Таким образом показанная ниже концентрация различных растворов соответствует действительной, получающейся после смешения с равным количеством гонококковой эмульсии. Нейтрализация снристым аммонием не производилась.

Два опыта были произведены с эквивалентными по содержанию серебра растворами причем в виду обнаруженных у софолы более слабых бактерицидных свойств последний брался в концентрации вдвое более крепкой.

Растворы А = 0,41% софолы и 0,5% протаргола

В = 0,16% " " 0,2% "

С = 0,08% " " 0,1% "

Д = 0,02% " " 0,025% "

Оп. № 1 27 марта 1911 г.	Пробы брались через	Софоль				Протаргол				Контр.
		А	В	С	Д	А	В	С	Д	
"	1 м.	0	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁	P ₁	P ₁	
"	5 "	0	0	P ₁	P ₁	0	0	0	0	
"	10 "	0	0	0	0	0	0	0	0	
"	20 "	0	0	0	0	0	0	0	0	
"	30 "	0	0	0	0	0	0	0	0	
"	1 ч.	0	0	0	0	0	0	0	0	

Оп. № 2 1 мая 1911 г.	Пробы брались через	Софоль				Протаргол				Контр.
		А	В	С	Д	А	В	С	Д	
"	1 м.	0	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁	P ₁	P ₁	
"	5 "	0	0	P ₁	P ₁	0	0	0	0	
"	10 "	0	0	0	P ₂	0	0	0	0	
"	20 "	0	0	0	0	0	0	0	0	
"	30 "	0	0	0	0	0	0	0	0	
"	1 ч.	0	0	0	0	0	0	0	0	

Опыты с растворами протаргола и софолы одинаковой концентрации дали следующие результаты:

Оп. № 1 26 марта 1911 г.	Пробы брались через	Софоль				Протаргол				Контр.
		1:100	1:1000	1:4000	1:12000	1:100	1:1000	1:4000	1:12000	
"	1 м.	0	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁	P ₁	P ₁	
"	5 "	0	P ₂	P ₂	P ₂	0	0	P ₁	P ₁	
"	10 "	0	0	P ₂	P ₂	0	0	0	P ₁	
"	20 "	0	0	0	P ₂	0	0	0	0	
"	30 "	0	0	0	P ₂	0	0	0	0	
"	1 ч.	0	0	0	P ₂	0	0	0	0	

Опыт № 2 26 марта 1911 г.	Пробы брались через	Софоль				Протаргол				Контр.
		1 м.	5 "	10 "	20 "	30 "	1 ч.	0	0	
"	1 м.	0	P ₁	P ₁	P ₁	0	P ₁	P ₁	P ₁	
"	5 "	0	0	P ₁	P ₁	0	0	P ₁	P ₁	
"	10 "	0	0	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₁	
"	20 "	0	0	P ₁	P ₁	0	0	0	P ₁	
"	30 "	0	0	0	P ₁	0	0	0	0	
"	1 ч.	0	0	0	P ₁	0	0	0	0	

Следовательно растворы протаргола 1:1000 убивают гонококка в промежутке времени от 1 до 5 минут, а такие же растворы софолы от 1 до 5—10 минут. Растворы протаргола 1:4000 убивают гонококков за время от 5—10 минут, а такие же растворы софолы от 10 до 20—30 минут. Растворы протаргола 1:12000 убивают (не всегда) гонококков после 30 минутного воздействия. Растворы софолы такого действия не обнаруживают и после воздействия в течение 1 часа.

Из опытов с культурой гонококка выяснилось, что софоль в одинаковой концентрации с протарголом обнаруживает по отношению к гонококку почти одинаковую

бактерицидные свойства съ протарголомъ. Эти данныя не соотвѣствуютъ вышеприведеннымъ опытамъ съ культурою золотистаго стафилококка, гдѣ софоль обнаружилъ значительно меньшія бактерицидныя свойства по отношенію къ послѣднему сравнительно съ протарголомъ. Чѣмъ обусловливается такое несоотвѣстствіе, данныя опытовъ не даютъ возможности объяснить. Возможно, что различія въ бактерицидныхъ свойствахъ изслѣдуемыхъ препаратовъ по отношенію къ гонококку сглаживаются, благодаря его особой чувствительности къ препаратамъ серебра до такой степени, что трудно поддаются точному опредѣленію границы бактерициднаго дѣйствія, какъ по времени обнаруженія его, такъ и по концентраціи растворовъ.

Полученныя данныя сходятся съ данными *C. Siebert'a*, также опредѣлявшаго бактерицидныя свойства ляписа, протаргола и софолы и пришедшаго на основаніи своихъ изслѣдованій къ выводу, что бактерицидныя свойства софолы и протаргола мало разнятся между собой, какъ показываетъ его вышеприведенная таблица. У *Schäffer'a* ляписъ убивалъ гонококка въ разведеніи 1:4000 чрезъ 7½ минутъ.

Изъ другихъ дезинфицирующихъ средствъ, употреблявшихся для профилактики бленнорреи, какъ показали клиническія наблюденія, кромѣ препаратовъ серебра дали хорошіе результаты растворы сулемы. Въ виду большого количества изслѣдованій, произведенныхъ надъ дезинфицирующими свойствами сулемы я считалъ излишнимъ повтореніе такихъ изслѣдованій *in vitro*. Однако для полноты изложенія считаю не лишнимъ привести вкратцѣ результаты этихъ изслѣдованій у разныхъ авторовъ. Просматривая относящуюся сюда литературу можно видѣть, что литературныя данныя о дезинфицирующихъ свойствахъ сулемы очень неодинаковы, сообразно съ различными методами испытанія. У *Oppenheimer'a* сулема убивала гонококковъ уже въ разведеніи 1:30,000 чрезъ 10 мин. въ опытахъ съ шелковинками, зараженными культурой гонококка на сыровоткѣ, въ то время какъ ляписъ только въ 1—2% растворѣ.

По отношенію къ золотистому стафилококку сулема обнаруживала слѣдующія бактерицидныя свойства у разныхъ

авторовъ: У *Weeck'a*, вносившаго небольшую порцію эмульсіи въ дезинфицирующее вещество безъ нейтрализаціи сулема убивала въ растворѣ 1:1000 чрезъ 45 сек., въ растворѣ 1:5000 чрезъ 3 мин. У *Savor'a*, въ опытахъ съ шелковинками и промываніемъ водой растворъ 1:000 убивалъ чрезъ 1 мин. золотистаго стафилококка. У *Paul'a* и *Krönig'a*, въ опытахъ съ гранатами и нейтрализаціей 0,42% растворъ сулемы убивалъ стафилококковъ чрезъ 3 минуты. У Борхова въ опытахъ съ шелковинками и нейтрализаціей растворъ 1:1000 убивалъ 1 видъ стафилококка чрезъ 70 м., второй видъ чрезъ 2 часа а 3-й видъ только чрезъ 5 ч. Растворъ 1:500 убивалъ чрезъ 60 мин., 1:200 чрезъ 30 м. У Шеффера при такой же приблизительно постановкѣ опытовъ растворъ сулемы 1:1000 убивалъ золотистаго стафилококка только въ теченіе, 60—80 часовъ и даже болѣе. Правда у автора не указано какъ готовились эмульсіи, между тѣмъ качества эмульсій имѣютъ большое значеніе.

Изъ этого краткаго обзора изслѣдованій *in vitro* бактерицидныхъ свойствъ сулемы болѣе чѣмъ относительно другихъ дезинфицирующихъ веществъ, замѣтно, что результаты такихъ изслѣдованій даютъ, главнымъ образомъ, сравнительную оцѣнку извѣстному бактерицидному веществу и не могутъ быть цѣлкомъ приняты для практической дезинфекціи, иначе какую бы, напримѣръ, цѣну имѣло употребленіе сулемы въ хирургіи на основаніи изслѣдованій Шеффера?

Данныя изслѣдованія на бактерицидныя свойства препаратовъ серебра *in vitro* само собою разумѣется также не могутъ быть приняты цѣлкомъ для профилактики глазъ у новорожденныхъ. Какъ показываютъ изслѣдованія *in vitro*, результаты дезинфекціи зависятъ какъ отъ количества микроорганизмовъ (опыты со смѣшеніемъ культуръ и дезинфицирующихъ растворовъ въ равныхъ количествахъ и внесеніе въ послѣдніе по одной только петлѣ микробной эмульсіи) такъ и отъ различныхъ условий примѣненія, болѣе или мене защищающихъ зародышей отъ воздѣйствія дезинфицирующаго раствора. Первое обстоятельство между прочимъ важно отмѣтить по отношенію къ методу *Crédé*, при которомъ какъ извѣстно примѣняется сравнительно небольшое количество дезин-

фецирующего вещества. Идея профилактики одной только каплей не соответствует положениям, выработанным исследованиями бактерицидных свойств различных дезинфицирующих растворов. Тем более изменяются условия дезинфекции в конъюнктивальном мешке и умножается благодаря анатомическим и другим особенностям конъюнктивального мешка число приходящих обстоятельств, изменяющих результаты дезинфекции.

Безусловно энергичное и достаточно быстрое для профилактики бактерицидное свойство обнаружил по отношению к золотистому стафилококку при различных условиях ляпис в 1% раствор и протаргол в 10% раствор. Софол в 5% рекомендованном для профилактики бленнорреи *u. Herffom* раствор далеко не обнаруживает таких свойств.

В таком растворе и даже более слабых растворах софол обнаруживает достаточно быстрое бактерицидное свойство только при известных условиях, именно когда в соприкосновение приходят сравнительно малые количества зародышей и большие количества дезинфицирующих растворов. По отношению к гонококку приведенные концентрации растворов оказываются далеко избыточными.

Таким образом, если продолжительность времени, необходимая для полного уничтожения микроорганизмов для одних и тех же растворов известного дезинфицирующего средства бывает различна, в зависимости от различных вышеупомянутых условий постановки исследований, а также различны абсолютно необходимые для этого концентрации растворов, то сравнительные бактерицидные свойства различных дезинфицирующих средств в большинстве случаев остаются неизменными при одной и той же постановке исследований по отношению к одному и тому же виду микробов.

Согласно вышеприведенным исследованиям софол обнаруживает более слабые дезинфицирующие свойства, чем протаргол не только во эквивалентных по содержанию серебра, но в большинстве исследований и в одинаковых по концентрации растворах. Следовательно, блестящие успехи

в профилактике, достигнутые при употреблении софолы сравнительно с другими средствами, протарголом и ляписом во всяком случае нельзя объяснить более высокими бактерицидными свойствами этого препарата.

Ляпис, протаргол, софол и сулема при испытании на глазах у животных по 2-м методам. После блестящих результатов, опубликованных *Credé*, получилось такое впечатление, что в ляпис имется *specificum* против бленнорреи глаз у новорожденных. По крайней мере, некоторые высказывались в таком смысле. Что ляпис не есть *specificum* против этого заболевания было обнаружено уже немного времени спустя после того, как вкапывание других бактерицидных средств — уксуснокислого серебра, протаргола и софолы дало не худшие и даже лучшие результаты. Как было уже упомянуто выше сильные раздражающие свойства ляписа заставили искать других менее раздражающих, но не менее сильных по бактерицидности веществ, чтобы сохранить принцип впускания „одной единственной капли“, заповеданный *Credé*, метода, ревниво поддерживаемого его последователями. Выше, на основании разработки имющегося литературного материала по профилактике бленнорреи, было уже указано на значение из года в год поднимающейся антисептики и асептики при ведении родов. Исследование конъюнктивы и века на содержание микроорганизмов показало необходимость дезинфекции, как конъюнктивы глаз, так и века, что было трудно выполнимо с помощью такого сильно раздражающего средства как 2% и 1% ляпис. Между тем невозможно получить абсолютную профилактику с помощью 2% ляписа, средства безусловно бактерицидного, давала возможность предполагать, что несовершенство профилактики именно зависело, между прочим, и от того, что дезинфицировалась одна только конъюнктива. С другой стороны, не абсолютно бактерицидные растворы давали в руках многих авторов не худшие и даже лучшие результаты, чем ляпис. Напращивалась сама собою мысль достаточно ли одной только капли для профилактики бленнорреи. У *v. Herffa* впускалось, как он пишет, более одной капли софолы и,

судя по описаниям, таким образом, что раствором софолы должны были смачиваться также и рёсницы, при произвольном, или рукой акушерки производимом открывании глаз. Благодаря нераздражающим свойствам софолы, исключаящим рефлекторное сжатие век и механическое удаление раствора его из конъюнктивального мешка, раствор приходил, как это можно предполагать, в длительное соприкосновение с конъюнктивой и оказывал более равномерное воздействие на нее, чем это отмечено в *Attonom* для ляписа.

Хотя уже априорно можно допускать возможность попадания микроорганизмов с век в конъюнктивальный мешок после дезинфекции, тем не менее интересно было выяснить экспериментально на животных значение того или другого метода дезинфекции, а не дезинфицирующего вещества, т. е. дезинфекции глаза в количествах одной только капли и при более или менее обильном введении жидкости в конъюнктивальный мешок. Попытка подойти путем эксперимента на животных к оценке профилактического лечения была сделана *Tada Urata* по отношению к различным дезинфицирующим средствам по методу *Crédé*, т. е. впусканием одной капли дезинфицирующего раствора в глаза кроликов. Автор испытывал 2% и 1% ляпис, 1% уксуснокислосое серебро, 1/4% сѣрниокислый цинк по отношению к стафилококкам, стрептококкам, пневмококкам и гонококкам. Исследования производилось через 5 минут после прививки в глаз культуры, и после дезинфекции, а также через 25 минут, итого 4 раза, в правом глазу. В левом глазу дезинфекция не принималась. Нейтрализации раствором поваренной соли также не принималось. В опытах со стафилококком в правом глазу, в котором производилась дезинфекция, количество микробов с бочисленного количества уменьшалось после дезинфекции до нескольких тысяч, редко до нескольких сот через 5 минут после вкапывания и чаще до нескольких сот после повторного вкапывания через 25 минут. Опыты с 1% ляписом дали почти такие же результаты (несколько более слабое действие). 1% раствор уксуснокислого серебра по наблюдениям автора действовал слабее 1% ляписа.

По вызываемому раздражению эти три средства находятся в обратном порядке. При сравнительных опытах с 1/4% сѣрниокислым цинком, в одних опытах число микробов после вкапывания его доходило до очень небольших цифр, даже до нескольких десятков. В остальных опытах (преобладающих по числу) количество микробов после впускания сѣрниокислого цинка было значительно больше, чем после впускания ляписа, почему автор делает вывод, что сѣрниокислый цинк слабее действует, чем ляпис, хотя и менее раздражает.

В опытах автора интересно отметить один факт, подтверждающий наблюдения *Cramer'a* о вторичном размножении микроорганизмов в конъюнктивальном мешке после дезинфекции. В одном опыте при впускании 2% ляписа (исследование производилось через 20 минут после дезинфекции) последовательно 3 раза число колоний было значительно больше, чем после впускания сѣрниокислого цинка. Автор объясняет это тем, что в тот глаз, в который вкапывался ляпис, еще раньше неоднократно вкапывался этот же раствор, таким образом увеличение числа колоний автор сводит на счет раздражения вызванного предшествующими вкапываниями ляписа.

На основании опытов со стрептококком автор делает выводы, что 2% ляпис также действует сильнее 1% ляписа и 1% уксуснокислого серебра. Последние два раствора действуют почти одинаково. В нескольких случаях стрептококки после вкапывания 2% ляписа совсем исчезали. Но нужно отметить, что в этом ряду опытов числа колоний вообще (стрептококковых и посторонних) насчитывались в значительно меньшем количестве, чем в предыдущих опытах со стафилококками. Числа же стрептококковых колоний выражались десятками и даже единицами, а после предварительного до опытов промывания глаз дистиллированной водой (что автор делал ради более удобного счета маленьких стрептококковых колоний) числа колоний всех микробов выражались десятками и сотнями, а стрептококковых в одном только случае числом свыше 30 колоний.