

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1894—1895 учебномъ году.

№ 32.

616.954

П-42

ГОЛОВОЗБОИ ПРИ ПЕРЕЛОЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Георгія Иннокентьевича Поварина.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: про-
фессора В. М. Тарновскій и К. Н. Виноградовъ и приватъ-
доцентъ О. К. Трапезниковъ.

Перечень
1895 г.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отд. Корп. Жанд. Пантелеймон. ул., № 9.
1895.

БИБЛИОТЕКА
Харьковского Императорского
Университета
№ 5031

11-42
ПЕРВЫЙ ОТДЕЛЪ

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Георгия Иппокентьевича Поварина под заглавием: „Гонококки при переломе“ печатать разрешается съ темъ, чтобы, по отпечатаніи ея 125 экземпляровъ было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, а остальные 375 экз.—въ академическую бібліотеку. С-Петербургъ, 9 января 1895 года.

И. Д. Ученаго Секретаря, Профессоръ А. Давидъ.

64249

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

Часть I-ая.

Глава 1-ая. Введеніе и очеркъ извѣстнаго о гонококкахъ до Витти'a, и во время появленія его сочиненія „Gonococcus-Neisser“	3
Глава 2-ая. Работы послѣ этого времени. Изслѣдованія относительно микробовъ, нормально и ненормально населяющихъ половые органы, кромѣ гонококковъ	14
Глава 3-ая. Попытки разныхъ авторовъ разводить гонококковъ	21
Глава 4-ая. Микроскопическія изслѣдованія отдѣленія разныхъ частей половых органовъ и разныхъ частей тѣла относительно присутствія гонококковъ	28
Глава 5-ая. Прочія работы, имѣющія отношеніе къ предмету диссертации	41
Глава 6-ая. Выводы изъ литературныхъ данныхъ	50

Часть II-ая.

Глава 7-ая. Нѣкоторыя предварительныя замѣчанія	53
Глава 8-ая. Гонококки и присутствіе ихъ въ отдѣленіи въ связи съ давностью заболѣванія	57
Глава 9-ая. Гонококки при возвратахъ	59
Глава 10-ая. Объяснительная замѣтка къ таблицамъ	65
Глава 11-ая. Гонококки въ гонококковыхъ случаяхъ перелома	68
Глава 12-ая. Клітки тѣла въ отдѣленіи въ тѣхъ же случаяхъ	74
Глава 13-ая. Посторонніе микробы въ тѣхъ же случаяхъ	79
Глава 14-ая. Выводы изъ данныхъ о гонококковыхъ случаяхъ перелома	86
Глава 15-ая. Клітки тѣла въ безгонококковыхъ случаяхъ	88

	Стр.
Глава 16-ая. Микробы въ безгонококковыхъ случаяхъ . . .	98
Глава 17-ая. 8 случаевъ, въ которыхъ другіе микробы повидимому заступали мѣсто гонококковъ . . .	98
Глава 18-ая. Отдѣленіе при не перелойныхъ заболѣвающихъ головки подоваго члена . . .	103
Глава 19-ая. Сравненіе полученныхъ результатовъ при гонококковыхъ и безгонококковыхъ случаяхъ . . .	107
Глава 20-ая. Окончательный выводъ . . .	109
Таблицы . . .	1
Примѣчанія къ таблицамъ . . .	60
Указатель литературы . . .	61
Положенія . . .	66

Часть I.

I¹⁾.

Уже съ 50-хъ годовъ этого столѣтія начинаются попытки выдѣлить организованное заразное начало перелойнаго гноя, но только въ концѣ 70-хъ годовъ, благодаря болѣе усовершенствованной микроскопической техники, удалось (Neisser, Vokai) найти кокковъ, которые повидимому постоянно, и притомъ только одни или почти одни, встрѣчались въ гнойномъ отдѣленіи при перелѣ и отличались особыми характерными признаками отъ всѣхъ другихъ микробовъ. Neisser впервые описалъ ихъ какъ шарообразныя тѣла, имѣющія видъ двухъ сложенныхъ между собою плоскими сторонами булочекъ, вслѣдствіе того, что каждое такое тѣло дѣлится поперечною щелью на двѣ половины. Эти описанные Neisser'омъ *гонококки* встрѣчаются обыкновенно по 10—20 вмѣстѣ на поверхности гнойныхъ кѣтокъ. Наблюдалъ онъ ихъ постоянно какъ при перелѣ мочеполовыхъ органовъ, такъ и при перелойномъ воспаленіи (бленорреѣ) глазъ. Vokai подтвердилъ эти наблюденія и получилъ разводки микробовъ, которые въ 2-хъ случаяхъ, будучи привиты въ мочеиспускательный каналъ здоровыхъ людей, вызвали острый перелой. Въ двухъ другихъ случаяхъ, когда разводки были получены изъ отдѣляемаго при хронической бленорреѣ глазъ, прививка въ мочеиспускательный каналъ дала отрицательный результатъ. Наблюденія Vokai'а однако въ виду того, что онъ недостаточно точно описалъ выдѣленныхъ микробовъ и не установилъ различія между полученными бо-

¹⁾ При составленіи первой главы и руководствовался главнымъ образомъ сочиненіемъ Ватт'а «*Gonococcus Neisser*» VIII и своею статью «зрѣты. оч. извѣст. о бактер. обитаніи. въ трипп. гноѣ» XXXVI.

лѣзнетворными и неболѣзнетворными видами микробовъ, недостаточны и сомнительны. Какъ бы то ни было изслѣдованія этихъ двухъ авторовъ, въ особенности же Neisser'a послужили исходною точкою дальнѣйшихъ работъ и дали толчекъ къ изслѣдованіямъ позднѣйшихъ наблюдателей.

Вслѣдъ за ихъ открытіями со всѣхъ сторонъ появились подтвержденія и дополненія многихъ другихъ авторовъ. Обнаружилось, что цѣлый рядъ различныхъ заболѣваній и тѣхъ называемыхъ осложненій перелоя стоятъ въ прямой связи съ присутствіемъ гонококковъ, открытых Neisser'омъ. Появилась цѣлая литература, трактовавшая о гонококкахъ, о мѣстѣ ихъ нахожденія, способѣ разведенія, о распознаваніи ихъ и морфологій и т. д., а также о лѣченіи, соотвѣствующемъ новому взгляду на причины болѣзни. Гонококки найдены не только при перелое мочепускательнаго канала у мужчинъ и бленнорееѣ глазъ, но и при катаррахъ мочепускательнаго канала, шейки матки и влагалища у женщинъ, при воспаленіяхъ мочевого пузыря, катаррахъ прямой кишки, воспаленіи бартолиновыхъ железъ, нарывахъ клѣтчатки, окружающей мочепускательный каналъ, и даже при воспаленіи суставовъ, наблюдающемся иногда при перелое, или вскорѣ вслѣдъ за нимъ. Нѣкоторые же открывали гонококковъ даже въ крови, въ печени, селезенкѣ и т. д. Рядомъ съ этими открытіями шли и попытки выращивать гонококковъ и вызывать прививкою полученныхъ чистыхъ разводковъ перелой у здоровыхъ людей.

Скоро однако послѣ перваго увлеченія открытіемъ Neisser'a, благодаря которому гонококки казались чуть ли не всездѣющимися, наступила вполне понятная реакція. Само то, что гонококки разными авторами были находимы чуть ли не во всѣхъ органахъ тѣла и что разводки ихъ стали удаваться очень многимъ, причемъ даже прививки этихъ разводковъ часто давали положительный результатъ, само уже это заставило многихъ относиться скептически къ открытіямъ Neisser'a. Появились даже голоса, отрицавшие всякое діагностическое значеніе нахожденія гонококковъ. Тѣмъ болѣе, что скоро оказалось, что въ триперномъ гноѣ обитаетъ не одинъ какой либо микробъ, а очень много видовъ ихъ, изъ которыхъ многіе подходятъ подъ опредѣленіе Neisser'a т. е. представляютъ собою диплококковъ,

имѣющихъ форму двухъ сложенныхъ между собою булочекъ или почекъ (первый отличительный признакъ гонококковъ).

Благодаря этому то обстоятельству, т. е. смѣшенію съ другими микробами, получаемыя разными авторами «чистыя разводки гонококковъ» на разныхъ средахъ, одинъ разъ оказывались болѣзнетворными, другой разъ нѣтъ, да и самыя свойства разводковъ, среды, на которыхъ онѣ выращивались и т. д. описывались различно. Я не стану здѣсь называть тѣхъ авторовъ, которые ограничили только подтвержденіемъ открытія Neisser'a, т. е. нахожденіемъ гонококковъ въ отдѣляемомъ при перелое, и ограничусь только перечисленіемъ тѣхъ, кому удалось выростить «гонококковъ» на искусственныхъ средахъ. Къ послѣднимъ принадлежатъ самъ Neisser, Bokai, Krause, Leistikow-Löffler, Bockhart Oppenheimer, Lundström, Kreis, Bumm, Chameron, Siernberg и друг. При просмотрѣ описаній ихъ разводковъ, вида полученныхъ микробовъ и результатовъ прививокъ дѣлается очевиднымъ, что эти изслѣдователи имѣли дѣло покрайней мѣрѣ съ нѣсколькими родами микробовъ, но большей части не болѣзнетворныхъ и принадлежавшихъ къ разнымъ сапрофитнымъ родамъ. Общюю для всѣхъ этихъ микробовъ была только ихъ форма сложенныхъ вмѣстѣ двухъ булочекъ. На самомъ же дѣлѣ вѣроятно только Krause и Leistikow-Löffler, — кромѣ Bumm'a, — разводившіе гонококковъ на свернувшейся кровяной сыровоткѣ животныхъ, имѣли передъ собою настоящихъ гонококковъ. Столь же сомнительна казалась и способность гонококковъ расти въ столь различныхъ условіяхъ—(съ одной стороны мочепускательный каналъ, съ другой стороны кровь, селезенка и печень).

Такъ дѣло стояло до тѣхъ поръ, пока въ 1885 году не появилась монографія Bumm'a — «Gonococcus Neisser» (VII). Этотъ изслѣдователь повторялъ микроскопическія изслѣдованія прежнихъ авторовъ, работая преимущественно надъ перелоемъ половыхъ органовъ у женщинъ и бленнорройнымъ воспаленіемъ глазъ у новорожденныхъ. На основаніи своихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что не достаточно одной формы гонококковъ для распознаванія перелоя, но что для этого требуется еще характерное расположеніе ихъ кучками внутри гнойныхъ клѣтокъ (второй отличительный признакъ гонококковъ).

Дальше он нашел, что есть еще шесть сортов кокковъ, весьма похожихъ на гонококковъ и отличающихся отъ нихъ величиною, цвѣтомъ чистыхъ разводокъ и свойствами. Выростилъ онъ и настоящихъ гонококковъ и изучилъ ихъ способность роста на различныхъ средахъ.

Гонококки по Вимм'у растутъ только на свернутой подъ влияніемъ жара сыворотки человѣческой или бараньей крови, и то очень плохо. Они и составляютъ настоящую причину перело. Последнее онъ доказываетъ двумя способами: во 1-хъ, микроскопическими препаратами вырѣзанными у 26 лицъ, больныхъ бленорреей глазъ, кусочковъ соединительной оболочки въѣвъ, въ каждомъ изъ которыхъ онъ находилъ *corpus delicti*—гонококковъ, обыкновенно расположенными между эпителиальными клѣтками въ межклѣточныхъ пространствахъ и, во 2-хъ, прививками полученныхъ чистыхъ разводокъ гонококковъ въ мочеиспускательный каналъ здоровыхъ людей, вызвавшими въ 2-хъ случаяхъ настоящей перелой. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ прививка была сдѣлана 20-ю генерациею гонококковъ и притомъ на 38-й день послѣ посѣва гноя на сыворотку. Въ тѣлѣ челоѣка гонококки, по Вимм'у, размножаются только на слизистыхъ оболочкахъ. Что касается распознаванія гонококковъ, то ко второму характерному признаку ихъ—расположеніе клѣтками въ гнойныхъ клѣткахъ, (а не на ихъ поверхности, какъ писалъ Neisser)—Виммъ скоро, по поводу сообщенія Bockharta, внашедшаго ихъ въ гноѣ почечнаго нарыва при воспаленіи мочевого пузыря въ гнойныхъ клѣткахъ и между ними, прибавилъ еще два по его мнѣнію рѣшительные признака: третій—гонококки при окрашиваніи по Gram'у не удерживаютъ краски, обезцвѣчиваются, и четвертый—гонококки способны расти только на свернувшейся челоѣческой и бараньей сывороткѣ, да и тутъ выростаютъ только при посѣвѣ известнымъ образомъ (большія количества гноя) и разводки ихъ имѣютъ особый характерный видъ. Что касается отношенія гонококковъ къ гнойнымъ клѣткамъ въ виду появившагося ученія о фагоцитозѣ, то Виммъ высказался на этотъ счетъ гораздо позже. Въ 1889 году (XXXI) появилась его статья, въ которой онъ находилъ, что наблюдаемая отношенія гонококковъ къ гнойнымъ клѣткамъ при перелое не согласуются

съ сь теоріею Мечникова,—гонококки остаются живыми въ гнойныхъ клѣткахъ и даже размножаются тамъ.

Вслѣдствіи его взгляды получилъ косвенное подтвержденіе въ наблюденіяхъ Gebhard'a (XLVIII). Означенный авторъ, въ находимыхъ иногда въ пробиркахъ частицахъ гноя, открывалъ цѣлыя гнойныя клѣтки, уцѣлѣвшія послѣ посѣва, и въ такихъ случаяхъ въ этихъ клѣткахъ можно было наблюдать характерныхъ гонококковъ въ періодѣ усиленнаго дѣленія герспроизводства, дающихъ такимъ образомъ начало новымъ колоніямъ гонококковъ. Слѣдовательно гнойныя клѣтки могутъ только захватывать и переносить, но не убивать захваченныхъ гонококковъ.

Вотъ вкратцѣ описаніе свойствъ и вида гонококковъ по Вимм'у. Гонококки представляютъ овальныя шаровидныя тѣла, въ большинствѣ поперечникѣ отъ полюса до полюса имѣющие въ среднемъ 1,25 μ . Тѣла эти представляютъ собою какъ бы два полушарія, вѣрнѣе шаровыхъ отрѣзка, сложенныхъ плоскими сторонами, причемъ однако между ними всегда остается замѣтная щель. Чтобы нагляднѣе представить эту форму гонококковъ, ихъ не разъ сравнивали съ двумя булочками, сложенными плоскими сторонами. Менѣе удачно названіе ихъ восьмиобразными кокками. Плоскія стороны половинокъ гонококковъ иногда имѣютъ выемку, такъ что такой гонококкъ, наблюдаемый черезъ микроскопъ сбоку, представляется въ видѣ двухъ маленькихъ почечъ или бобовъ, сложенныхъ выемчатыми сторонами. При дѣйствіи различныхъ реактивовъ форма гонококковъ чувствительно измѣняется. Такъ при дѣйствіи уксусной кислоты контуры выступаютъ гораздо рѣзче, а при дѣйствіи крѣпкихъ щелочей напротивъ коки разбухаютъ, такъ что въ концѣ концовъ исчезаетъ и щель, раздѣляющая двѣ половинки гонококка. Спиртъ тоже дѣйствуетъ на гонококковъ—подъ влияніемъ его они сморщиваются и уменьшаются въ объемѣ, половинки гонококка принимаютъ болѣе овальный видъ и щель между половинками выступаетъ яснѣе¹⁾. Изъ красокъ всего ладнѣе впиваются въ себя гонококки фиолетовыя всаго Methyl и Gentianaviolett, отчего

¹⁾ Между прочимъ, это отношеніе въ спирту объясняетъ, почему гонококки на свѣжѣ окрашенныхъ синькою препаратахъ быстро уменьшаются въ объемѣ.

такъ часто происходитъ перекрашивание. Не такъ жадно они вбираютъ въ себя фуксинъ, еще слабѣ ихъ средство къ другимъ краскамъ. Однако какъ при фиолетовыхъ краскахъ, такъ и при фуксинѣ и при синькѣ одинаково можно получать хорошие препараты. Дифференціальная окраска, имѣющей значеніе Эрлиховскаго способа окрашиванія чахоточныхъ палочекъ, нѣтъ. При окрашиваніи по способу Gram'a гонококки обезцвѣчиваются. Изслѣдуя неокрашенные препараты, легко замѣтить, что гонококки довольно быстро двигаются. Въ искусной кислотѣ на неокрашенныхъ препаратахъ кокки являются окруженными узкой, вязистой, преломляющей свѣтъ сильнѣе самаго тѣла гонококка каймой или сумкой. Такая же сумка, но гораздо шире, замѣчается иногда и на окрашенныхъ препаратахъ. Въ послѣднемъ случаѣ по Витт'у она есть просто выраженіе сморщиванія гонококка, вслѣдствіе котораго между нимъ и окружающей массой остается нѣкоторый промежутокъ, выражающійся помянутой каймой. Размножаются гонококки дѣленіемъ. Дѣленіе это происходитъ такъ, что сначала на плоскихъ сторонахъ полушарій образуется выемка, выемка эта все болѣе увеличивается и наконецъ полушаріе посрединѣ раздѣляется на двѣ половинки, складывающіяся въ свою очередь на подобіе двухъ булочекъ и образующихъ новый диплококкъ. Такъ какъ дѣленіе постоянно происходитъ въ поперечномъ направленіи въ отношеніи щели, раздѣляющей двѣ половинки диплококка, то образованія цѣпочекъ въ этомъ случаѣ наблюдаются не можетъ, и большія количества гонококковъ наблюдаются только въ видѣ кучъ (Haufen). Что касается диплококковъ, похожихъ на гонококковъ, то такихъ диплококковъ очень много. Выдѣлитъ же Виттъ такихъ диплококковъ шесть видовъ, которые имъ и описаны: Эти виды: 1) citronengelber Diplococcus, 2) milchweisser Diplococcus, 3) gelbweisser Diplococcus (бѣлѣтветворный), 4) grauweisser Diplococcus, 5) rosafarbiger Diplococcus, и 6) weisser Diplococcus Fränkel'я. Находить гонококковъ или въ отдѣленіи большихъ слизистыхъ оболочекъ или въ самихъ большихъ тканяхъ. Въ отдѣленіяхъ гонококки наблюдаются главнымъ образомъ въ гнойныхъ кѣткахъ и гораздо въ меньшемъ количествѣ попадаютъ они въ межкѣлочномъ веществѣ. Въ гнойныхъ кѣткахъ они находятся не въ ядрахъ, а въ протоплазмѣ, ко-

торую переполняютъ иногда до того, что кѣтка чуть не лопается. Если оболочка кѣтки будетъ разрушена какимъ либо химическимъ веществомъ, то гонококки выходятъ изъ кѣтки и могутъ уноситься потокомъ жидкости въ разныя стороны.

Проникаютъ гонококки въ кѣтки сами, а не захватываются послѣдними, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ трудно было бы объяснить скопленіе ихъ въ отдѣльныхъ кѣткахъ такими большими количествами (иногда до 300) иначе, какъ особымъ избирательнымъ средствомъ протоплазмы бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ нѣкоторымъ микробамъ, чего Виттъ не допускаетъ. Количество гонококковъ въ отдѣленіи не находится въ какомъ-либо соотношеніи съ бурностью замѣчаемыхъ явленій. При остромъ переломъ всего въ большемъ количествѣ наблюдаются гонококки, когда отдѣленіе принимаетъ желтый цвѣтъ. При хроническомъ же нерѣдко можно встрѣтить громадныхъ количества гонококковъ въ повидимому совершенно прозрачномъ отдѣленіи, напр. канала шейки матки, и при полномъ отсутствіи воспалительныхъ явленій. Въ началѣ остраго перелома, когда отдѣленіе имѣетъ еще серозный характеръ, гонококки находятся не столько въ гнойныхъ кѣткахъ, сколько въ свободномъ состояніи или же на эпителиальныхъ кѣткахъ; то же самое наблюдается и въ позднѣйшихъ періодахъ перелома, когда отдѣленіе принимаетъ болѣе слизисто-гнойный характеръ. Нерѣдко наблюдается перемежающееся появленіе и исчезновеніе гонококковъ въ отдѣленіи, что обуславливается болѣе сложнымъ строеніемъ заболѣвшей слизистой оболочки. Гонококки въ этихъ случаяхъ сохраняются обыкновенно въ разныхъ заворотахъ и железахъ (Drüsen, Recessus) и затѣмъ, если отдѣленіе слизистой оболочки почему либо вдругъ увеличивается (напр. беременность, менструація), они выступаютъ изъ своихъ убижищъ и снова размножаются въ большихъ количествахъ.

Уничтожить гонококковъ въ отдѣленіи Виттъ считаетъ дѣломъ очень легкимъ, для этого достаточно впрыскиваній растворовъ сулемы: (1:10000), карболовой кислоты (0,25—0,5 : 100), свѣчковаго уксуса (1:100), адскаго камня (0,25:100) и даже танина или внутренняго употребленія копейскаго бальзама; при такомъ леченіи гонококки изъ отдѣленія исчезаютъ уже черезъ нѣсколько дней. Только, если леченіе прекращается

слишкомъ скоро, гонококки черезъ нѣкоторое время снова появляются въ отдѣленіи. Изъ отдѣльныхъ органовъ Виммъ считаетъ бесспорнымъ нахождение гонококковъ въ мужскомъ и женскомъ мочеиспускательномъ каналѣ. Въ мочевою же пузырь наметъ ихъ въ его время только Bockhart и то одинъ разъ, а самъ Виммъ находилъ тутъ только своего *gelbweisser Diplococcus*. Въ періуретральномъ нарывѣ и при лимфангитѣ (гдѣ? Виммъ) наметъ ихъ Welandеръ, въ перелойномъ бубонѣ М. Wolf.

Въ коленномъ суставѣ въ жидкости, полученной уколомъ въ небольшемъ количествѣ при перелойномъ ревматизмѣ, находили ихъ Petrone и Kammerger. Въ отдѣленіи соединительной оболочки при перелойномъ заболѣваніи глаза находилъ постоянно Виммъ, хотя часто въ смѣси съ другими микробами. Въ прямой кишкѣ гонококки тоже наблюдать Виммъ, хотя всего только одинъ разъ, у женщины при перелой прямой кишки вслѣдствіе прямого зараженія (*coitus praeternaturalis*); половые органы при этомъ остались здоровыми. Въ полости гѣла матки Виммъ наблюдалъ гонококковъ 4 раза; въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ было опущеніе матки до преддверія влагалища. Гонококки находились только одни, и только въ последнемъ случаѣ, въ которомъ не было совсѣмъ воспалительныхъ явленій, имѣлось еще нѣсколько короткихъ палочекъ. Въ каналѣ шейки матки гонококки встрѣчаются, часто при остромъ воспаленіи его въ чистой разводкѣ, но и при хроническомъ катаррѣ его они очень часто наблюдаются, и притомъ часто въ совершенно прозрачномъ стекловидномъ отдѣленіи: посторонніе микробы наблюдаются тутъ въ умѣренномъ количествѣ.

Въ бартолиновыхъ железахъ Arningъ находилъ ихъ постоянно, какъ при остромъ, такъ и при хроническомъ воспаленіи. Виммъ подтверждаетъ его наблюденія, но сверхъ того говоритъ, что наблюдалъ у одной беременной острое воспаленіе этихъ железъ, гдѣ не было гонококковъ и никакихъ слѣдовъ перелоя. Въ этомъ случаѣ было найдено только нѣсколько палочекъ, обыкновенно находимыхъ въ железахъ и при гонококкахъ. Welandеръ въ 12 случаяхъ хроническаго и въ 3 случаяхъ остраго воспаленія бартолиновыхъ железъ не наметъ гонококковъ, хотя во всѣхъ случаяхъ имѣлся перелой мочеиспус-

кательнаго канала; 2 же женщины со свичемъ оставшимся послѣ нагноенія въ железахъ, и 21 съ гнойнымъ отдѣленіемъ изъ выводящаго канала железахъ имѣли гонококковъ въ этотъ отдѣленіи: у всѣхъ ихъ, кромѣ одной, имѣлся и перелой мочеиспускательнаго канала. Во влагалищѣ и преддверіи его у взрослыхъ гонококки попадаютъ часто, но всегда вслѣдствіе попадающаго туда выдѣленія мочеиспускательнаго канала или шейки матки больныхъ.

Только въ 4-хъ случаяхъ воспаленія влагалища у маленькихъ дѣвочекъ Виммъ наблюдалъ гонококковъ въ такихъ условіяхъ, что очевидно было ихъ происхожденіе изъ влагалища. Welandеръ наметъ въ 10 случаяхъ гонококковъ во влагалищѣ на 79 случаевъ, гдѣ гонококки находились въ мочеиспускательномъ каналѣ, а Bockhartъ наметъ ихъ въ 14 случаяхъ. Въ пользу такой относительной невосприимчивости къ зараженію влагалища и его входа говорятъ опыты, въ которыхъ перелойное отдѣленіе оставалось по 12 часовъ въ соприкосновеніи съ слизистой оболочкой влагалища и зараженія не получалось, а также ежедневно наблюдаемое явленіе, что, не смотря на постоянное истеченіе заразнаго отдѣленія изъ канала шейки или изъ мочеиспускательнаго канала, воспаленія влагалища не получаются. Объясняется такая въ восприимчивость тѣмъ, что влагалище и входъ его покрыты слонстымъ эпителиемъ, а гонококки черезъ этотъ эпителий не проникаютъ.

Изъ вышеизложеннаго Виммъ выводитъ: 1) Видъ диплококка (двухъ сложенныхъ булочекъ) не характеренъ для гонококка, а равно и отношеніе его къ окраскѣ. Даже по Gram'у обезвиживаются и другіе микробы кромѣ него. 2) Характерна способность гонококковъ проникать въ гнойныя кѣтки, разнжаться тамъ и образовывать круглыя скопленія вокругъ ихъ ядеръ. Наблюденія Fränkel'я, наблюдавшаго якобы при гнойномъ не перелойномъ отдѣленіи влагалища у дѣвочки коковокъ совсѣмъ похожихъ на гонококковъ и также скопльшихся въ гнойныхъ кѣткахъ, объясняется тѣмъ, что по всей вѣроятности въ его случаяхъ былъ настоящій перелой, причина котораго онъ не доискался. 3) Если не было гнѣния обеззараживающими средствами, то всегда можно доказать присутствіе гонококковъ въ отдѣленіи пораженной перелоемъ слизистой обо-

лочки. В тех случаях, где гонококков нет, нет и переходного процесса, что доказываете незаразительностью такого отдѣления, как это было в двух случаях, описанных Кронгомом, бленоррее новорожденных. 4) Не содержащее гонококков отдѣление не заразительно для слизистых оболочек. 5) Содержащее гонококков отдѣление даже в самом ничтожном количествѣ вызываетъ всякій разъ по перенесеніи на воспримчивую слизистую оболочку переходное воспаление.

Изъ этихъ положеній слѣдуетъ, что присутствие гонококковъ въ отдѣленіи всякій разъ доказываетъ заразный характеръ данного заболѣванія слизистой оболочки и заразительность ея отдѣленія, и обратно не имѣющее гонококковъ отдѣление не обладаетъ и заразными свойствами. Такимъ образомъ гонококки являются критеріемъ—имѣется въ данномъ случаѣ перелой или нетъ? Такой критерій не имѣетъ особаго значенія, когда имѣются характерные клиническіе признаки страданія, но за то приобретаетъ очень важное значеніе при перемежающемся, рецидивирующемъ или хроническомъ перелое, для рѣшенія вопроса—заразительно данное отдѣленіе или нетъ? Еще большее значеніе имѣетъ этотъ критерій при остромъ воспаленіи соединительной оболочки вѣкъ, особенно у новорожденных. Всего же болѣе уясняетъ дѣло нахождение гонококковъ при катарральныхъ пораженіяхъ женскихъ половыхъ органовъ—въ этихъ случаяхъ часто „скрытый“ перелой прежнихъ авторовъ дѣлается вполне явнымъ, если прибѣгнуть къ микроскопу.

Что касается гонококковъ въ тканяхъ, то до Вимпъ ихъ наблюдать здѣсь только Bockhart, но случаи Bockhart'a слишкомъ сомнительны. Нѣкоторые изъ разбравшихъ подробности этотъ случай даже находили, что Bockhart принималъ за наполненныя гонококками кѣтки просто такъ называемыя Mastzellen (Atzing). Во всякомъ случаѣ, если-бы послѣднее даже было и не вѣрно, то нѣкоторыя находки его имѣютъ слишкомъ исключительный характеръ, чтобы можно было ихъ принимать за правило; такъ Bockhart находилъ гонококковъ (и притомъ исключительно) въ ядрахъ гнойныхъ кѣтокъ, чего не находилъ никто ни до, ни послѣ него.

Вимпъ воспользовался для своихъ выводовъ 26 случаями бленорреи новорожденныхъ, въ которыхъ онъ бралъ частинки

слизистой оболочки изъ переходной складки вѣкъ или же (на свѣжяхъ трупахъ) имѣлъ въ распоряженіи и цѣлый глазъ пораженный заболѣваніемъ. Выводъ его изъ изслѣдованія полученныхъ препаратовъ слѣдующій: гонококки проникаютъ только черезъ цилиндрической, но никогда не проникаютъ черезъ плоскій неповрежденный эпителий, въ соединительно-тканыхъ тѣлахъ размножаются только въ поверхностныхъ слояхъ ткани и по большей части лежатъ и размножаются свободно между кѣтками. Впрочемъ, такъ какъ результаты, добытые наблюденіемъ соединительной оболочки вѣкъ, могутъ быть переносимы на слизистую оболочку мочеполовыхъ органовъ только съ осторожностью, то онъ допускаетъ, что въ послѣднихъ гонококки могутъ въ исключительныхъ случаяхъ распространяться и нѣсколько глубже и попадать въ лимфатическіе и даже въ кровяные пути. Проникаютъ въ эпителий гонококки по межкѣлочному веществу, разрушаютъ такимъ образомъ связь между отдѣльными кѣтками, которыя при этомъ отдѣляются другъ отъ друга и отъ своего ложа, и размножаются въ слизистомъ отдѣленіи и гнойныхъ кѣткахъ, получающихся здѣсь въ слѣдствіе воспаленія.

Что касается разводовъ, то Вимпъ получилъ чистыя разводы на свернутой кровяной сывороткѣ человека послѣ долгихъ тщетныхъ попытокъ развести ихъ на другихъ средахъ и частыхъ ошибокъ. При этомъ надо быть очень осторожнымъ съ гноемъ, который берется для посѣва. Гной изъ нижнихъ частей мочепускательнаго канала долженъ быть тщательно удаленъ выдавливаніемъ и забираемая частичка гноя должна быть взята по возможности глубже съ помощью платиновой петли. Если хотя два-три постороннихъ зародыша будутъ захвачены кромѣ гонококковъ петлею, то навѣрно переростутъ и вытѣснятъ гонококковъ, если не тотчасъ же при началѣ роста, то спустя нѣкоторое время, какъ это часто случалось съ Вимпъомъ. Самый посѣвъ долженъ производиться сразу большими количествами гноя—чертой. Наилучшая температура для разводовъ 33—37°, при комнатной температурѣ гонококки не растутъ. Изъ другихъ средъ еще иногда удается вырастить гонококковъ, хотя и очень плохо, на сывороткѣ бараней крови.

Вот описание роста разводок. На 2-ой день после посева от края прививной массы начинает медленно распространяться пѣнная кайма, состоящая из тѣсно лежащих друг около друга коковок. Край этой каймы скоро проявляет наклонность дѣлаться зубчатымъ, поверхность разводки гладкая, блестящая, края круто опускаются на поверхность сыворотки; на 3-ий день разводка достигаетъ 2—3 мм. въ поперечникѣ и тогда дальнѣйшій ростъ останавливается, и начинается обратное развитие, которое черезъ 2—3 дня настолько выражено, что дальнѣйшія перепрививки становятся невозможными. О двѣтъ разводокъ едва ли возможно и говорить; при падающемъ свѣтѣ онѣ походятъ на прозрачный слой блестящаго лака толщиной въ $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ мм. Если соскоблить разводку въ одну кучу, или если разводка почему либо выросла болѣе толстымъ слоемъ, то она выглядит сѣроватобѣлою, слегка буроватою. Разводки угодомъ не удаются, а чертой удаются только тогда, когда гноя взято не слишкомъ мало. При томъ, дѣлая посѣвъ, надо стараться накладывать гной комочками, такъ какъ это сопособствуетъ росту.

Микроскопическій видъ разводокъ при слабомъ увеличеніи мало отличается отъ разводокъ другихъ гроздекоковокъ. Онѣ имѣютъ мелкозернистую поверхность съ утолщеніями въ видѣ облаковъ и гладкими, заостряющимися къ поверхности сыворотки, краями. При сильныхъ увеличеніяхъ въ разводкахъ ближе къ срединѣ замѣчается много гонокоекъ въ состояніи распаденія и обратнаго развитія, что отличаетъ ихъ отъ разводокъ другихъ, болѣе стойкихъ микрококковъ. Такимъ образомъ можно наблюдать въ этихъ разводкахъ коковокъ самыхъ разныхъ величинъ, часто безъ шели въ срединѣ, или въ состояніи дѣленія, и окрашивающихся слабо, или совсѣмъ неокрашивающихся. О сдѣланныхъ положительныхъ попыткахъ привить полученныя чистыя разводки упомянуто раньше.

П.

Исслѣдованія Виттм'а были проверкою и дополненіемъ работъ, оборудованныхъ до него, и позволили ему въ своихъ выводахъ подвести, такъ сказать, итогъ всему известному въ то время о

гонококкахъ. Полученные результаты были таковы, что послѣ нихъ отрицать значеніе гонококковъ при перелѣхъ оказывалось уже невозможнымъ. Тѣмъ не менѣе, отдѣльные голоса, пытающиеся умалить ихъ, продолжали раздаваться, да раздуются и до сихъ поръ. Такъ въ 1888 году Schurmann—Steckhoven (XIX) критикуетъ мнѣніе Виттм'а, что гонокочки вызываютъ зараженіе перелоемъ, на основаніи его собственныхъ данныхъ. Онъ находитъ, что поставить вѣрно распознаніе гонококковъ на основаніи известнаго объ ихъ морфологіи нельзя, и что мало вѣроятно, чтобы перелохъ производился только однимъ видомъ микробовъ.

Oberländer (XX) тоже находитъ, что еще нельзя отрицать перелойнаго характера страданія только потому, что не найдено гонококковъ, что могутъ быть псевдогонорройные процессы, и зараженія другими микробами могутъ дать картину перелоя. Подкрѣпляетъ онъ свое мнѣніе случаями Bockhart'a и Fränkel'евскимъ зараженіемъ воспаленіемъ влагалища, относительно котораго Dusch, Виттм и другіе думаютъ, что это зараженіе было вызвано гонококками.

И дѣйствительно, выводы Виттм'а оказались далеко не удовлетворяющими всѣмъ требованіямъ практики. Затруднительность отличенія гонококковъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ напр. при хроническомъ перелѣхъ, отъ другихъ подобныхъ коковокъ, трудность разведенія ихъ на кровяной сывороткѣ и противорѣчіе положенія Виттм'а, что гонокочки не могутъ проникать въ плоскій эпителий, съ ежедневно наблюдающимся фактомъ сосредоточенія перелойнаго процесса въ ладенной ямкѣ у мужчины и вообще на мѣстахъ, покрытыхъ плоскимъ эпителиемъ, — заставили новыхъ изслѣдователей снова и снова приниматься за рѣшеніе этихъ вопросовъ. Такимъ образомъ мы, разбиря литературныя данныя о перелѣхъ и объ отношеніи къ нему гонококковъ послѣ Виттм'а, видимъ три ряда работъ. Одни авторы изучаютъ микробовъ, нормально обитающихъ въ мочеполовомъ каналѣ мужчины и женщины (для рѣшенія вопроса о коккахъ, похожихъ на гонококковъ), другіе стараются возроситъ гонококковъ на разныхъ средахъ съ болѣе или менѣе различнымъ успѣхомъ, а третьи изслѣдуютъ разныя части мочеполоваго аппарата при перелойныхъ страданіяхъ на присут-

ствие въ нихъ гонококковъ (проверка положения Bumm'a о невозможности для нихъ проникать въ плоскій эпителий).

Приступая къ изложению литературныхъ данныхъ послѣ Bumm'a, я прежде всего изложу то, что до сихъ поръ известно о микробовъ, нормально обитающихъ въ мочеполовыхъ органахъ человѣка и могущихъ встрѣтиться также и въ триперномъ отдѣленіи, а слѣдовательно подать поводъ къ смѣшенію съ гонококками.

Winter (XII), изслѣдуя половой каналъ здоровой женщины, нашелъ, что въ полости матки, въ трубахъ и вообще во внутреннихъ половыхъ органахъ, начиная съ внутренняго зѣва матки, микробовъ при нормальномъ состояніи этихъ органовъ не бываетъ. Начиная же съ канала шейки матки внизъ до преддверія влагалища встрѣчается масса различныхъ микробовъ. Всего выдѣлено авторомъ 27 различныхъ видовъ ихъ, изъ которыхъ 13 видовъ представляютъ разные кокки. Между прочимъ имъ выдѣлены были *staphylococcus pyogenes*, *aureus*, *albus*, *citreus*, *sarcina alba* и *streptococci*, изъ которыхъ *staphylococcus pyogenes albus* найденъ въ половинѣ всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ. Авторъ дѣлалъ много прививокъ кроликамъ, свинкамъ, собакамъ и мышамъ, впрыскивая подъ кожу или въ кровь чистыя разводки полученныхъ микробовъ, но вызвать нагноеніе ему не удалось ни въ одномъ случаѣ. Изъ этого Winter заключаетъ, что даже и гнойные кокки теряютъ свою зловитость, если долгое время ведутъ жизнь сапрофитовъ, обитая въ выдѣленіяхъ тѣла, а не въ живой его ткани. Заключение автора то, что организмъ посылъ въ себѣ всѣ данныя для самозараженія, которое вѣроятно и происходитъ при нѣкоторыхъ благоприятныхъ, но еще неизвѣстныхъ условіяхъ.

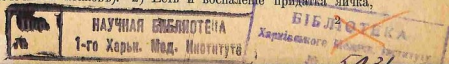
Lustgarten и Mannberg (III), изслѣдуя здоровый мочепускательный каналъ у 8 мужчинъ, изъ которыхъ трое были еще дѣти, — мальчики — 9 — 11 — 13 лѣтъ, — выдѣлили путемъ разводокъ 11 различныхъ микробовъ, изъ которыхъ можно было 10 отличить и микроскопически. По ихъ мнѣнію, когда гонококки встрѣчаются при хроническомъ переломъ и притомъ на эпителиальныхъ клѣткахъ (они обыкновенно находили своихъ микробовъ на клѣткахъ эпителия), то по всей вѣроятности дѣло идетъ о ложныхъ гонококкахъ, чѣмъ объясняется и не зара-

зительность отдѣленія въ этихъ случаяхъ. Что ошибку сдѣлать легко, если руководиться только однимъ наружнымъ видомъ кокковъ, видно изъ того, что 10 изъ 11 видовъ, выдѣленныхъ авторами, были кокки, очень похожіе на гонококковъ. Въ мочѣ и мочеполовыхъ органахъ выше мышцы, запирающей мочепускательный каналъ, по ихъ изслѣдованіямъ микробовъ нормально не бываетъ. За то при Брайтовой болѣзни они нашли въ мочѣ много гноеродныхъ кокковъ, число которыхъ при ожесточеніи увеличивалось.

Doyen (XXVI), изучая бактерий при воспаленіи мочевого пузыря, гнойномъ воспаленіи почекъ и зараженіяхъ вслѣдствіе измѣненія свойствъ мочи, нашелъ 10 видовъ палочекъ и 4 вида кокковъ. Всѣ выдѣленные палочки не окрашиваются ни по Gram'у, ни по Weigert'у. Вотъ названія выдѣленныхъ кокковъ: *m. albus urinae*, *m. major*, *m. albus olearius*, *m. flavus olearius*.

Giovannini (I) выдѣлил изъ отдѣляемаго мочепускательного канала мужчины при переломъ пять родовъ микроразвитовъ, которыхъ можно отличить другъ отъ друга по ихъ морфологическимъ особенностямъ, преимущественно же по особенностямъ ихъ роста въ разводкахъ. Два рода изъ этихъ микробовъ тождественны съ встрѣчающимися въ нормальномъ мочепускательномъ каналѣ. Ни одинъ изъ нихъ не вызываетъ амміачнаго разложенія мочи. Ни одинъ, будучи привитъ подъ кожу или въ брюшину кролика, не вызываетъ измѣненій, свойственныхъ гноероднымъ микробамъ, ни одинъ, будучи привитъ въ мочепускательный каналъ здороваго человѣка, не вызываетъ тамъ перелою, всѣ они сапрофиты. На обыкновенныхъ искусственныхъ средахъ, въ томъ числѣ и на сывороткѣ человѣческой крови, не удается развести микробовъ, обладающихъ болѣзнетворными свойствами, приписываемыми гонококкамъ.

Bockhart (II) наблюдалъ 15 случаевъ ложнаго перелою (между прочимъ въ 10 случаяхъ у женатыхъ) мочепускательного канала и на основаніи этихъ наблюдений дѣлаетъ выводы: 1) Есть доброкачественный, острый, ложный переломъ. (Между микробами, обуславливающими заболѣваніе они, въ 4-хъ случаяхъ видѣлъ мелкихъ гроздекоковъ, а иногда овальныхъ цѣпочныхъ кокковъ). 2) Есть и воспаленіе придатка яичка.



обусловленное таким ложным перелоем. 3) Такой доброкачественный перелой можно смѣшать съ началом настоящаго перелоа. Авторъ получилъ разводки обихъ видовъ кокковъ. Разводками же мелкаго гроздекока онъ дѣлалъ и прививки здоровому человѣку (въ мочеиспускательный каналъ), причемъ получился положительный результатъ.

Minguet (LV), послѣ длиннаго историческаго введенія, приводитъ нѣкоторое число случаевъ остраго перелоа, клинически не отличимаго отъ того, который вызывается гонококками, въ которыхъ тѣмъ не менѣе гонококковъ ни разу не обнаружено. Такіе случаи перелоа отличаются отъ настоящаго перелоа очень короткимъ періодомъ инкубаци и почти безболѣзненнымъ теченіемъ. Навѣрное отличить такой перелой отъ гонококковаго можно только бактериологически.

Legrain (XIII) выдѣлялъ изъ отдѣляемаго мочеиспускательнаго канала 16 разныхъ видовъ микробовъ и между ними 12 микробовъ. Онъ находитъ, что гонококки вызываютъ острый перелой, находятся и въ отдѣленіи хроническаго перелоа, хотя и въ небольшомъ количествѣ¹⁾. Осложненія по всей вѣроятности вызываются другими микробами, равно какъ и нѣкоторыя не специфическія воспаления мочеиспускательнаго канала.

Henri Pouché (XIV) выдѣлялъ изъ гнойнаго отдѣленія при остромъ перелѣ въ чистыхъ разводкахъ два вида кокковъ. При хроническомъ перелѣ онъ всегда выдѣлялъ много разныхъ микробовъ, кокковъ, палочекъ, дрожжевыхъ клѣтокъ и друг. Изъ 6 попытокъ прививать чистая разводки своихъ кокковъ, онъ получилъ только одинъ разъ положительный результатъ съ вышеупомянутыми мелкими коками, привитыми въ мочеиспускательный каналъ здороваго человѣка, — черезъ 3 дня получилось жженіе въ области ладьевидной ямки, а на 5-ый день сильное гнойное отдѣленіе при воспалительныхъ явленіяхъ. Разводки изъ этого отдѣленія опять дали тѣхъ же кокковъ. Кокки находились и въ гнойныхъ и въ эпителиальныхъ клѣткахъ, а равно и между ними. Разводки получены на *бульонъ*. Выставленіе разводокъ на 1° въ 5° въ теченіи двухъ дней и

¹⁾ Первый изъ выдѣляемыхъ Legrain'омъ микробовъ гонококкъ, который въ самомъ дѣлѣ есть явной то другой микробъ, а не гонококкъ.

на 1° 44° на нѣсколько часовъ—не уничтожало жизнеспособности микробовъ. Микробки были величиною въ 0,5 μ ., располагались по два, по четыре (Tetraden), въ видѣ зооглей и въ видѣ цѣпочекъ (до 30 члениковъ). Второй выдѣленный видъ былъ подобенъ сардинамъ; это были кубической формы кокки, располагающіеся по 4 и не болѣзнетворные.

Я (XXXIV и XXXV), работая надъ перелойнымъ отдѣленіемъ, тоже выдѣлялъ трехъ микробовъ въ чистой разводкѣ, оказавшихся тождественными съ описанными Bunn'омъ, citrongelber, gelbweisser и grauweisser Diplococcus, а въ въ одномъ случаѣ воспаления мочеваго пузыря у больного, страдавшаго почечными камнями, выдѣля въ мочѣ и отдѣленія уретры массу кокковъ въ чистой разводкѣ, очень похожихъ на гонококковъ и характерно располагавшихся въ гнойныхъ клѣткахъ. По всей вѣроятности эти кокки были настоящіе гонококки, хотя возможно, что это были и gelbweisser diplococcus Bunn'a (я не прибрѣгалъ къ способу Gram'a).

Petit et Wassermann (XXXIX) изслѣдовали 4-хъ здоровыхъ мужчинъ и выдѣляли изъ ихъ мочеиспускательнаго канала 5 видовъ микробовъ и 6 видовъ палочекъ. При этомъ случилось, что особенно многочисленны микробы въ ладьевидной ямкѣ. Изъ выдѣленныхъ кокковъ одинъ № (5) подобно гонококкамъ, обезцвѣчивается при окрашиваніи по способу Gram'a.

Соловьевъ (XXXVII), изслѣдовавшій цервикальный каналъ у 45 женщинъ, больныхъ эндометритомъ, 3 раза выдѣлялъ гноеродныхъ цѣпочечныхъ кокковъ, 6 разъ гноеродныхъ гроздекоковъ и 5 разъ наметъ гонококковъ (микроскопически). Кромѣ того онъ выдѣлялъ въ разводкахъ 15 разныхъ неболѣзнетворныхъ кокковъ и палочекъ, которыхъ онъ впрочемъ точно не описываетъ.

Брандтъ (XLVIII) изслѣдовалъ 25 женщинъ больныхъ эндометритомъ и выдѣлялъ изъ соскоба, взятаго изъ канала шейки матки, 7 разъ гноеродныхъ гроздекоковъ, 2 раза гноероднаго цѣпочечнаго кока, 3 раза желтую сардину, 1 разъ бѣлую, 3 раза bacillus subtilis, 3 раза тоненькія палочки, 4 раза овальныхъ кокковъ, 7 разъ крупныхъ кокковъ, 9 разъ кокковъ средней величины, 7 разъ очень мелкихъ кокковъ, и 1 разъ диплококковъ. Кромѣ того, 3 раза найдены (микроско-

пически) гонококки. Полученные гноеродные микробы оказались бо́льшазветворными.

Строганов (LVII) исследовал бактериологически (разводки) и микроскопически своды влагалища и канал шейки матки у 43 поворожденных дѣвчонок, 13 взрослых женщин и беременных, 10 старухъ, 11 беременныхъ женщинъ и 9 имѣвшихъ выкидышъ. Точно найденныхъ имъ микробовъ онъ не опредѣляетъ, но въ большинствѣ случаевъ онъ находилъ, какъ выдающийся микробъ влагалища, «влагалищную бациллу» *Döderlein'a*. Въ патолого-анатомическихъ случаяхъ напротивъ преобладали кокковые формы (гноеродные кокки).

Всего всѣми означенными авторами выдѣлено 35 видовъ коковокъ, число которыхъ при бо́лѣе точномъ описаніи вѣроятно значительно бы еще сократилось. Однако серьезное затрудненіе при распознаваніи подъ микроскопомъ, если только руководствоваться помянутыми характерными признаками гонококковъ—свойствомъ располагаться кучками въ гнойныхъ клѣткахъ и неспособностью удерживать краску при окрашиваніи по способу *Gram'a*,—могутъ представить очень немногие, а именно цѣпочечный мелкій кокъ *Pouey* и мелкие кокки *Bockhart'a*, которые въ ихъ случаяхъ вызвали гнойное отдѣленіе въ мочепускательномъ каналѣ людей, да еще № 5 *Petit* и *Wassersmann'a*, подобно гонококкамъ обезвѣчивающіяся при окрашиваніи по способу *Pouey'a* и *Bockhart'a*, подобно гонококкамъ, располагаются кучками въ гнойныхъ клѣткахъ, и при прививкахъ чистыхъ разводовъ вызвали перелой уретры, не отличающіяся клинически отъ обыкновеннаго ничѣмъ, кромѣ доброкачественности. Всѣ остальные кокки встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ и притомъ между клѣтками или на эпителиальныхъ клѣткахъ (плоскій эпителий). Попадаютъ конечно иногда подобные кокки въ небольшомъ количествѣ и въ гнойныхъ клѣткахъ, но повидимому это бываетъ рѣдко и не постоянно. По крайній мѣрѣ въ литературѣ до сихъ поръ нѣтъ указанія, кромѣ помянутыхъ указаній *Pouey* и *Bockhart'a*, чтобы они встрѣчались въ отдѣленіи въ сколько нибудь значительномъ количествѣ.

Всѣ авторы, занимающіеся этимъ предметомъ, одинаково утверждаютъ, что въ остромъ періодѣ перелоа въ отдѣленіи

мочепускательнаго канала встрѣчаются почти одни гонококки и притомъ въ громадныхъ количествахъ. Только, когда перелой переходитъ въ бо́лѣе хроническое состояніе, начинаютъ появляться другіе микробы, которые затѣмъ при выздоровленіи наблюдаются только одинъ, а гонококки въ это время исчезаютъ. Что посторонние микробы однако исчезаютъ не совсѣмъ, что они существуютъ даже во время самаго остраго періода перелоа, доказывается тѣмъ, какъ трудно получить чистыя разводки, прививая гной на искусственные среды даже по указаніямъ получившихъ эти разводки. Такъ *Wimm*, прививая на сыровотку человѣчьей крови гной бленоррей новорожденныхъ, получилъ на двухъ (изъ пяти) пластинкахъ палочки и только на одной гонококковъ, на двухъ же пластинкахъ ничего не выросло («*Gonosoccc-Neisser*» стр. 146 и 147), не говоря уже о томъ, что при попыткахъ разведенія гонококковъ на другихъ средахъ, онъ почти постоянно получалъ постороннихъ микробовъ, и рѣдко оставались эти среды стерильными.

III.

Попытки разводить гонококковъ послѣ *Wimm'a*, какъ я уже упоминалъ, не только не прекращались, но еще усилились. Изъ известныхъ мнѣ и по бо́льшей части увѣчивавшихся успѣхомъ попытокъ я назову слѣдующія: *Schurtmann-Steckhowen* пробовалъ разводить гонококковъ на бараньей и кроличьей сыровоткѣ, на гидрофильной жидкости по *Wimm'u* и нѣкоторыхъ другихъ средахъ, но попытки его не имѣли успѣха. Онъ выдѣлилъ только 3-хъ другихъ коковокъ и между ними одного гноероднаго.

Д-ръ *Legrain* (XV) получилъ разводки гонококковъ на желатинѣ и агаръ-агарѣ. По его словамъ это довольно легко: надо только предохранить засѣянную трубочку отъ высыхания, надѣвъ на нее гуттаперчевый колпачекъ и прибавивъ небольшое количество глицерина для замедленія испаренія съ поверхности. Для разводки надо воспользоваться отдѣляемымъ начала болѣзни (тѣмъ раньше, тѣмъ лучше). Попытки получить разводки удалась автору въ 1 изъ 3—4 случаевъ.

Eraud (XXXVIII), тоже пробовавший получить чистый разводки гонококков, смѣшивает гонококковъ съ другими микробами, вызывающими воспаление яичка, и находитъ, что это одинъ и тотъ же микробъ, нормально живущій въ мочеиспускательномъ каналѣ и при неизвѣстныхъ еще условіяхъ вызывающій перелой. Микроба этого легко вырастить (parfaitement cultivable).

Е. Wertheim (XL, XLI и XLII) въ 1891 году напелъ способъ выращивать гонококковъ гораздо лучше, чѣмъ Bumm. Для этого онъ видоизменилъ искусственную среду, на которой получалъ гонококковъ Bumm, прибавивъ къ еще не свернутой сывороткѣ равное количество (обыкновенно нѣсколько больше) мясопептонового агара. На такой средѣ по автору, вырастить гонококковъ очень легко. На пластинкахъ уже черезъ 3 дня можно навѣрное получить разводки гонококковъ. Гонококки вырастаютъ быстро, обильно и сохраняютъ свою ядовитость. Это открытіе Wertheim'a сначала было вызвало оппозицію Neisser'a и Bumm'a, не хотѣвшихъ признавать кокковъ Wertheim'a за гонококковъ.

На собраніи der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie въ Bonn'ѣ 21—23 мая 1891 года, Bumm самымъ рѣшительнымъ образомъ высказался противъ результатовъ Wertheim'a (XLVI). Онъ объяснялъ ихъ нечестотою разводокъ. Далѣе, на основаніи прежнихъ своихъ изслѣдованій, онъ доказывалъ, что влагалище не удобно для обитанія гонококковъ, и въ большинствѣ случаевъ внутренней маточной зѣвы служатъ преградой для ихъ дальнѣйшаго распространянія. Только въ 3% случаевъ перелоя могъ онъ убѣдиться въ существованіи заболѣваній придатковъ матки.

Но скоро появились подтвержденія наблюденій автора, и сами Neisser и Bumm взяли обратно свои сочиненія.

Уже въ концѣ того же 1891 года (XLVII) Bumm заявляетъ, что его сомнѣнія въ томъ, что разводки Wertheim'a дѣйствительно разводки гонококковъ, несомнѣтельны. Онъ находитъ, что изслѣдованія этого автора блистатель подтвердили существованіе организованнаго перелойнаго яда въ образѣ гонококковъ. Побуждаемый изслѣдованіями Wertheim'a, онъ даже пробовалъ по его примѣру вызвать введеніемъ гоно-

кокковъ въ брюшину искусственное воспаление ея. Только онъ вводилъ въ полость живота морскимъ свинкамъ не разводки гонококковъ, а просто свѣжій перелойный гной. Однако на вскрытіи черезъ 3—5 дней послѣ прививки, хотя гной оказался исчезнувшимъ, брюшина найдена вполнѣ нормальною и никакихъ слѣдовъ микробовъ на ея поверхности не оказалось. Это впрочемъ не противорѣчитъ опытамъ Wertheim'a, такъ какъ у него на 4-й день всѣ болѣзненные измѣненія, вызванныя впрыскиваніемъ разводокъ гонококковъ въ полость брюшины, тоже уже успѣвали уничтожиться.

Изъ подтверждающихъ работъ приведу слѣдующія: Gebhard (XLIX) повторилъ разводки Wertheim'a на смѣси сыворотки съ агаромъ, прививкою смыхъ разводокъ въ 1-мъ случаѣ вызвалъ тащичную бленоррею съ гонококками и въ 7 случаяхъ гоноррею у женщинъ и въ 1 офтальмобленоррею посредствомъ разводокъ доказалъ, что причина этихъ болѣзней гонококки.

А. Rizzo (L) повторилъ опыты Wertheim'a и Gebhard'a, получалъ прививкою полученныхъ чистыхъ разводокъ бленорройное воспаление въ передней камерѣ глаза морской свинки (cobaye).

Max. Wolf тоже получилъ чистыя разводки по способу Wertheim'a, которая и показалъ въ Berliner medicinsche Gesellschaft 15-го июня 1894 года. Послѣ Wertheim'a пробовалъ отыскать новую искусственную среду для разведенія гонококковъ Finger. Въ 1894 году онъ сдѣлалъ сообщеніе о произвожившихся подъ его руководствомъ изслѣдованіяхъ Ghon'a и Schlagenhauser'a (LXVI), получившихъ чистыя разводки гонококковъ на мочеовомъ агарѣ, т. е. на обыкновенномъ мясопептонагарѣ съ примѣсью мочи, причемъ реакція этой искусственной среды была кислая. Впрочемъ авторы и сами сознаются, что ростъ гонококковъ на этой средѣ хуже, чѣмъ на средѣ, приготовленной по Wertheim'у, что еще болѣе выяснилось вслѣдствіе возгорѣвшейся по этому поводу полемики между Finger'омъ и Wertheim'омъ и опытомъ разведенія гонококковъ на мочеовомъ агарѣ, предпринятыхъ этимъ послѣднимъ.

Такимъ образомъ послѣ Bumm'a были попытки разводить гонококковъ на свернутой кровяной сывороткѣ барана и кролика и гидропельной жидкости (Schnurmann—Steckowen) и

попытки эти не удались; затѣмъ на желатинѣ, бульонѣ и агаръ-агарѣ (Legrain, Eraud), на кровяной сывороткѣ съ примѣсью мясопептонъ-агара (по Wertheim'y) и на мочевоомъ агарѣ (Ghon и Schlagenhauser), давши положительный результатъ. Чистота разводокъ Legrain'a и Eraud'a однако крайне сомнительна. Дѣло въ томъ, что ни Bumm'y, ни Neisser'y, ни Wertheim'y, да и вообще никому, кромѣ этихъ авторовъ, не удавалось развести гонококковъ на этихъ средахъ, и со времени Bumm'a неспособность расти на этихъ средахъ считается характернымъ признакомъ гонококковъ.

Всякому, работавшему въ этой области и знающему, какъ легко смѣшать гонококковъ съ другими кокками, обитающими въ перелойномъ отдѣленіи, и каковы сплошнымъ ковромъ вырастаютъ иногда кокки чрезвычайно похожіе на гонококковъ на агарѣ и бульонѣ, хотя посѣвъ былъ сдѣланъ гноемъ, содержащимъ повидому однихъ гонококковъ, прежде всего придетъ въ голову, что Legrain и Eraud были жертвою такой ошибки. Я думаю, что такое мнѣніе будетъ совершенно справедливо, тѣмъ болѣе, что послѣдующія наблюденія не подтвердили изслѣдованій этихъ авторовъ. Положительный же результатъ, полученный въ нѣкоторыхъ изъ прививокъ Legrain'a въ въ мочеиспускательный каналъ здороваго человѣка, можно объяснить двояко: или тѣмъ, что въ его разводахъ оставались частицы гноя, если разводки не были проведены черезъ нѣсколько послѣдовательныхъ генераций, или же прививкою другихъ какихъ-либо, еще пока недостаточно известныхъ, микробовъ. Возможность послѣдняго подтверждается микроскопическими наблюденіями Bockhart'a и бактериологическими изслѣдованіями Rouey'a, изъ которыхъ, какъ я уже упоминалъ, первый наблюдалъ 4 случая острого доброкачественнаго перелоя, обусловленнаго не гонококками, а другими какими то мелкими гродекокками, а второй выдѣлялъ мелкихъ цѣпочечныхъ коковъ изъ перелойнаго отдѣленія на бульонѣ и прививкою ихъ вызвалъ острый перелой у привитаго.

Открытие Wertheim'a, что гонококки прекрасно растутъ на кровяной сывороткѣ человѣка въ смѣси съ мясопептонъ-агаромъ, быстро облетѣло весь ученый мѣръ и попытки получить разводки по этому способу было повидому очень много. Самъ

авторъ вначалѣ сильно увлекся своимъ способомъ и находилъ, что по его способу можно навѣрняка и очень легко получать разводки на третій день послѣ посѣва. Многочисленные послѣдователи его увлеклись его способомъ еще болѣе. Одно время даже думали, что разводками по Wertheim'y можно будетъ замѣнить микроскопическій способъ распознаванія гонококковъ, такъ какъ Wertheim заявилъ, что при его способѣ не требуется засѣвать сразу большихъ количествъ содержащаго гонококковъ гноя, что изъ всякаго отдѣльнаго гонококка должна получиться цѣлая колонія («Zur Lehre von der Gonorrhoe»).

Однако съ теченіемъ времени и тутъ получилась реакція. Хотя многіе наблюдатели продолжали сообщать о прекрасныхъ результатахъ разводокъ по Wertheim'y, появились и такіе наблюдатели, которые заявляли, что даже и послѣ долговременныхъ попытокъ не могли получить такихъ разводокъ. Такъ Neisser въ засѣданіи второго международнаго конгресса въ Вѣнѣ 8 сентября 1892 года сказалъ, что, не смотря на цѣлый годъ длившейся попытки съ его стороны, ему не удалось получить чистыхъ разводокъ по способу Wertheim'a ¹⁾. Хотя и до сихъ поръ серьезнаго опроверженія выводовъ Wertheim'a не было, но тѣмъ не менѣе очевидно, что его способъ совсѣмъ не такъ легокъ и далеко не такъ часто сопровождается въ рукахъ другихъ изслѣдователей такимъ блестятельнымъ успѣхомъ, какъ въ рукахъ Wertheim'a.

Разбирая причины такого охлажденія къ способу Wertheim'a, прежде всего приходится остановиться на свойствахъ самой среды. Среда Wertheim'a имѣетъ то общее съ агаръ-агаромъ свойство, что большинство вырастающихъ на ней микробовъ какъ разъ на этой средѣ имѣетъ не характерный видъ. Микробовъ, размножающихся въ видѣ сѣрвагобѣлыхъ колоній или полосъ вдоль черты, какъ разъ такихъ же свойствъ, какъ и гонококковыя разводки или по крайней мѣрѣ очень похожихъ, очень много. Да не мало и палочекъ, имѣющихъ подобный же видъ первое время. Кромѣ того, гонококки быстро растутъ только первые 4—7 дней, а потомъ ихъ ростъ по меньшей мѣрѣ останавливается, если они не погубяютъ совсѣмъ. Между

¹⁾ Berliner Klinische Wochenschrift. 1892. № 44.

тѣмъ, какъ уже доказано многими изслѣдователями, есть много похожихъ на нихъ коковокъ, рстущихъ гораздо медленнѣе, но зато долѣе сохраняющихся и могущихъ рости даже при комнатной температурѣ. Сама среда далеко не такъ удобна для выростаіа гонококковъ, какъ это доказываетъ Wertheim, и повидному далеко не всегда гонококки выростаютъ на ней. Проверка того, что выросли гонококки, а не другіе микробы, требуетъ всякій разъ прививки здоровому человѣку—это условіе тоже далеко не всегда выполнимо. Самое приготовленіе среды и собраніе требующейся для нея человѣческой крови сопряжено съ большими неудобствами.

Всѣ эти обстоятельства привели къ тому, что открытіе Wertheim'a, хотя и значительно подвинуло дѣло въ отношеніи выясненія значенія гонококки и познакомило насъ съ ихъ свойствами, но далеко не оправдало блестящихъ надеждъ, возлагавшихся на него авторомъ ¹⁾.

Притомъ и подтверждающее открытіе Wertheim'a работы далеко не одинаковаго достоинства и значенія.

Gebhard, такъ скоро подтвердившій изслѣдованія Wertheim'a, повидному дѣйствительно имѣлъ дѣло съ гонококками, по крайней мѣрѣ въ томъ случаѣ, гдѣ онъ вызвалъ прививкой своей разводки перелой у здороваго. Что же касается до тѣхъ 7 случаевъ, гдѣ онъ употребилъ разводки, какъ средство для распознаванія—имѣлся ли въ данномъ случаѣ бленоррея или нѣтъ?—то къ сожалѣнію не упомянуто: были ли сдѣланы контрольныя прививки здоровымъ людямъ изъ этихъ разводовъ, и получила ли у нихъ бленоррея?

Иначе дѣло стоитъ относительно другаго послѣдователя Wertheim'a Risso. Получилъ онъ дѣйствительно разводки гонококковъ или нѣтъ,—въ сущности остается подъ большимъ сомнѣніемъ, такъ какъ контрольныхъ опытовъ и прививокъ своихъ

¹⁾ Вотъ собственнымъ словомъ Wertheim'a по этому поводу: „Die Ermittlung dieses so einfach herzustellenden Nährbodens bedeutet einen grossen Vortheil, weil dadurch jede Schwierigkeit den Gonococcus auch in grossen Mengen rasch und sicher reinzuchten beseitigt ist. Das ganze Verfahren der Reinzüchtung reducirt sich auf die Zeit von nur 36 Stunden; denn schon nach 24 stündigem Plattwachsthum kann man auf das mit Agar versetzte Blutserum abimpfen, nach weiteren 12 Stunden hat man schon entwickelte Reinculturen“. Wertheim.

разводокъ здоровому человѣку онъ не производилъ, а прививка, сдѣланная имъ въ глазъ морской свинки, и вызвавшая нагноеніе, ничего не доказываетъ, такъ какъ извѣстно, что бленоррея человѣка не могла вызвать бленорреи еще ни у одного животнаго. Только у Wertheim'a прививки чистыхъ разводовъ гонококковъ въ брошюру животныхъ (кролики) вызвали тамъ весьма легкой нагноительный процессъ, что между прочимъ тоже еще не подтверждено другими наблюдателями (Wism). Кромѣ того самыя колоніи у автора повидному имѣли разный видъ и коки въ нихъ имѣли различную величину, такъ что навѣрное рѣшить нельзя даже и того,—имѣлъ онъ дѣло съ однимъ или нѣсколькими видами микробовъ?

Сообщеніе M. Wolf'a слишкомъ общаго характера, и неизвѣстно—были ли прививки здоровымъ людямъ. Поэтому и это сообщеніе на самомъ дѣлѣ ничего не даетъ для вызнкія способа Wertheim'a.

Такіе неудовлетворительные результаты попытки разводить гонококковъ и неудобства, сопряженные съ приготовленіемъ среды Wertheim'a, конечно вызвали новыя попытки открытій подходящія условія для ихъ разведенія. Наиболее удачной попыткой въ этомъ отношеніи можно назвать пока попытку Ghon и Schlagenhauser'a. Но напечатанное по этому поводу сообщеніе Finger'a въ Wiener Klin. Woch. за 1894 годъ къ сожалѣнію страдаетъ слишкомъ большою краткостью и аподиктичностью. Почтенный авторъ дѣлаетъ столько выводовъ изъ этой работы, находить столько выгодъ въ способѣ Ghon'a и Schlag, что нельзя не думать, что эти изслѣдованія были очень обширны, но къ сожалѣнію въ сообщеніи не указано, сколько именно было сдѣлано прививокъ? и кому? и вообще какъ велась всѣ опыты?—такъ что полученные результаты не могутъ быть оценены по достоинству ¹⁾. Относительно этой работы вскорости

¹⁾ Въ Августовской книжкѣ 1894 г. «Archiv. f. Dermatol. u. Syphil.» повиднѣе было послѣдствіемъ болѣе подробное сообщеніе, изъ котораго видно, что изслѣдователи прививали свои разводы 14 трудобольнымъ, не имѣвшимъ до того перелоя, не задано до ихъ смерти, причемъ положительный результатъ получился только въ 3-хъ случаяхъ. Интересно, почему не было успѣха въ остальныхъ 11 случаяхъ. Невольно андоориваемъ чистоту разводовъ. Такое подозрѣніе подтверждается и тѣмъ, что тутъ же сообщается, что навзничную рсть получался при поставкѣ черной въ чашечкахъ Petri, причемъ надо было брать болѣе прививаго материала. При такомъ способѣ нельзя ручаться за

впрочемъ были сдѣланы важныя замѣчанія Wertheim'омъ, а именно онъ доказывалъ, что выводы Finger'a относительно крайней чувствительности гонококковъ къ сухости, высокой t° и т. д. сильно преувеличены и могутъ быть отнесены только къ тѣмъ слабымъ разводамъ, которыя получаются на мочевоомъ агарѣ, что этотъ способъ разведения далеко уступаетъ его собственному и гонококки растутъ при немъ хуже и посѣвъ чаще остается безплоднымъ, и что вообще этотъ способъ не можетъ идти въ сравненіи съ его собственнымъ, а тѣмъ болѣе замѣнить его. Всѣ эти возраженія остались пока непровернутыми, да и врядъ ли будутъ когда либо опровергнуты.

Изъ вышесказаннаго мнѣ кажется позволительно сдѣлать выводъ, что пока мы не имѣемъ способа *быстро и вѣрно* получать чистыя разводки гонококковъ даже изъ отдѣленій при остромъ перелое, а тѣмъ болѣе при хроническомъ. Причина этого отчасти та, что мы еще не имѣемъ подходящей искусственной среды для этого, а отчасти, что въ гноѣ даже при остромъ перелое заключаются очень много примѣсныхъ сортовъ микробовъ, всегда могущихъ испортить всѣ наши повидному самыя вѣрные расчеты.

IV.

Теперь я перейду къ третьему и самому многочисленному ряду работъ—работамъ, имѣющимъ цѣлью выяснить, какъ часто и при какихъ страданіяхъ мочеполовыхъ органовъ встрѣчаются гонококки? Здѣсь на первый планъ по своей важности и практическому значенію должны быть поставлены работы тѣхъ авторовъ, которые изслѣдовали наиболее доступныя части мочеполовыхъ органовъ и при томъ по возможности въ большемъ количествѣ случаевъ. Остальныя работы, имѣя иногда высокое значеніе для уясненія этиологии осложненій при перелое, вообще частностей, или представляя большой интересъ казуистическій въ практическомъ отношеніи, напр. при рѣшеніи столь важ-

чистоту разводовъ. Наконецъ, авторы и сами соглашались, что на ихъ средѣ гонококки растутъ хуже, чѣмъ на средѣ Wertheim'a.

ныхъ для больного и врача вопросовъ—заразительны-ли выдѣленія половыхъ органовъ больного гезр. содержать-ли они гонококковъ? и каково должно быть лѣченіе?—далеко менѣе важны. И такъ я прежде всего помѣшу авторовъ, работы которыхъ имѣютъ болѣе общій характеръ и притомъ по возможности въ хронологическомъ порядкѣ.

Вскорѣ послѣ появленія монографіи Bumm'a въ 1887 году появилась работа Steinschneider'a (IV), изслѣдовавшаго 57 протистотокъ, изъ которыхъ 20 было здоровыхъ. Вотъ краткіе выводы, къ которымъ онъ пришелъ. 1) У изслѣдованныхъ имъ больныхъ перелоемъ всегда имѣлся перелой мочепускательного канала, и отдѣленіе этого канала, хотя бы и не гноее, всегда содержало гонококковъ. 2) Долго еще послѣ исчезновенія гонококковъ изъ отдѣленія мочепускательного канала ихъ можно находить въ каналѣ шейки и даже въ полости матки, хотя бы эти части и не были воспалены. Каналъ шейки матки представляетъ главное мѣстопребываніе гонококковъ при хроническомъ перелое у женщинъ. 3) Гонококки на слизистой оболочкѣ влагалища и его входа у взрослыхъ обыкновенно не живутъ, быть можетъ, вслѣдствіе толщины эпителиальнаго покрова этихъ частей или кислоты реакціи ихъ выдѣлений или наконецъ громаднаго количества другихъ микробовъ, населяющихъ эти части и вытѣсняющихъ гонококковъ. Если же они и попадаютъ иногда во влагалищѣ, то попадаютъ туда вѣроятно съ другихъ сосѣднихъ слизистыхъ оболочекъ.

Затѣмъ Nagand (XVI) нашелъ, что у взрослыхъ женщинъ наиболее часто встрѣчаются гонококки въ мочепускательномъ каналѣ, рѣже во влагалищѣ, бартолиновыхъ железахъ, маткѣ и заднемъ проходѣ. Въ фолликулахъ мочепускательнаго канала они наблюдаются рѣдко. У маленькихъ дѣвочекъ перелой обыкновенно развивается во влагалищѣ, затѣмъ уже рѣже въ мочепускательномъ каналѣ, входѣ во влагалище и заднемъ проходѣ. (Въ фолликулахъ мочепускательнаго канала они наблюдаются рѣдко).

Wendt (V) находилъ гонококковъ во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ перелоя. Но вмѣстѣ съ тѣмъ онъ нашелъ подобныхъ же микробовъ въ отдѣленіи при баланитѣ, оторрѣ, конъюнктивитѣ и т. п. Даже характерный признакъ гонококковъ по

Vism'у—расположение ихъ въ гнойныхъ кѣткахъ кучками— онъ не считаетъ характернымъ, такъ какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда перелой кончается, этого болѣе не наблюдается. Единственнымъ надежнымъ отличительнымъ признакомъ гонококковъ онъ считаетъ ихъ неспособность прочно удерживать анилиновые краски.

Fabry (XVII), изслѣдуя микроскопически выдѣленіе половыхъ органовъ у женщинъ, нашелъ, что въ двухъ третяхъ случаевъ гонококки гнѣдились въ мочеиспускательномъ каналѣ и въ одной трети въ каналѣ шейки матки. Изъ 12 случаевъ, въ которыхъ онъ изслѣдовалъ отдѣленіе бартолиновыхъ железъ, гонококки найдены только въ двухъ случаяхъ. Изъ 3-хъ случаевъ перелойнаго воспаления влагалища у дѣтей гонококки найдены въ двухъ.

Conrad (IX) изъ 60 случаевъ острого и хроническаго перелоя нашелъ гонококковъ только въ 5 случаяхъ острого и 2-хъ хроническаго въ характерныхъ кучкахъ. Выводы его: 1) у мужчинъ легче можно открыть гонококковъ, чѣмъ у женщинъ. 2) Въ свѣжихъ случаяхъ перелоя у женщинъ гонококки открываются почти всегда, въ хроническихъ рѣдко. 3) Возможно, что бываютъ у женщинъ такіе случаи перелоя, въ которыхъ нельзя доказать присутствіе гонококковъ.

Е. Welande (XXVII) изслѣдовалъ на присутствіе гонококковъ 78 проститутокъ. Во всѣхъ 78 случаяхъ были изслѣдованы отдѣленіе влагалища и мочеиспускательнаго канала, въ 74 случаяхъ изслѣдовалось и отдѣленіе канала маточной шейки, а въ 60 также и отдѣленіе бартолиновыхъ железъ. Окраска препаратовъ производилась сначала фуксиномъ, а затѣмъ по Gram'у. Кромѣ отношенія къ окраскѣ по Gram'у авторъ при распознаваніи гонококковъ руководился и расположеніемъ ихъ кучками. Вообще Welande считаетъ необходимымъ руководиться признаками гонококковъ, установленными Vism'омъ, отвергаетъ присутствіе гонококковъ во внутреннихъ органахъ и находитъ ихъ мѣстопробываніе тамъ же, гдѣ и Vism. Найдены гонококки были въ 46 случаяхъ. Изъ этихъ 46 случаевъ въ 41 (89%) они были найдены въ отдѣленіи мочеиспускательнаго канала, причѣмъ у 25 больныхъ отдѣляемое послѣдняго было гнойное, у 11 сливисто-гнойное мутное и у 5 довольно чистое

слизистое; въ послѣднихъ 5 случаяхъ и еще въ 4-хъ изъ прочихъ гонококки были найдены исключительно въ мочеиспускательномъ каналѣ. При прежнихъ своихъ изслѣдованіяхъ у 79 проститутокъ авторъ находилъ гонококковъ въ мочеиспускательномъ каналѣ всегда. Въ отдѣленіи бартолиновыхъ железъ онъ нашелъ гонококковъ 22 раза. При этомъ железу прощупывались обыкновенно въ видѣ гнойной опухоли отъ чечевички до лѣснаго орѣха величиною и при надавливаніи изъ нихъ вытекало отдѣленіе. Въ 3-хъ изъ этихъ случаевъ гонококки найдены только въ бартолиновыхъ железахъ, а въ остальныхъ частяхъ полового канала ихъ не было. 9 разъ гонококки были найдены въ отдѣленіи влагалища, причѣмъ они въ тоже время найдены и въ отдѣленіи начала шейки матки, и 7 разъ онъ нашелъ ихъ во влагалищѣ, причѣмъ въ отдѣленіи матки ихъ не было. На основаніи своихъ наблюдений онъ наперекоръ Vism'у утверждаетъ, что есть и острый и хроническій перелой влагалища, признакомъ котораго онъ считаетъ отсутствіе въ отдѣляемомъ влагалища другихъ микробовъ кромѣ гонококковъ или присутствіе ихъ въ ничтожномъ количествѣ. Такой перелой влагалища онъ наблюдалъ 6 разъ при здоровой шейкѣ матки. Въ шейкѣ матки Wel. нашелъ гонококковъ 20 разъ, въ 4 изъ нихъ отдѣленіе было гнойное, а въ 6 совсѣмъ прозрачное. Моча изслѣдувана у 11 больныхъ. У всѣхъ она имѣла кислую реакцію и была вполне прозрачна. У 4-хъ изъ этихъ больныхъ гонококковъ въ мочѣ было немного, у 2-хъ много, а у 5 громадное количество. Съ острымъ воспаленіемъ бартолиновыхъ железъ изслѣдувано 6 женщинъ. Изъ нихъ у 4-хъ содержимое гнойниковъ изслѣдувано тотчасъ по вскрытіи ихъ и гонококковъ не оказалось, изъ 2-хъ остальныхъ у одной только найдено немного гонококковъ, — очевидно попавшихъ уже во вскрывшійся гнойникъ. При остромъ воспаленіи бартолиновыхъ железъ гонококки видимо встрѣчаются не часто и причѣмъ по всей вѣроятности попадаютъ въ железу случайнымъ путемъ, напр. изъ мочеиспускательнаго канала или влагалища послѣ вскрытія варыва. При этомъ воспаленіи онъ находилъ кокковъ очень похожихъ на гроддекоковъ (staph. pyogenes aureus et albus), по повидимому содержащихъ какое то жирное вещество, такъ какъ они не разбѣшиваются въ водѣ, будучи внесены

туда на платиновой петлѣ. Въ 6 случаяхъ Welandер пробоваѣ въводить въ здоровыя бартолиновыя железы черезъ протокъ ихъ отдѣленіе остраго перелою, но зараженія и воспаления железъ не получили, хотя введенный въ здоровый мочеиспускательный каналъ тотъ же гной вызвалъ характерный перелой. Изъ этого онъ заключаетъ, что бартолиновыя железы не представляютъ удобной почвы для гонококковъ. Беременность и роды не вызываютъ исчезновенія гонококковъ, присутствіе же послѣднихъ въ свою очередь повидимому нисколько не мѣшаетъ беременности и родамъ. При суставномъ ревматизмѣ и воспаленіи брюшины, а равно и въ крови онъ гонококковъ не находилъ, а въ гноѣ перипуретрального нарыва нашелъ только 1 разъ. Всѣ эти осложненія онъ объясняетъ смѣшанною инфекціею. Въ тѣхъ 4-хъ случаяхъ, когда онъ могъ изслѣдовать только отдѣленіе влагалища и мочеиспускательнаго канала, имѣлось острое воспаленіе влагалища, не позволявшее введенія зеркала.

Egaud (XXVIII) въ отношеніи нахождения гонококковъ раздѣляетъ перелой женщинъ на три вида. При 1-мъ видѣ перелою отдѣленіе состоитъ изъ однихъ только гнойныхъ клѣтокъ и другихъ паразитовъ кромѣ гонококковъ не замѣчается. При 2-мъ видѣ перелою, въ который обыкновенно переходитъ въ скоромъ времени острый перелой, въ отдѣленіи замѣчается много гнойныхъ тѣлецъ въ періодѣ распада, есть эпителиальныя клѣтки, гонококки, а также обыкновенные паразиты («des parasites vulgaires»). При 3-мъ видѣ перелою въ отдѣленіи преимущественно наблюдаются соединительно-тканная волокна («fibres conjunctives»), эпителиальныя клѣтки и т. д. къ нимъ примѣшано нѣсколько гнойныхъ тѣлецъ и гонококковъ. Гонококковъ при этой формѣ немного и обыкновенно они наблюдаются въ связи съ гнойными, рѣдко съ эпителиальными клѣтками. Изъ этихъ трехъ видовъ первый соответствуетъ гонококковому перелою у мужчинъ.

При воспаленіяхъ влагалища гонококки обыкновенно маточнаго происхожденія. Въ маткѣ гонококки почти всегда населяютъ каналъ шейки ея, рѣже полость тѣла.

Pescione (XXIX) изслѣдовалъ 80 проститутокъ. Изъ нихъ перелойныя заболѣванія имѣлись у 50, остальные 30 страдали перелоемъ прежде, но во время изслѣдованія были повидимому

здоровы. Въ бленоррейномъ отдѣленіи онъ постоянно находилъ гонококковъ кромѣ 9 случаевъ. Рѣдко гонококки наблюдались одни, обыкновенно же въ смѣси съ другими микробами, которые не располагались кучами и не находились въ клѣткахъ. При началѣ перелою гонококки находились во множествѣ, но были не только почковидной формы, а также и овальной, и круглой, иногда располагались по одиночкѣ, иногда въ видѣ диплококковъ. Къ концу болѣзни гонококковъ становилось меньше и рѣже они наблюдались въ эпителиальныхъ клѣткахъ (авторъ думаетъ, что для гонококковъ характерно расположеніе не только въ гнойныхъ, но и въ эпителиальныхъ клѣткахъ). Въ остромъ періодѣ гонококковъ содержали главнымъ образомъ тѣ клѣтки, которыя онъ соскабливалъ съ поверхности слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, рѣже встрѣчалъ онъ ихъ въ клѣткахъ изъ влагалища, еще рѣже въ клѣткахъ изъ шейки матки. При остромъ перелою мочеиспускательнаго канала и влагалища гонококковъ больше содержатъ тѣ клѣтки и тотъ гной, которые соскоблены, чѣмъ тѣ которые выдѣлились сами. При воспаленіи мочеиспускательнаго канала и бартолиновыхъ железъ гонококки развиты всего лучше. Изъ 30 женщинъ, выздоровѣвшихъ отъ перелою, у 19 Pescione нашелъ гонококковъ, но эти гонококки были не характерные, сморщенные, не располагались кучами и не содержались въ клѣткахъ эпителия. Авторъ прибавляетъ, что находилъ такихъ не характерныхъ гонококковъ и у проститутокъ не зараженныхъ, и что ихъ количество увеличивается послѣ мѣсячныхъ очипеній. Чаще всего перелою у женщинъ глѣдится въ мочеиспускательномъ каналѣ.

Проф. Goll (LIX) произвелъ цѣлый рядъ систематическихъ изслѣдованій отдѣляемаго при хроническомъ воспаленіи мочеиспускательнаго канала на гонококки и приводитъ слѣдующую таблицу, какъ результатъ изслѣдованій:

Продолжительность болѣзни часть.	число слу- чайевъ	Гонококки найлены въ	Гонококки Положен. найлены въ рез. въ %
4—5 недѣль	85	40	45 47%
6 недѣль	54	21	33 38%
7 недѣль	35	11	24 31%
2 мѣсяца	75	15	60 20%

Продолжительность боляни	число случаев найденных гонококков	Гонококки	Гонококки	Положит.
				случаев найденных гонококков в результ. в %
3 мѣсяца	76	13	63	17 ⁰ / ₀
4 мѣсяца	62	13	49	21 ⁰ / ₀
5 мѣсяцевъ	43	8	35	18 ⁰ / ₀
6 мѣсяцевъ	55	8	47	14 ⁰ / ₀
7—9 мѣсяцевъ	108	21	87	19 ⁰ / ₀
1 годъ	83	12	71	14 ⁰ / ₀
1½ года	76	7	69	9 ⁰ / ₀
2 года	135	7	128	5 ⁰ / ₀
3 года	80	2	78	2½ ⁰ / ₀
4 года	37			
5 лѣтъ	20			
6 и болѣе лѣтъ	22			

Всего 1046 178 868.

Приведенная таблица показывает: 1) Что перѣдко гонококки исчезаютъ въ отдѣляемомъ уже спустя 3 недѣли отъ начала боляни и притомъ не временно только, а совершенно; 2) что въ случаяхъ, продолжающихся 4 года и болѣе, вообще гонококковъ уже не встрѣчается. Авторъ наблюдать 31 рецидивъ боляни безъ гонококковъ; съ другой стороны встрѣчаются случаи, сохраняющие свою заразительность въ теченіе 2-хъ лѣтъ и болѣе. (Пишущій эти строки наблюдалъ одинъ случай, гдѣ присутствіе гонококковъ въ отдѣляемомъ можно было доказать еще 3½ года отъ начала заболѣванія; пациентъ втеченіи всего этого времени не имѣлъ coitus'a, такъ что о новой инфекціи этимъ путемъ въ данномъ случаѣ не могло быть и рѣчи. Goll не упоминаетъ относительно своихъ случаевъ, исключена-ли въ нихъ такая инфекція).—(Рефератъ изъ Медицинскаго обозрѣнія, приведенъ дословно).

Neisser предпринялъ микроскопическое изслѣдованіе на гонококки у проститутокъ Бреславля въ 1888 и 1889 г.г. Въ результатъ получилось, что въ то время, какъ въ 1886 и 1887 годахъ больныхъ переломъ проститутокъ по официальнымъ даннымъ было только 9,5⁰/₀ общаго имъ числа, въ 1888 году ихъ насчитывалось 54⁰/₀, а въ 1889—47,3⁰/₀ всего числа. Объясняется это тѣмъ, что проститутки умѣютъ скрывать

микроскопическіе признаки перелоя, удаляя непосредственно передъ осмотромъ отдѣленіе изъ своихъ половыхъ органовъ искусственнымъ путемъ. Кромѣ того у многихъ изъ нихъ отдѣленія и мнोगихъ другихъ клиническихъ признаковъ перелоя можетъ и не замѣчаться, а между тѣмъ гонококки есть въ тѣхъ или другихъ частяхъ полового канала, и значитъ онѣ болны еще перелоемъ. Гржибовскій изслѣдовалъ 30 острыхъ и 20 хроническихъ случаевъ перелоя мужскаго мочеиспускательнаго канала. При острыхъ и подострыхъ случаяхъ онъ всегда находилъ гонококковъ. Изъ 20 хроническихъ случаевъ въ 11 онъ нашелъ палочку, которую и описалъ подъ названіемъ bacillus fluorescens liquefaciens urethrae. Выпрысканный разводки этой палочки въ одномъ случаѣ вызвало катаральный уретритъ скоро прошедшій, а въ другомъ, гдѣ выпрысканію предшествовало спирцеваніе растворомъ лаяса, чтобы вызвать гнойное отдѣленіе, «получился хроническій перелой, длящийся и по сіе время». (Гржибовскій. «Къ патологій перелоя». Сообщ. въ Русск. сифил. и дерматол. общ. въ засѣд. 28 ноября 1892 года.—Рефератъ изъ «Врача», 1892, № 49, с. 1255).

Laser (LX) предпринялъ такое же бактериологическое изслѣдованіе 197 проститутокъ г. Кенигсберга. Изъ 600 препаратовъ отдѣляемаго 353 препарата приготовлены изъ отдѣляемаго мочеиспускательнаго канала, 180 изъ отдѣляемаго влагалища и 67 подости матки. Положительный результатъ въ отдѣляемомъ матки получился въ 21 случаѣ (31,3⁰/₀), хотя только у трехъ изъ изслѣдованныхъ женщинъ замѣчалось отдѣленіе изъ канала шейки матки и у одной краснота и припухлость слизистой оболочки. Между не имѣвшими гонококковъ у 4 замѣчалось отдѣленіе изъ канала шейки и у одной краснота и припуханіе ея слизистой оболочки. Притомъ въ 18 случаяхъ вмѣстѣ съ гонококками найдены короткія палочки, въ 1-омъ палочки въ видѣ запятой и въ 1-мъ гроздековки. Изъ остальныхъ 46 случаевъ въ 6 только вовсе не было микробовъ, 2 раза были гроздековки, всегда наблюдались короткія палочки, часто въ чистой разводкѣ, рѣже въ смѣси съ кокками, 1 разъ были найдены палочки, имѣвшія характерный видъ запятой. Въ 180 препаратахъ изъ влагалища только 7 разъ были найдены гонококки. При этомъ въ 5 изъ этихъ 7 случаевъ гоно-

кокки повидимому происходили из мочеиспускательного канала, так как в то же время наблюдалось обильное гнойное отдѣленіе изъ этого канала, а препараты были взяты при входѣ влагалища, и 1 разъ изъ канала шейки матки, такъ что собственно гонококки во влагалищномъ отдѣленіи наблюдались только 1 разъ. Въ этомъ единственномъ случаѣ вся слизистая оболочка влагалища найдена сильно опухшею, гиперемерованною и отдѣляшею обильное гнойное отдѣленіе. Изъ остальныхъ 173 случаевъ въ 74 не было другихъ микробовъ, кромѣ короткихъ палочекъ, иногда вмѣстѣ съ кокками; 3 раза кромѣ того были гроздекокки, 1 разъ запятовидныя палочки, 3 раза нити *Leptothrix*'а. Въ 12 случаяхъ была зернистость слизистой оболочки и фолликулярный катарръ и 15 разъ припуханіе и краснота слизистой оболочки. Въ 353 препаратахъ изъ мочеиспускательнаго канала гонококки найдены 112 разъ—37,7%. Изъ этихъ 112 случаевъ только въ 21 можно было распознать перелой микроскопически по гнойному отдѣленію изъ мочеиспускательнаго канала. Въ остальныхъ случаяхъ гноя не было, а у 61 женщины даже и подозрѣнія о перелой не была имѣть. Изъ 241 случая, въ которыхъ гонококковъ не обнаружено, въ 17 былъ фолликулярный катарръ, въ 19 найдена красная и размягченная слизистая оболочка, въ 31 можно было даже подозрѣвать перелой. Въ 8 изъ этихъ послѣднихъ 31 случаевъ при нажиманіи мочеиспускательнаго канала черезъ влагалище вытекалъ густой гной, а въ 23 отдѣленіе было болѣе слизистое, но гонококковъ ни въ томъ, ни въ другомъ отдѣленіи не было.

Изъ своихъ данныхъ авторъ заключаетъ, что и другіе микробы кромѣ гонококковъ могутъ вызвать гнойное воспаленіе слизистой оболочки. Но быть можетъ, что и тутъ были гонококки, но только не были найдены. Разводокъ авторъ не дѣлалъ и такъ какъ по Wertheim'у могутъ быть и дегенеративныя формы гонококковъ, то онъ навѣрно не можетъ рѣшить дѣла. Въ виду полученныхъ результатовъ авторъ присоединяется къ мнѣнію Neisser'a, что всѣ проститутки въ отношеніи перелоя должны подвергаться правильному микроскопическому изслѣдованію. Что касается безлодія у проститутокъ, то онъ нашьетъ, что изъ 40 опрошенныхъ имъ у 22 были дѣти, у одной даже 7

разъ, у одной 6, у двухъ 5, у 2-хъ—4, у четырехъ 3 раза.

Къ этому же ряду работъ относятся работы нѣкоторыхъ авторовъ, имѣющія слыхкомъ общій характеръ и обыкновенно не опирающіяся на собственныя изслѣдованія авторовъ. Изъ этихъ авторовъ Aubert XXI вѣщательнымъ признакомъ перелоя считаетъ присутствіе гонококковъ, расположенныхъ въ гнойныхъ клѣткахъ, въ препаратахъ изъ отдѣляемаго, взятаго съ воспаленныхъ слизистыхъ оболочекъ.

Rauzier повторяетъ извѣстные признаки гонококковъ—группировка, мѣсто нахождения, обезцвѣчиваніе при окрашиваніи по Gram'у и считаетъ гонококковъ причиною обыкновеннаго перелоя. Не специфическія воспаленія мочеиспускательнаго канала протекають легче и менѣе продолжительны. Микробки при нихъ имѣють другой видъ—большаго размѣра, иначе располагаются—по одиночѣ въ видѣ диплококковъ или цѣпочками.

Finger (XXXII) говоритъ, что при подозрѣніи о перелой, долъ всякаго добросовѣстнаго врача прежде всего искать гонококковъ. Онъ придаетъ ихъ отыскванію такое же значеніе, какъ и отыскванію бугорчатыхъ палочекъ въ мокротѣ, и считаетъ его столь же обязательнымъ.

Crivelli (XXXI) въ засѣданіи Intercolonial medical congress of Australasia сдѣлалъ докладъ о бактериологій перелоя. Выводы изъ этого доклада слѣдующіе: 1) Перелойный микробъ имѣеть 8-ми образную форму и обладаетъ стекловидною сумкою. 2) Онъ встрѣчается въ гноѣ, въ поверхностномъ эпителии и железахъ мочеиспускательнаго канала. Въ крови авторъ не нашеть его ни разу. 3) Микробы остраго и хроническаго перелоя вполнѣ тождественны, но при первомъ ихъ всегда больше, чѣмъ при второмъ. 4) На пептонизированной студени разведеніе микроба удается легко. 5) Выпрыскиванія чистыхъ разводокъ въ мочеиспускательный каналъ животныхъ даютъ отрицательные результаты; у человѣка же иногда вызываютъ легкое воспаленіе, длѣщееся всего нѣсколько дней. Тоже относится и къ гною хроническаго случаевъ. Другими словами, какъ при естественныхъ, такъ и при искусственныхъ условіяхъ заразительность перелойнаго микроба съ теченіемъ времени ослабляется.

6) Наилучшее лечение перелоа состоитъ въ мѣстномъ употребленіи противугнилостныхъ и противучужденныхъ средствъ».

А. Sargentier (LVIII), сдѣлавъ сводъ извѣстному ему о гонококкахъ, дѣлаетъ выводъ, что слѣдуетъ быть осторожнымъ въ показаніяхъ на судѣ въ виду сходства разныхъ другихъ микробовъ съ гонококками

Остальныя работы этого ряда имѣютъ болѣе частный характеръ и касаются главнымъ образомъ вопроса о нахожденіи гонококковъ въ тѣхъ или другихъ внутреннихъ органахъ, а также и перелойныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей. Вотъ краткіе содержаніе этихъ работъ.

Audry (VI) на основаніи собственныхъ наблюденій и исследований, а также данныхъ, почерпнутыхъ изъ литературы, приходитъ къ заключенію, что 1) пораженія суставовъ при перелое обусловлены не гонококками; 2) что одного микроскопическаго изслѣдованія для распознаванія перелоа съ достаточною точностью недостаточно; 3) что наблюдаемая во время перелоа нагноенія внѣ полового канала вызываются не гонококками, а разными другими микробами, проникшими въ тѣло путями, открытыми для нихъ гонококками.

Bockhart (XVIII) принимаетъ, что такъ называемые метастазы при перелое могутъ быть вызываемы или гонококками, или же другими безъветворными микробами, для которыхъ пораженный мочеиспускательный каналъ послужилъ какъ-бы открытой дверью для вхожденія въ тѣло. Въ двухъ изслѣдованныхъ имъ подобныхъ случаяхъ періуретрального нарыва и перелойнаго воспаления паховой железы (bubo) — ему удалось найти только золотистаго градекокка, а гонококковъ онъ не разыскалъ.

Patris de Broë (XXIV), на основаніи изученія литературныхъ данныхъ, разсуждая о причинѣ осложненій при перелое, приходитъ къ заключенію, что она является слѣдствіемъ вторичной инфекціи микробами, которые существовали въ мочеиспускательномъ каналѣ и до перелоа, но при здоровой слизистой оболочкѣ не могли особенно размножиться, проникнуть въ тѣло и повредить ихъ носителю.

Е. Wertheim въ 7 случаяхъ воспаления фаллопиевыхъ трубъ нашелъ исключительно гонококковъ, причемъ въ одномъ слу-

чаѣ присутствіе ихъ можно было доказать только съ помощью разводекъ (а не микроскопически). У животныхъ гонококки вызываютъ воспаление брюшины, если ихъ вприсунуть въ ея полость въ чистой разводкѣ, только при вприскиваніи вмѣстѣ съ кокками должно быть введено нѣкоторое количество той мертвой питательной среды, на которой они росли. При воспаленіи трубъ гонококки находились въ связкахъ очагахъ нагноенія, какъ въ стѣнкахъ трубъ, такъ и въ брюшинѣ. Подкожныя вприскиванія чистыхъ разводекъ вызвали рожистое воспаление кожи и подкожной кѣлѣчатки. Далѣе, онъ нашелъ гонококковъ въ двухъ случаяхъ нарыва въ яичникѣ, при которыхъ гонококки находились какъ въ содержимомъ ихъ въ чистой разводкѣ, такъ и въ ткани яичниковъ. Изъ всего этого онъ заключаетъ, что значеніе другихъ микробовъ въ этиологіи осложненій при перелое (такъ называемая «*Mischinfection*») должно быть значительно ограничено его открытиями.

Harrison (LII) заявляетъ, что какъ экспериментальными изслѣдованіями, такъ и клиническими наблюденіями доказываютъ, что всѣ вторичныя воспалительныя явленія въ трубахъ, яичникахъ, широкихъ связкахъ и брюшинѣ вызываются гонококками Neisser'a. Женщины, мужья которыхъ заболѣвали перелоемъ передъ бракомъ, за немногими исключеніями раньше или позже получали одно изъ названныхъ пораженій и въ 90% остаются неизлеченными. Онъ раздѣляетъ перелое у женщинъ на 4 группы: 1) острый, 2) рецидивирующий, 3) хроническій периметритъ, 4) воспаление яичниковъ. Въ тѣло больныхъ трубъ доказано присутствіе гонококковъ. Утвержденіе Bunt'a, что гонококки могутъ жить только въ цилиндрическомъ эпителии, опровергнуто. Въ леченіи главную роль играетъ профилактика. Гинекологи должны соблюдать крайнюю осторожность, чтобы не перенести заразы на инструментахъ.

Bantock (XLV) напротивъ утверждаетъ, что ни въ одномъ случаѣ съ убѣренностью не могъ доказать перелойное происхожденіе воспаленій трубъ, яичниковъ, или скопленій гноя въ этихъ органахъ, почему и считаетъ значеніе перелоа въ этиологіи воспаленій разныхъ органовъ ничтожнымъ.

Что касается мѣста нахожденія гонококковъ въ тѣлахъ, то Orcei (VII), скоблѣвшій слизистую оболочку при перелое

послѣ мочеиспускания, и искавшій гонококковъ, въ соскабливаемомъ отдѣленіи, находилъ ихъ въ слизи разсыянными или въ группахъ, но никогда въ клѣткахъ. Скоблилъ онъ слегка роговою ложечкою.

Dinkler (X) на основаніи своихъ наблюденій и срѣзковъ изъ пораженныхъ тканей заключаетъ, что гонококки находятся или въ цилиндрическомъ эпителиѣ, или въ блуждающихъ и гнойныхъ клѣткахъ. Никогда не находилъ онъ ихъ въ эпителиѣ роговой оболочки или же въ соединительно-тканыхъ клѣткахъ, хотя не рѣдко находилъ гонококковъ въ большомъ количествѣ на ихъ поверхности. Заключаютія гонококковъ клѣтки не теряютъ отъ этого своей способности передвигаться. Окраску срѣзковъ Dinkler производилъ, перенося ихъ изъ раствора метилвиолета въ анилиновую водѣ не тотчасъ въ алкоголь по Bismuth, а сперва на 10—15 секундъ въ растворъ іода и іодистаго калия (Iod-jodkaliösung) или еще лучше въ 1% уксуснокислый растворъ тропеолина. Этими способомъ одинаково избѣгается и слишкомъ сильное и слишкомъ слабое окрашивание.

Lefort (XXV) изслѣдуетъ перелойное поражение железокъ мочеиспускательнаго канала у мужчины и напелъ три формы такого фолликулита—острую, подострую и хроническую. При первыхъ двухъ отдѣленіе изъ фолликулъ содержитъ массу гонококковъ, при третьей отдѣленіе не заразительно. Обостренія наблюдаются обыкновенно при второй формѣ, при которой гонококки могутъ скрываться въ фолликулѣхъ и при раздраженіи слизистой оболочки вызвать острое воспаление ея.

Ө. К. Транезникова (XLIII), изслѣдуя кровь «у 32 больныхъ перелоемъ съ различными осложненіями: epididymity, orchitis, cystitis, prostatitis, arthritis и параличами нервной системы», ни разу не напелъ въ ней гонококковъ и находилъ, что доказать ихъ присутствіе въ ней можно только случайно, напр. при загрязненіи препарата.

Е. Finger (LXII) изслѣдовалъ патолого-анатомическіе препараты слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала въ 11 случаяхъ хроническаго перелоа и въ 1-мъ изъ нихъ напелъ немного гонококковъ въ плоскомъ эпителиѣ передней части канала въ ладьевидной ямкѣ, въ остальныхъ случаяхъ о гонококкахъ не упоминается.

V.

Вопросъ о возможности перелойнаго воспаления влагалища у взрослыхъ и вообще перелоа у дѣтей тоже имѣетъ свою литературу. E. Welander (LI) находилъ, что если женщины не имѣли еще половыхъ сношеній и не рожали, то перелойное воспаление влагалища у нихъ можетъ быть. Въ подтвержденіе приводится одинъ случай.

Dusch (XI) наблюдалъ 2 эпидеміи воспаления влагалища (colpitis) одна въ семь, другая въ 12 случаевъ, развившіяся въ дѣтской больницѣ въ Гейдельбергѣ въ 1886 и 88 годахъ послѣ принятія въ больницу дѣтей, заразившихся у себя дома отъ соприкосновенія съ больными перелоемъ родственниками. Оба раза зараженіе переносилось повидимому въгиповольнымъ путемъ (догравиванія грязными пальцами, общія игры и т. д.). Во всѣхъ случаяхъ отдѣленіе было слизистогнойное и даже чисто гнойное, и существовало небольшое затрудненіе при мочеиспусканіи, боли однако не было. Во всѣхъ случаяхъ были найдены характерные гонококки «или по крайней мѣрѣ очень похожіе на нихъ диплококки, характерно расположенные въ гнойныхъ клѣткахъ. Лѣченіе сулемой, сѣрнокислымъ цинкомъ, таллиномъ, іодоформенными палочками дало не блестящіе результаты. Выздоровленіе наступало черезъ 3—6 недѣль. Въ противоположность Fränkel'ю авторъ думаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ о специфическомъ перелѣ, разница же въ теченіи болѣзни у дѣтей и у взрослыхъ объясняется свойствами слизистой оболочки влагалища у дѣтей.

Erstein (XLIV), наблюдавшій заразное воспаление влагалища у дѣвочки и тщательно изучавшій эти случаи, находилъ, что на основаніи клиническихъ и бактериологическихъ наблюдавшихся имъ данныхъ слѣдуетъ признать существованіе блерроиднаго специфическаго воспаления влагалища и его входа у новорожденныхъ дѣвочекъ.

Е. Martin (LIII) пришелъ къ заключенію, что наиболѣе частая причина заразнаго воспаления влагалища и его входа у дѣвочки есть перелѣ. Зараженіе происходитъ отъ матери или окружающихъ при родахъ, черезъ бѣлье, одежду, воду, приво-

сновеніе пальцевъ, загрязненныхъ перелойнымъ воспаленіемъ и т. д. Могутъ, конечно, быть воспаления влагаллица и не перелойнаго происхожденія.

Rona (LXI) доказываетъ, что, такъ называемое, катаральное воспаление мочеиспускательнаго канала грудныхъ и маленькихъ мальчиковъ имѣть то же значеніе, что и у взрослыхъ. Оно обусловливается тоже гонококками и заразително, что и доказывается авторомъ примѣромъ зараженія прочихъ дѣтей въ семьѣ отъ такого больного. Причины зараженія: переносъ на пальцахъ или бѣльѣ заразнаго отдѣленія окружающими ребенка лицами; иногда такое зараженіе происходитъ черезъ ночные горшки, воду, у маленькихъ дѣвочекъ — въ ваннахъ и т. д. Непосредственное зараженіе наблюдается рѣдко.

Совершенно особнякомъ стоитъ сообщеніе Straus'a (XXXIII), по всей вѣроятности основанное на ошибкѣ. Этотъ авторъ нашелъ гонококковъ въ отдѣленіи мочеиспускательнаго канала при гнойномъ воспаленіи постѣднаго у 16 лѣтняго юноши, якобы никогда не имѣвшаго сношенія съ женщинами и заболѣвшаго вследствие аналитизма. Гонококки въ препаратѣ при окраскѣ по Gram'у обезцвѣтились. Проверить показаніе юноши конечно было нельзя.

Въ сравнительно недавнее время появилась работа Touton'a (LXVI), которая представляетъ краткое резюме почти всего извѣстнаго до сихъ поръ о гонококкахъ. Toutonъ вспоминаетъ, какъ Neisserъ въ 1889 году на первомъ собраніи нѣмецкаго дерматологическаго общества и затѣмъ на международномъ вѣнскомъ дерматологическомъ конгрессѣ окончательно неопровержимыми доказательствами разбилъ всѣ возраженія, дѣлавшіяся противъ положенія, что гонококки составляютъ причину перелою. Тогда же имѣ было установлено, что микроскопическое изслѣдованіе на гонококки есть столь же необходимое, какъ и вѣрное, пособие при клиническомъ распознаваніи болѣзни. Только въ небольшомъ количествѣ случаевъ приходится прибѣгать къ разводкамъ. Противъ этихъ положеній до сихъ поръ серьезныхъ возраженій не представлено. Въ недавнее время впрочемъ v. Brose очень смѣло выступилъ противъ этихъ положеній, доказывая, что микроскопическое изслѣдованіе въ этомъ отношеніи имѣетъ мало значенія. Присутствіе гонококковъ въ

гноѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ по его мнѣнію не можетъ быть доказано, такъ какъ иногда они существуютъ въ немъ въ видѣ такъ называемыхъ инволюціонныхъ формъ, относительно которыхъ можно доказать, что онѣ принадлежатъ гонококкамъ, только разводами. Въ подтвержденіе этого онъ приводитъ случай, гдѣ новобрачный заразилъ свою жену, хотя у него гонококковъ въ отдѣленіи не находилось и имѣлось только свободное отъ гонококковъ, тянущееся нитями слизистое отдѣленіе. Toutonъ, выступивъ въ защиту положеній Neisser'a, справедливо напоминаетъ, что Neisserъ уже давно замѣтилъ, что при хроническомъ перелѣѣ иногда не наблюдается гонококковъ, и что это еще ничего не доказываетъ, такъ какъ часто въ подобныхъ случаяхъ достаточно сдѣлать легкое раздражающее спринцеваніе, чтобы получилось болѣе сильное отдѣленіе гноя, въ которомъ опять можно наблюдать многочисленныхъ гонококковъ. Объясняется это тѣмъ, что гонококки находились гдѣ нибудь въ глубже лежащихъ слояхъ эпителія и наступившимъ нагноеніемъ были вынесены наверхъ. Изъ сообщенія v. Brose не видно, чтобы онъ дѣлалъ подобныя контрольные опыты. Впрочемъ Toutonъ не отрицаетъ, что существуютъ и такія хроническія формы перелою, при которыхъ гонококковъ уже не встрѣчается; напротивъ, онъ даже увѣренъ въ обратномъ. Относительно же инволюціонныхъ формъ въ видѣ зернышекъ и шариковъ, не отличимыхъ иногда отъ зеренъ детрита, наблюдавшихся Vism'омъ и Wertheim'омъ особенно въ старыхъ разводахъ, Toutonъ думаетъ, что еще вопросъ — вырастаютъ-ли новыя разводки изъ этихъ формъ, какъ увѣряетъ Wertheimъ, или же изъ сохранившихся между ними нормальныхъ коковокъ. Относительно мнѣнія, что разводки могутъ рѣшить вопросъ о присутствіи гонококковъ въ тѣхъ сомнительныхъ случаяхъ, когда одного микроскопическаго изслѣдованія оказывается недостаточно для его разрушенія, Toutonъ не согласенъ. Онъ думаетъ, что микроскопическія изслѣдованія даютъ болѣе точныя указанія на то, съ чѣмъ имѣется дѣло.

Изъ способовъ окраски авторъ отдаетъ предпочтеніе способамъ Roux и Steinschneider'a, особенно первому. — Только растворъ сафранина долженъ быть самый слабый, чуть чуть красный, а то препаратъ перекрасится. Изъ простыхъ способовъ окраски

срѣзковъ самый лучший—окраска мыльной синькой по Frank'y. Перехода затѣмъ къ патологоанатомической сторонѣ дѣла, Touton вспоминаетъ, что очень многія изъ положеній Вимм'a скоро были опровергнуты прямыми наблюденіями и опытами. Такъ постоянно наблюдаемое заболѣваніе переломъ передней части мочеиспускательнаго канала у мужчинъ (ладьевидная ямка) и влагалитца у маленькихъ дѣвчонокъ прямо противорѣчить взгляду Вимм'a на неприкосновенность плоскаго эпителия при переломѣ. Затѣмъ прямымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ патологоанатомическихъ препаратовъ были обнаружены гонококки въ железкахъ in sulco glandis (Touton), въ роговой и радужной оболочкахъ, въ эпителии полости рта у новорожденныхъ, вездѣ въ плоскомъ эпителиѣ. Далѣе Wertheim доказалъ, что плоскій эндотелій брюшины пронизаемъ для гонококковъ и что они туда проникаютъ дѣлочками и кучками подобно другимъ гнойнымъ коккамъ. Такимъ образомъ наступаютъ, вслѣдствіе перелоя у женщинъ, воспаленія фаллопиевыхъ трубъ, яичниковъ, окружающей кѣлѣчатки и брюшины составляютъ настоящія гонококковыя пораженія. Совмѣстнаго зараженія (mischinfektion) они не наблюдаютъ ни разу. Дальнѣйшіе изслѣдователи находили гонококковъ въ суставахъ, подкожныхъ нарывахъ тыльной поверхности рукъ (Bursitis suppurativa? авторъ), въ тканяхъ околосердечной и внутрисердечной оболочки и полости подреберной плевры при соответственныхъ заболѣваніяхъ этихъ органовъ при переломѣ. Всѣ эти открытія опровергаютъ мнѣніе Вимм'a, — очевидно гонококки могутъ жить во всякомъ эпителиѣ и въ соединительной ткани и давать переносные очаги зараженія, по большей части конечно per continuitatem. — Сущность бленнорейнаго процесса по Touton'y состоитъ въ воспаленіи, возникающемъ въ межэпителиальныхъ промежуткахъ вслѣдствіе сильнаго дѣйствія токсина (Egud и Hugoungeng (LVI) сдѣлали попытку выдѣлать токсины перелойнаго отдѣленія, но Egud, какъ извѣстно уже, смѣшиваетъ гонококковъ съ другими похожими на нихъ микробами, а потому позволительно сомнѣваться въ чистотѣ полученныхъ имъ результатовъ), благодаря которому количество выпота несоразмѣрно велико сравнительно съ незначительною некротизирующею силою яда. Относительно скоро являются попытки организма возстановить разрушенное, но

гонококки размножаются съ новою силою и процессъ возобновляется. Такимъ образомъ образуется хроническій перелой. При излѣченіи долго существовавшаго перелоя въ пораженныхъ частяхъ могутъ наблюдаться рубцы и перерожденія эпителия; кратковременный перелой обыкновенно проходитъ безслѣдно. На основаніи своихъ и чужихъ наблюденій авторъ находитъ, что лимфатическія тѣльца относятся къ гонококкамъ не какъ фагоциты, а просто своимъ накопленіемъ, захватываніемъ гонококковъ и выхожденіемъ съ ними на поверхность—выносятъ ихъ изъ тѣла. Въ отдѣльныхъ случаяхъ тѣже лимфатическія тѣльца уносятъ гонококковъ по лимфатическимъ щелямъ въ отдаленные органы и такимъ образомъ способствуютъ образованію новыхъ очаговъ нагноенія. По этому поводу Touton описываетъ собственное наблюденіе, въ которомъ у 30-ти лѣтняго мужчины, происходившаго изъ семьи съ расположеніемъ къ ревматизму, вслѣдствіе перелоя въ тѣхъ мѣстахъ ревматическаго заболѣванія вслѣдствіе перелоя. Въ пузырькахъ лишая онъ находилъ диплококковъ, очень похожихъ на гонококковъ; однако способъ Gram'a въ этомъ случаѣ имъ не былъ употребленъ. Что касается совмѣстнаго зараженія гонококками и другими микробами, то Touton считаетъ его возможность безспорною и для нѣкоторыхъ случаевъ мѣстныхъ и переносныхъ осложненій доказанною, но вмѣстѣ съ тѣмъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что число случаевъ, гдѣ осложненія объясняются однимъ гонококками, все возрастаетъ. При рѣшеніи вопроса, чѣмъ именно обусловлено зараженіе, — по автору, всегда надо имѣть въ виду, — не было ли здѣсь первичнаго зараженія гроздекокками или дѣпочечными кокками. Вообще можно подозрѣвать совмѣстное зараженіе въ тѣхъ случаяхъ, когда первичное отдѣленіе содержитъ кромѣ гонококковъ и другихъ кокковъ. Осложненія, обусловленные однимъ гонококками, текутъ не такъ бурно, почти всегда безлихорадочно

или съ незначительна лихорадкою, рѣдко ведутъ къ смерти, часто даютъ возврата и склонны переходить въ хроническія. Некрозъ гонококки не вызываютъ.

Е. Wertheim (LXVIII) по поводу способа Ghon'a и Schlagenhauser'a разведения гонококковъ на мочевомъ агарѣ, обнаруженнаго Finger'омъ, написалъ статью, въ которой между прочимъ говоритъ, что Finger въ своемъ сообщеніи стоитъ на почвѣ тѣхъ возрѣній на биологию гонококка, котормя обнаружены Wertheim'омъ еще въ 1891 году. Важнѣе въ этихъ возрѣніяхъ то, что гонококки являются не невинными паразитами, живущими на эпителиѣ, но могутъ вѣдраться въ эпителий и вызывать такимъ образомъ болѣе или менѣе тяжелыя осложнения. Далѣе авторъ находитъ, что патолого-анатомическія данныя Finger'a на счетъ остраго перелоа дополняютъ рядъ фактовъ, безусловно заставляющихъ признать гонококка однимъ изъ микробовъ, вызывающихъ нагноеніе, что недостаточно подчеркнуто Finger'омъ. Находка гонококковъ вмѣстѣ съ почечными кокками въ перихондріальномъ нарывѣ у Finger'a есть явленіе случайное, обыкновенно же всѣ периуретральные и простатическія нарывы, нагноенія лимфатическихъ железъ, пара и периметриты, нагноенія яичниковъ, инфильтрація стѣнокъ трубъ вызываются однимъ гонококкомъ. Смышанное зараженіе авторъ признаетъ только тамъ, гдѣ наряду съ гонококками доказано разводками присутствіе и другихъ микробовъ, причѣмъ должно быть доказано и то, что гонококки дѣйствительно приготавлили почву и открыли путь для другихъ микробовъ. Гонококки, по наблюденіямъ автора, развиваясь даже въ мѣстахъ легко доступныхъ другимъ микробамъ, такъ размножаются, что наблюдаются въ чистой разводкѣ, и другимъ микробамъ вмѣстѣ съ ними нѣтъ мѣста. Только когда заботливаніе переходитъ въ болѣе хроническое состояніе, рядомъ съ гонококками являются и другіе микробы. Въ симбіозъ въ настоящемъ случаѣ авторъ не вѣритъ. Далѣе Wertheim опровергаетъ положеніе, защищаемое между прочимъ и Fritsch'емъ, что большой хроническимъ переломъ можетъ заразить свою жену такою формою перелоа, которая будетъ протекать такъ же незаметно — хронически. Авторъ сдѣлалъ такой опытъ. У одного товарища, имѣвшаго нелѣченныи двухъ-лѣтній перелой, выражавшійся только каплей или

склейкой отверстія мочеиспускательнаго канала по утрамъ и слизистыми нитями въ мочѣ, онъ взялъ такую нить и получилъ изъ нея чистую разводку гонококковъ. Этой разводкой онъ 7 разъ дѣлалъ прививку поманутому товарищу, но обостренія не получилъ. Тогда онъ привилъ эту разводку человѣку, имѣвшему перелой нѣсколько лѣтъ назадъ, но совершенно излѣчившемуся отъ него. У этого развился острый перелой, прошедшій въ 6 недѣль. Въ разгарѣ болѣзни авторъ взялъ гной и получилъ изъ него новую чистую разводку гонококковъ. Эту послѣднюю онъ опять привилъ первому своему товарищу. На этотъ разъ получился острый характерный перелой, прошедшій въ урочное время. Wertheim дѣлаетъ изъ этого слѣдующіе выводы: 1) «Всякая пораженная переломъ слизистая оболочка постепенно привыкаетъ къ своимъ гонококкамъ. 2) Хроническій перелой, не смотря на присутствіе гонококковъ, не мѣшаетъ новому зараженію переломъ же: если только гонококки и гной происходятъ отъ другого больного. Другими словами, противъ перелоа невосприимчивости пріобрѣсть нельзя. 3) Гонококки при хроническомъ перелой не теряютъ своей ядовитости. 4) Зараженія переломъ въ хронической формѣ невидимому не существуетъ. 5) Случай такъ называемыхъ обостреній перелоа могли бы быть сведены на новое зараженіе. 6) Привычка слизистой оболочки къ гонококкамъ во время хроническаго перелоа теряется, если только гонококки будутъ сообщены другому лицу и затѣмъ переданы отъ него обратно первому — въ этомъ случаѣ они снова дѣлаются заразительными для своего первоначальнаго обладателя. — Если мужъ большой хроническимъ переломъ вступитъ въ бракъ, то жена заражается отъ него и получаетъ острый перелой, и затѣмъ мужъ въ свою очередь заражается отъ жены этимъ острымъ переломъ. Отсюда понятна справедливость правила при перелой у одного изъ супруговъ лѣчить ихъ обоихъ и запретить на время лѣченія половыя сношенія. Тѣ случаи, гдѣ перелой жены, развившейся отъ мужа, протекалъ невидимому въ хронической, скрытой формѣ, объясняются по всей вѣроятности тѣмъ, что имѣлось острое воспаленіе канала шейки матки, незамѣченное больною по причинѣ малой болѣзненности.

Въ заключеніе мнѣ кажется всего умѣстнѣе будетъ при-

вести выводы Neisser'a (LXIII), сдѣланные имъ изъ всѣхъ данныхъ о гонококкахъ, скопленныхъ какъ собственнымъ опытомъ, такъ и извлеченныхъ изъ всесторонняго изученія литературы, и обнародованные имъ въ статьѣ о диагностическомъ значеніи микроскопическаго изслѣдованія на гонококки. Вотъ эти выводы.

1) Нѣтъ сомнѣнія, что гонококки составляютъ причину перелоя. 2) Въ громадномъ числѣ случаевъ можно распознать перелой какъ у мужчины, такъ и у женщины, не прибѣгая къ отысканію гонококковъ, единственно по наблюдаемымъ клиническимъ признакамъ. 3) Но во многихъ случаяхъ, главнымъ образомъ во всѣхъ случаяхъ съ хроническимъ теченіемъ и легкими субъективными и объективными признаками, только обнаруженіе гонококковъ позволяетъ сдѣлать распознаваніе. 4) Равнымъ образомъ во всѣхъ этихъ случаяхъ, за исключеніемъ временно появившихся иногда обостреній, нахожденіе гонококковъ рѣшаетъ вопросъ—заразительны еще выдѣленія больного или нѣтъ? 5) Затѣмъ во всякомъ періодѣ болѣзни терапевтическое вмѣшательство должно сообразоваться съ присутствіемъ или отсутствіемъ гонококковъ, такъ что изслѣдованія относительно ихъ присутствія должны предприниматься не только передъ лѣченіемъ, но и во все время болѣзни. 6) Прежде всего слѣдуетъ искать гонококковъ микроскопически. Только въ ограниченномъ количествѣ случаевъ можно замѣтить, или пополнить микроскопическое изслѣдованіе, дѣлая разводки гонококковъ, въ силу тѣхъ трудностей, съ которыми получение послѣднихъ сопряжено и до сихъ поръ. 7) Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ получились положительные данныя, не можетъ быть никакого сомнѣнія въ распознаваніи. Отрицательные результаты естественно должны приниматься съ осторожностью, такъ какъ извѣстно, что гонококки могутъ быть скрыты въ глубинѣ тканей, въ лакункахъ и криптахъ ея или находиться въ такомъ маломъ количествѣ, что поверхностные слои слизистаго отдѣляемаго могутъ и не содержать ихъ. Достоверность ихъ отсутствія должна быть въ этихъ случаяхъ проверена частымъ изслѣдованіемъ, попытками развести ихъ искусственно (разводки). Въ этихъ случаяхъ надо обратить вниманіе на клиническіе признаки и сравнивать ихъ съ микроскопическими данными. 8) Если перелой замѣ-

чается у кого либо изъ супруговъ, изслѣдованію, а равно и лѣченію подлежатъ какъ мужъ, такъ и жена.

Теперь мнѣ осталось только изложить попытку найти для гонококковъ такой способъ окрашиванія, при которомъ ихъ легко можно было-бы отличить отъ другихъ кокковъ. До сихъ поръ однако такого способа, къ сожалѣнію, не найдено. Единственнымъ вѣрнымъ признакомъ гонококковъ, хотя наблюдающимся и относительно нѣкоторыхъ другихъ кокковъ, до сихъ поръ остается ихъ обезвреженіе при окраскѣ по Gramm'у. Первый шагъ искать дифференціального способа окраски Roux.

Вскорѣ вслѣдъ за нимъ Wendt опубликовалъ нѣкоторое видоизмѣненіе способа Roux. Онъ краситъ насыщеннымъ растворомъ метилвиолета въ анилиновой водѣ, затѣмъ опускаетъ въ растворъ Gramm'a, потомъ въ воду и въ абсолютный спиртъ: эозинъ онъ считаетъ излишнимъ.

Schütz (XXX) предложилъ для окраски гонококковъ слѣдующій способъ. Препаратъ на покровномъ стеклышкѣ опускается на 5—10 минутъ въ 5% карболовую синьку, обмывается въ водѣ, на мгновеніе опускается въ уксусную воду (5 капель разведенной уксусной кислоты на 20 куб. сант. дистиллированной воды), опять обмывается въ водѣ и окрашивается въ очень слабомъ водномъ растворѣ сафронина, въ которомъ во избѣжаніе перекраски надо держать его очень короткое время. Гонококки при этомъ способѣ выходятъ очень синими, эпителий окрашивается въ слабо синий цвѣтъ, а гнойныя кѣтки и ядра въ лососиновый (Lachsfarbe). Для отличенія отъ другихъ кокковъ и эта окраска не имѣетъ значенія.

Rauge (LIV) совѣтуетъ для окраски гонококковъ употреблять насыщенный спиртовой растворъ violet—5 B («violet—5 B—Lösung»). Объективъ № 7, окуляръ № 2—3 и конденсоръ достаточны для удовлетворенія всѣхъ требованій при изслѣдованіяхъ.

Ляницъ (LXIV) употребляетъ слѣдующій способъ. Онъ размываетъ отдѣленіе на стеклышкѣ, сушитъ, фиксируетъ на лампѣ, кладетъ на $\frac{1}{2}$ —1 минуту въ 20% растворъ трихлоруксусной кислоты, причемъ препаратъ дѣлается бѣлымъ, промываетъ его въ водѣ, снова фиксируетъ и кладетъ въ растворъ синьки (30 куб. сант. дистиллированной воды, 1—2 капли 5%—го раствора

ѣдкаго кали и столько насыщеннаго спиртоваго раствора синьки, чтобы получился темносиній цвѣтъ). Стеклышко плаваетъ въ растворѣ 2—5 минутъ, рѣдко болѣе, при свѣжихъ растворахъ требуется больше времени, чѣмъ при старыхъ. Затѣмъ препаратъ опять промывается въ водѣ, высушивается надъ пламенемъ и заключается въ канадскій бальзамъ. Такимъ образомъ окрашенные препараты удерживаютъ окраску 1½ года. Если послѣ окрашивания и высушанія положить препаратъ въ растворъ зюлина, то получается двойное окрашивание, причемъ гонококки остаются темно-синими. Если же послѣ окончательной обработки положить препаратъ на ¼—½ минуты не въ зюлиновый растворъ, а въ слабый растворъ Bismarckbraun, то препаратъ принимаетъ зеленоватые и буроватые цвѣта, а гонококки остаются темными и рѣдко выступаютъ на остальномъ фонѣ.

VI.

Теперь, если подвести окончательный итогъ пріобрѣтеннаго въ отношеніи познанія гонококковъ послѣ Vishn'a, то получится слѣдующее.

1) Микрококковъ, съ которыми можно смѣшать гонококковъ и которыхъ всегда можно встрѣтить въ перелойномъ отдѣленіи, открыто болѣе 30 видовъ.

Смѣшать ихъ однако съ гонококками не такъ легко, если принять во вниманіе тѣ отличительные признаки, которые установлены Vishn'омъ. Признаки эти: а) форма двухъ сложенныхъ плоскими сторонами булочки, в) свойство скопляться въ громадномъ количествѣ въ отдѣльныхъ гнойныхъ клеткахъ, с) неспособность окрашиваться по способу Gram'a и d) неспособность расти на обыкновенныхъ культурныхъ средахъ и особый видъ разводокъ. Второй и третій признаки наблюдаются кромѣ гонококковъ только у немногихъ кокковъ и то въ исключительныхъ случаяхъ, а неспособность расти на известныхъ культурныхъ средахъ пока открыта только у гонококковъ.

2) Чистыя разводки, кромѣ свернутой сывортки человѣческой и бараней крови, получены еще на мясопептонѣ—агарѣ съ половиною или ровною частью кровяной человѣческой сы-

воротки Wertheim'омъ и на мясопептонѣ—агарѣ съ примѣсью мочи Ghon'омъ и Schlagenhauser'омъ. Всего удобнѣе получаются онѣ по способу Wertheim'a, благодаря которому стало возможно и разведеніе гонококковъ на пластинкахъ по способу Koch'a, Но всетаки разведеніе гонококковъ еще настолько затруднительно, что всеобщимъ, вездѣ распространеннымъ, и общедоступнымъ, какъ на то надѣялся Wertheim, сдѣлаться не могло и не можетъ. До сихъ поръ даже и по этому способу развести гонококковъ удалось очень не многимъ. Это отчасти было и есть причиною малаго значенія и примѣненія разводокъ съ діагностическою цѣлью въ сомнительныхъ случаяхъ перелоя. До того, чтобы разводки получили такое практическое примѣненіе въ жизни, какъ на то надѣялся Wertheim, еще очень и очень далеко.

3) Микроскопическимъ изслѣдованіемъ отдѣленія и отчасти срѣзковъ изъ тканей окончательно установлена возможность гонококковаго пораженія слизистыхъ оболочекъ мочеиспускательнаго канала мужчины и женщины на всемъ его протяженіи и мочеваго пузыря и почекъ, канала шейки матки, рѣже бартолиновыхъ железъ, еще рѣже влагалища и входа въ него у взрослыхъ и полости матки. У дѣвочекъ заболѣваніе слизистой оболочки влагалища и входа его составляетъ обыкновенную форму при перелойномъ заболѣваніи мочеполовыхъ органовъ. У дѣвочекъ и мальчиковъ перелойная, рѣдко эпидемическая, заболѣванія половыхъ органовъ составляютъ далеко не рѣдкое явленіе и получаются обыкновенно вслѣдствіе зараженія внѣ половымъ путемъ. Изъ внутреннихъ органовъ у взрослыхъ несомнѣнно наблюдаются гонококковья пораженія почекъ, фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ, брюшины, суставовъ (особенно коленныхъ) и лимфатическихъ железъ (въ паху); особенно часты пораженія трубъ и яичниковъ. Сверхъ того несомнѣнно наблюдается перелойное заболѣваніе соединительной оболочки вѣкъ (бленоррея новорожденныхъ) у взрослыхъ, заболѣваніе рта у новорожденныхъ и прямой кишки (у взрослыхъ) того же характера. Также установлено нахожденіе гонококковъ въ периретральныхъ нарывахъ и, быть можетъ, иногда въ нѣкоторыхъ другихъ очагахъ нагноенія, хотя послѣднее наблюдается и рѣдко. Нахожденіе гонококковъ въ крови должно быть отнесено къ

ошибкам. Таким образом, гонококки размножаются не только в гнойных клетках и цилиндрическом эпителии, но также и в плоском эпителии, особенно где он отличается рвжностью и тонкостью (у дтей), и в эндотелии. Что касается смъшаннаго зараженія, то оно несомнѣнно и нерѣдко наблюдается, хотя и не такъ часто, какъ это допускалъ Виршъ. Нагляднымъ примѣромъ такого зараженія могутъ служить острья воспаленія бартолиновыхъ железъ, при которыхъ, по Welande'у, наблюдаются гноеродные кокки, и которые нерѣдки при перелоѣ. Осложненія, вызываемыя гонококками, протекаютъ менѣе бурно и ведутъ къ менѣе серьезнымъ послѣдствіямъ, чѣмъ обусловленныя другими микробами. Переносные очаги зараженія при перелоѣ получаютъ вслѣдствіе занесенія гонококковъ лимфатическими тѣльцами. Тѣльца эти (гнойныя клетки) захватываютъ гонококковъ и обыкновенно выносятъ ихъ на поверхность слизистой оболочки, но въ исключительныхъ случаяхъ, не имѣя выхода на поверхность, могутъ унести ихъ во внутренніе органы. Произвольное прониканіе гонококковъ въ клетки тѣла (Virsh) должно быть отвергнуто, хотя, разъ попавъ въ нихъ, они могутъ тамъ размножиться.

4) Всякое отдѣленіе, содержащее гонококковъ, хотя-бы оно и не имѣло воспалительнаго характера, несомнѣнно заразительно. Случаи, гдѣ гонококки наблюдались при воспаленіи половыхъ органовъ не заразнаго происхожденія (наблюденія Straus'a), основаны на очевидной ошибкѣ. Обостренія хроническаго перелоа обуславливаются или почему либо усилившимся выдѣленіемъ слизистой оболочки, или новымъ зараженіемъ. (Wertheim). Невосприимчивости къ перелоу пріобрѣсти нельзя, — хотя слизистая оболочка и можетъ настолько привыкнуть къ своимъ гонококкамъ, что принимаетъ почти нормальный видъ, но достаточно перехода этихъ гонококковъ на здоровую слизистую оболочку, чтобы они снова могли вызвать острое воспаление у прежняго хозяина (Wertheim).

5) Дифференціальный способа окраски, характернаго для однихъ гонококковъ, до сихъ поръ не найдено.

6) Есть случаи воспаления слизистыхъ оболочекъ, въ которыхъ наблюдаются въ такихъ же отношеніяхъ къ гною, какъ гонококки, другіе микробы — кокки — палочки. Эти случаи наблю-

даются сравнительно не часто, не заразительны, или по крайней мѣрѣ мало заразительны и характеризуются благоприятнымъ теченіемъ. Точнѣе они еще не обследованы.

Часть II.

VII.

Собственная моя работа основана на микроскопическомъ изслѣдованіи отдѣленія при разныхъ видахъ перелоа и его осложненіяхъ, а цѣль ея состоитъ въ уясненіи значенія гонококковъ при перелоѣ, насколько это возможно подобнымъ путемъ.

Приступая теперь къ изложенію своихъ наблюденій и выводовъ, я долженъ сдѣлать нѣсколько необходимыхъ замѣчаній касательно матеріала, способовъ пользованія имъ и т. п. Матеріаль мой собранъ былъ во время моего прикомандированія къ Варшавскому Узяздовскому Госпиталю въ 1-мъ венерическомъ отдѣленіи этого госпиталя въ 1888—1889 г.г. Такъ какъ госпиталь этотъ военный, то и наблюдавшіеся больные за крайне рѣдкими исключениями принадлежали къ военному классу. Вошедшіе же въ таблицы всѣ безъ исключенія были солдаты въ возрастѣ 21—25 лѣтъ и никакъ не свыше 30 лѣтъ, значить принадлежали къ цвѣту русскаго народа въ лучшей порѣ его жизни. Поступали они изъ разныхъ частей Варшавскаго военного Округа, преимущественно расположенныхъ въ г. Варшавѣ, и національностей были самыхъ различныхъ, большинство ихъ однако были Велико-и Малороссы. Изъ того обстоятельства, что матеріаль мой состоялъ изъ госпитальныхъ больныхъ, легко понять, что самые легкіе случаи перелоа ускользали изъ подъ моего наблюденія. Тѣмъ же, вѣроятно, объясняется и большое количество осложненій, наблюдавшихся у моихъ больныхъ.

Поступивъ ordinarily въ помашупое отдѣленіе, я сразу былъ пораженъ богатствомъ представившагося мнѣ матеріала въ микроскопическомъ отношеніи. Въ то время значеніе отдѣльныхъ составныхъ частей отдѣленія при перелоѣ, значеніе го-

нококков (не смотря даже на недавно вышедшую блестящую монографию Vishni'a), значение других микробов, встречаемых в отдѣленіи, — все это было еще недостаточно выяснено. Значеніе гонококковъ большинству врачей казалось преувеличеннымъ, и само предположеніе о причинной связи между ними и переломомъ многими поднималось на смѣхъ. Все это побудило меня заняться изслѣдованіемъ переломнаго отдѣленія вначалѣ микроскопически, а затѣмъ я пробовалъ и получать разводки наблюдавшихся микробовъ и прививать ихъ животнымъ. Но скоро выяснилась мнѣ вся трудность предпринятой задачи и обширность потребной для разрѣшенія ея работы. Тогда я ограничился только микроскопическою частью моей работы, занимаясь разводками лишь по столько, сколько мнѣ казалось необходимымъ для пониманія нѣкоторыхъ наблюдавшихся мною явленій. Еще болѣе поддержалъ меня въ моемъ мнѣніи покойный прозекторъ Уздовскаго Госпиталя Вигандтъ, не разъ помогавшій мнѣ совѣтами своими и практическими замѣчаніями въ моихъ изслѣдованіяхъ. Съ разрѣшенія его и Главнаго Врача Госпиталя Стефановича я производилъ свои микроскопическія наблюденія и бактериологическія изслѣдованія въ бактериологическомъ кабинетѣ Варшавскаго Уздовскаго Госпиталя, гдѣ и выполнены всѣ наблюденія, послужившія матеріаломъ для этой работы.

Что касается самаго выполненія работы, то мнѣ постоянно казались мало удобными для повседневной практики хлопотливые приемы тогдашнихъ изслѣдователей, хотѣлось выработать что нибудь болѣе простое, не сложное, доступное и для неспеціалиста или, по крайней мѣрѣ, хоть выбрать болѣе не сложные приемы изъ имѣющихся уже на лицо. Поэтому я рѣшилъ испытать на практикѣ такіе приемы въ отношеніи полученія отдѣленія изъ мочеиспускательнаго канала, приготовленія препаратовъ и ихъ окраски, которые многимъ въ то время казались слишкомъ примитивными и веточными.

Мои изслѣдованія доказываютъ однако, какъ мнѣ кажется, что и съ такими примитивными приемами можно добиться не мало важныхъ результатовъ.

Изслѣдовалъ я только отдѣленіе мужскаго мочеиспускательнаго канала и то только въ тѣхъ случаяхъ, когда его легко было

получить безъ всякихъ особенныхъ хлопотъ. Я не прибѣгалъ для полученія этого отдѣленія ни къ помощи роговой или другой какой либо ложечки, какъ другіе авторы, ни къ введенію трубочки въ мочеиспускательный каналъ, а также не употреблялъ тѣхъ хлопотливыхъ способовъ очистки наружнаго отверстія канала обеззараживающими средствами и мыломъ, которые употребляли другіе, чтобы получить болѣе чистое отдѣленіе изъ глубины канала. Всѣ подобныя приемы, вполнѣ умѣстные при бактериологическомъ изслѣдованіи, въ обыкновенной практикѣ только удлиняютъ и задерживаютъ изслѣдованіе, а между тѣмъ и безъ нихъ, какъ я скоро убѣдился, всѣ нужныя данныя получить очень легко.

При обыкновенныхъ условіяхъ, т. е. если не было фимоза или какой либо язва на головкѣ члена, я выдавливалъ каплю изъ отверстія канала, прикладывая къ ней на мгновеніе предметное стекло и слегка проводилъ по этому стеклу въ мѣстѣ нахожденія гноя другимъ предметнымъ стекломъ. Затѣмъ стекла клались намазанною поверхностью вверхъ просто на воздухѣ для подсыхания. Если отверстіе мочеиспускательнаго канала казалось загрязненнымъ, или же имѣлся фимозъ, язва и т. п., я предварительно отбиралъ скопившійся гной кусочкомъ гигроскопической ваты и затѣмъ поступалъ обыкновеннымъ способомъ. Только въ очень рѣдкихъ (не болѣе 10) случаяхъ отверстіе канала было настолько закрыто, что приходилось доставать отдѣленіе проволочной петлей или зондомъ. По высыханіи стекло они проводились обыкновеннымъ Коховскимъ способомъ три раза черезъ пламя бузеновской горѣлки и затѣмъ окрашивались. Последніе два приема производились въ кабинетѣ, а первый въ самомъ отдѣленіи при осмотровъ больныхъ.

Изъ способовъ окраски, изъ которыхъ всѣ были перепробованы мною уже въ то время, за исключеніемъ появившихся послѣ 1889 года, я остановился на простомъ окрашиваніи gentiana-violett'омъ. Гонококки при этомъ способѣ выдѣляются очень рѣзко, а переокраиванія при небольшомъ навыкѣ легко избѣжать. Я наносилъ на приготовленный означеннымъ образомъ препаратъ 2—3 капли gentiana-violett'ознаго спиртоваго раствора и черезъ минуту смывалъ его простой водой подъ краномъ до тѣхъ поръ, пока препаратъ переставалъ обезвѣ-

чиваться. Все остальные способы не имеют в обыкновенной практикѣ никакого преимущества передъ вышеописаннымъ, если дѣло идетъ о распознаваніи. Если требуется приготовить стойкій препаратъ съ цѣлю сохранить его болѣе года, то конечно приходится прибѣгать къ болѣе точнымъ и сложнымъ приемамъ. Тутъ совершенно умѣстно окрашивание фуксинномъ, дающее прекрасные и стойкіе препараты. При подозрѣніи о присутствіи другихъ похожихъ на гонококковъ кокковъ хорошо окрашивание по Gramm'у. Съ цѣлю демонстраціи особенно мало свѣдующимъ лицамъ хороши способы двойнаго окрашивания и т. д. Само приготовление препаратовъ должно быть не такъ грубо, надо позаботиться и о чистотѣ препарата, взять гной изъ глубины мочеиспускательнаго канала, петлей нанести его тонкимъ слоемъ и т. д. Но и при грубомъ простомъ вышеуказанномъ способѣ препараты могутъ сохраняться вполне удобно в теченіи года, а нѣкоторые препараты сохранялись у меня 5 лѣтъ, и строение гонококковъ все еще можно было распознать, хотя они значительно сморщились и уменьшились въ объемѣ. В обыкновенной же практикѣ съ отдѣляемымъ переломъ *Septina-Violeti* положительно не уступаетъ и даже превосходитъ другія краски, такъ какъ окрашивается быстро, резко и вѣрно въ чернофиолетовый цвѣтъ гонококковъ и другихъ микробовъ тогда, когда другія краски еще не успѣли бы надлежащимъ образомъ впитаться въ тѣло микробовъ.

Вообще при вышеописанныхъ приемахъ вся процедура вмѣстѣ съ изслѣдованіемъ подъ микроскопомъ занимаетъ не болѣе 15 минутъ, а если препаратовъ много, то это время еще болѣе уменьшается.

Цѣль распознаванія тоже вполне достигается, такъ что при своихъ изслѣдованіяхъ, когда приходилось изслѣдовать много и дорожить временемъ, я былъ вполне доволенъ выработанными приемами. Изслѣдованія я производилъ съ масляно-погружной системой № 3 Naghsack'a, окуляръ № 3, при дневномъ освѣщеніи. Получаемые препараты и рисунки неоднократно показывались прозектору Виганду и желающимъ изъ врачей Госпитала, а въ «Сборникѣ Варшавскаго Узавдовскаго Госпитала» за 1889 годъ было сдѣлано краткое сообщеніе о моихъ наблюденіяхъ и выводы изъ нихъ.

VIII.

Теперь я перейду къ самымъ моимъ изслѣдованіямъ. Прежде всего я долженъ замѣтить, что гонококки хотя и находились въ большинствѣ случаевъ, но далеко не во всѣхъ. Вотъ таблица, показывающая, какъ часто наблюдались гонококки у поступавшихъ въ разные періоды болѣзни.

У поступавшихъ въ госпиталь.	Найдены гонококки въ	Не найдены гонококки.	Всего болѣло случ.
На первой недѣлѣ болѣзни	91 — (81,98 ⁰ /o)	20 — (18,01 ⁰ /o)	111
» второй	37	12	49
» третьей	31	10	41
» четвертой	18	10	28
» пятой недѣлѣ болѣзни	15	7	22
» шестой	4	3	7
» седьмой	7	2	9
» восьмой	4	—	4
» третьемъ мѣсяцѣ болѣзни	12	2	14
» четвертомъ	8	—	8
» пятомъ	4	2	6
» шестомъ	3	2	5
» седьмомъ	2	0	2
» восьмомъ и болѣе мѣсяцъ до года	2	2	4
» второмъ году болѣзни	4	4	8
Черезъ два года и болѣе отъ начала болѣзни	1	2	3
ВСЕГО: 243 — (75,70⁰/o) 78 — (24,30⁰/o) 321			

Такимъ образомъ, гонококки найдены мною въ трехъ четвертяхъ всѣхъ случаевъ. Если сравнимъ этотъ результатъ съ

результатами проф. Голля, даже при самых недавних (4—5 недельных) из его случаев перелоя находившего гонококков только в 47% всех случаев, то невольно бросится в глаза сравнительная частота нахождения гонококков в мочках случаях, соответствующих по давности заболевания случаям проф. Голля. Такое несоответствие, мнѣ кажется, скорѣе всего объясняется тѣмъ, что в мочках случаях отчасти умышленно, отчасти неумышленно существовать известнѣй подборъ. Во первыхъ, я самъ выбиралъ для исследования только тѣхъ больныхъ, у которыхъ можно было выдвинуть каплю из мочеиспускательнаго канала, и не исследовалъ тѣхъ, у кого эта капля не могла быть выдвинута в часы осмотра, или же у которыхъ оказывалась только склейка канала по утрамъ. Во вторыхъ, случаи перелоя, обнаруживающіе свое существованіе только склейкою или каплею по утрамъ, имѣютъ мало шансовъ попасть в госпиталь, такъ какъ больные в военномъ быту направляются в лѣчебныя заведенія не по собственному желанію, а по назначенію врача, который осматриваетъ больного не утромъ тотчасъ послѣ сна, а в такое время, когда тотъ успѣлъ уже помочиться, быть можетъ неоднократно, и слѣдовательно при осмотрѣ у него можетъ не оказаться какихъ бы то ни было болѣзненныхъ явленій. Относительно же больныхъ, имѣющихъ мало-мальски достаточное отдѣленіе, мои цифры будутъ вполнѣ вѣрны.

Далѣе бросается в глаза в таблицѣ какъ абсолютное, такъ и относительное уменьшеніе гонококковыхъ случаевъ соответственно увеличенію количества времени, протекшаго отъ начала заболевания до поступленія в больницу. В то время какъ у поступавшихъ на первой недѣлѣ болѣзни гонококки наблюдаются в 82% (81,98%) всехъ случаевъ, у поступившихъ на 2—4 недѣлѣ они наблюдаются уже в 73% (72,88%), а в остальныхъ случаяхъ в 71,73%. Небольшое количество наблюдений, относящихся къ позднѣйшимъ периодамъ болѣзни, не даетъ возможности этотъ фактъ отбросить рельефнѣе. Во всякомъ случаѣ, онъ вполнѣ подтверждаетъ наблюденія Голля, таблица котораго дѣлаетъ его совершенно нагляднымъ.

Такое частое нахожденіе гонококковъ при перелѣ, несмотря на грубость употреблявшихся приемовъ для исследованія, а

вначалѣ и неопытность исследователя, доказываетъ, что исследование в такомъ видѣ вполнѣ целесообразно. Мои цифры оказались ничуть не ниже цифръ другихъ исследователей, особенно если взять в расчетъ, что далеко не всегда наблюдение могло продолжаться надлежащее время, что я помѣстилъ в число гонококковыхъ случаевъ перелоя только тѣ, в которыхъ можно было доказать в точнѣ нахожденіе большого числа гнойныхъ клѣтокъ, набитыхъ гонококками, и наконецъ, что не мало было случаевъ, в которыхъ отдѣленіе было настолько скудно, что больной не могъ выдвинуть капли из мочеиспускательнаго канала во время осмотра. Вообщемъ случаи, в которыхъ не наблюдаются гонококки при перелѣ, повидимому сравнительно рѣдки, по крайней мѣрѣ, это вѣрно относительно случаевъ свѣжаго перелоя, длящагося не долѣе 1—2 недѣль. Только при затяжномъ теченіи болѣзни гонококки постепенно исчезаютъ из отдѣленія, или по крайней мѣрѣ не наблюдаются болѣе в плотную набитыхъ ими клѣтокъ.

IX.

Теперь я перейду къ возвратамъ перелоя и повторнымъ заболеваниямъ этою болѣзью. Какъ часто находятся при нихъ гонококки, видно будетъ изъ слѣдующей таблицы.

Вѣкъ по рожденію.	Имена и фамилии.	Гонококки при первомъ перелѣ.	Сколько времени выжили гонококки со дня заболевания.	Гонококки при повторномъ перелѣ.	Сколько времени наблюдались со дня заболевания.	Промежутки между двумя заболеваниями.	
		Первый возвратъ.					
1	Константинъ Топорецъ	+	—	+	—	—	
2	Дмитрій Петровъ	+	—	+	—	37 д.	
3	Иосифъ Щенкакинъ	+	—	+	—	—	
4	Иванъ Антоновъ	+	—	+	—	—	
5	Густавъ Толбасть	+	—	+	—	—	
6	Семенъ Матвѣевъ	+	19 д.	+	—	34 д.	
7	Иванъ Феодановъ	+	30 д.	+	—	65 д.	
8	Тимофей Лаврентьевъ	+	35 д.	+	—	19 д.	
9	Лаванъ Завада	+	—	+	—	21 д.	
10	Павелъ Ирмилъ	+	—	+	—	1 1/2-2 м.	
11	Михаилъ Ермаковъ	+	67 д.	+	—	4 м. 8 д.	
12	Алексѣй Юрченко	+	46 д.	+	—	35 д.	
						31 д.	
						72 д.	

ММ по по- раду.	Имена и фамилии.	Головоны при посто- вах, абсо- люти.	Сколько пре- мени вышло головины со для забора- ния.	Головоны при насто- щих забора- ниях.	Сколько пре- мени вышло далше, со для забора, и.	Промежутки между двумя заборами, и. м.
13	Никита Мудрий.....	"	4 м.	+	3 м.	4 м.
14	Михаил Сазанов.....	"	"	+	31 х.	2 п.
15	Вукolz Александров.....	"	"	+	4 м. 20 д.	"
16	Николай Игнатенко.....	"	8 д.	+	69 д.	5 д.
17	Станислав Адамский.....	"	"	+	132 д.	33 д.
18	Егорь Серегин.....	"	"	+	"	4 м.
19	Дмитрий Слизунов.....	"	5 м.	+	"	12 д.
20	Станислав Левандовский.....	"	"	+	"	5 п.
21	Трофимъ Родавъ.....	"	"	+	47 д.	"
22	Адолъфъ Бергманъ.....	"	"	+	4 п.	"
23	Василий Абакумов.....	"	12 д.	+	55 х.	4 х.
24	Аврухъ Мияшевъ.....	"	26 д.	+	"	1 п.
25	Иванъ Минченко.....	"	48 д.	+	2 д.	10 х.
26	Макей Курбатовъ.....	"	"	+	34 д.	12 д.
27	Митрофанъ Боголюбовъ.....	"	"	+	27 д.	"
28	Федоръ Погорьловъ.....	"	"	+	10 х.	1 п.
29	Егоръ Голобородко.....	"	2 м. 8 д.	+	12 д.	10 д.
30	Иванъ Насоновъ.....	"	4 нед. 3 д.	+	5 д.	19 д.
31	Иль Тилленекъ.....	"	41 д.	+	29 д.	19 д.
32	Станиславъ Лиский.....	"	10 д.	+	41 д.	10 д.
33	Василий Черныловъ.....	"	15 х.	+	9 д.	6 д.
34	Александръ Крутковъ.....	"	"	+	16 д.	3 п.
35	Петръ Петоловъ.....	"	"	+	"	3 д.
36	Егоръ Гвоздевъ.....	"	24 д.	—	"	103 д.
37	Денисъ Литвякъ.....	"	"	—	"	8 д.
38	Михаилъ Баладинъ.....	"	"	—	"	3 м.
39	Василий Евакимовъ.....	"	17 д.	+	"	1 нед. (?)
40	Садрииславъ Абдулявъ.....	"	27 д.	+	6 д.	10 д.
41	Навель Веденевъ.....	"	17 д.	+	10 д.	2—4 д.
42	Василий Мордвинкинъ.....	"	37 д.	+	21 д.	"
43	Андрей Вороповъ.....	"	128 х.	+	"	3 м.
44	Учуръ Зарганъ.....	"	24 д.	+	"	28 д.
45	Дмитрий Вороповъ.....	"	42 д.	+	"	3 д.
46	Максимъ Поновъ.....	"	"	+	12 д.	8 х.
47	Сигизмундъ Маевский.....	"	"	+	1 м. (?)	"
48	Егоръ Вязковъ.....	"	8 д.	+	"	1 мѣс.
49	Федоръ Яковлевъ.....	"	23 д.	+	"	5 д.
50	Карней Давыденко.....	"	29 д.	+	"	мѣс. м.
51	Лувьякъ Осиповичъ.....	"	"	+	16 д.	"
52	Егоръ Никитинъ.....	"	28 х.	+	64 д.	18 д.
53	Юлиусъ Сартинъ.....	"	"	+	"	2 мѣс.
54	Иванъ Фентисовъ.....	"	"	+	2 1/2 м.	2 мѣс.
55	Григорій Новиковъ.....	"	20 д.	"	"	10 д.
Второй возвратъ						
56	Петръ Веский.....	"	"	—	"	34 д.

ММ по по- раду.	Имена и фамилии.	Головоны при посто- вах, абсо- люти.	Сколько вре- мени вышло головины со для забора- ния.	Головоны при насто- щих забора- ниях.	Сколько пре- мени вышло далше, со для забора, и. м.
57	Иванъ Дороницъ.....	"	"	+	"
58	Иванъ Седелько.....	"	"	+	"
59	Козьма Дудылевъ.....	+	5 1/2 мѣс.	+	90 д.
60	Афанасий Макаровъ.....	"	"	+	2 м.
61	Иосифъ Шеналинъ.....	—	"	+	10 л.
62	Петръ Нетреба.....	"	"	—	60 д.
63	Федей Давыдовичъ.....	"	"	—	"
64	Василь Алексинъ.....	"	"	—	8 м.
65	Иванъ Маннъ.....	"	"	+	20 д.
Третий возвратъ					
66	Парфенъ Гончаровъ.....	"	"	+	30 д.
67	Василь Кузовлевъ.....	"	"	—	"
68	Федоръ Ситинъ.....	"	"	—	4 мѣс.
69	Олимпий Иванченко.....	"	"	—	5 м. (?)
Четвертый возвратъ					
70	Михаилъ Циховлякъ.....	"	"	+	54 д.
71	Владиславъ Косминъ.....	"	"	+	20 д.
Пятый возвратъ					
72	Онъ же.....	+	20 д.	+	7 д.
Неизвестно который возвратъ					
73	Егоръ Ефановъ.....	"	"	+	нем. 17 д.
74	Василий Ледякинъ.....	"	"	+	17 д.
75	Осипъ Гель.....	"	"	+	"
76	Александръ Дейтъ.....	"	"	+	"
77	Иванъ Картавенко.....	"	"	+	"
78	Онъ же.....	+	"	+	13 д.
79	Иванъ Гусаровъ.....	"	"	+	83 д.
80	Алексей Колоновъ.....	"	"	—	"
81	Иосифъ Кроль.....	"	"	—	"
82	Николай Ивановъ.....	"	"	—	"

№ по порядку.	Имена и фамилии.	Сколько предельно пробыли в отделе.	Сколько предельно всего болели.	Гонококки при постановке, заболели.	Сколько предельно наблюдались со дня заболания.	Промежуток между двумя заболаниями.	Периоды	
							повторения	переломы
83	Миронъ Сухоруковъ....	28 д.	37 д.	+	26 д.	2 года.		
84	Александръ Делатовскій....	35 д.	68 д.	+	26 д.	2 года.		
85	Емельянъ Сизкинъ.....	45 д.	65 д.	+	54 д.	2 года.		
86	Сергій Волухинъ.....	42 д.	47 д.	+	"	1 годъ.		
87	Григорій Ковалевъ.....	70 д.	160 д.	+	30 д.	2 мѣс.		
88	Францъ Студанскій.....	11 д.	16 д.	+	9 д.	8 мѣс.		
89	Иванъ Фентисовъ.....	18 д.	34 д.	+	"	2 года.		
90	Иванъ Грисевитъ.....	157 д.	171 д.	+	81 д.	3 года.		
91	Терентій Гранинъ.....	114 д.	122 д.	+	68 д.	1 г. (?)		
92	Абрамъ Кастенбаумъ.....	64 д.	68 д.	+	31 д.	1 г. (?)		
93	Иванъ Ражинскій.....	57 д. (?)	78 д.	+	38 д.	2 года.		
94	Викентій Домашкинъ.....	16 д.	38 д.	+	23 д.	5 мѣс.		
95	Казиміръ Блаженичъ.....	15 д.	23 д.	+	9 д.	5 мѣс.		
96	Петръ Раковъ.....	61 д.	69 д.	+	10 д.	3 года.		
97	Иванъ Подгайко.....	70 д.	77 д.	+	25 д.	1 годъ.		
98	Андрей Минякинъ.....	46 д.	53 д.	—	"	3 года.		

Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что всего случаевъ перваго возврата, въ которыхъ было предпринято микроскопическое изслѣдованіе отдѣленія, было 47. Изъ нихъ гонококки наблюдались въ 32 случаяхъ т. е. въ 68,08%, не было гонококковъ 15 разъ, т. е. въ 31,91%. При второмъ возвратѣ изъ 10 случаевъ въ 5 гонококки были, въ 5 не были найдены. При 3-мъ возвратѣ изъ 4-хъ случаевъ гонококки были найдены 1 разъ, при 4-мъ возвратѣ — въ обоихъ наблюдавшихся случаяхъ, а также были найдены и въ единственномъ наблюдавшемся случаѣ 5 возврата. Изъ 10 случаевъ, въ которыхъ больной не могъ положительно сказать, которымъ возвратомъ страдаетъ, гонококки найдены 5 разъ.

Количество наблюдавшихся случаевъ 2, 3-го и т. д. возвратовъ слишкомъ мало, по во всякомъ случаѣ скорѣе всего надо думать, что гонококки наблюдаются тѣмъ рѣже, чѣмъ болѣе бываетъ возвратовъ. По крайней мѣрѣ, если взять всѣ изслѣдованные 74 случая возврата, то гонококки наблюдались при нихъ въ 45 случаяхъ т. е. 62,5% слѣдовательно цифра не гонококковыхъ случаевъ здѣсь меньше, чѣмъ при первомъ возвратѣ.

Вообще же гонококки при возвратахъ наблюдаются рѣже, чѣмъ при первичномъ переломѣ, даже если послѣдній длился до поступления подъ наблюденіе дѣльный мѣсяцъ.

Случаевъ, въ которыхъ при первомъ заболѣваніи не найдены гонококки, а при второмъ найдены, равно какъ и обратныхъ т. е. при которыхъ при первомъ заболѣваніи были гонококки, а при второмъ нѣтъ, всего четыре. Въ трехъ изъ нихъ гонококки наблюдались вначалѣ, и не наблюдались при послѣднемъ заболѣваніи.

Чтобы надлежащимъ образомъ уяснить значеніе присутствія гонококковъ въ отношеніи частоты возвратовъ, длительности промежутковъ между возвратами, а также длительности болѣзненнаго состоянія при возвратѣ, — наши данныя недостаточны. Но нѣкоторые выводы я всетаки попытаться сдѣлать, пользуясь главнымъ образомъ данными о первомъ возвратѣ, какъ сравнительно болѣе обширными.

Уже изъ того, что гонококки при первомъ возвратѣ находятся въ отдѣленіи болѣе, въ двухъ третяхъ всѣхъ случаевъ, и что при прочихъ возвратахъ они наблюдаются, хотя и рѣже, но всетаки почти въ половинѣ случаевъ, — слѣдуетъ заключить, что они то и составляютъ обыкновенную причину этихъ возвратовъ. Нельзя не обратить при этомъ вниманія и на то, что незначительное число случаевъ четвертаго и пятаго возврата, занесенныхъ въ наши таблицы, принадлежатъ къ гонококковымъ. Принявъ въ соображеніе эти обстоятельства и доказанную способность гонококковъ вызывать воспаленіе слизистыхъ оболочекъ, я полагаю, что при прочихъ равныхъ условіяхъ гонококковые случаи перелома скорѣе могутъ дать возвратъ, чѣмъ не гонококковые.

Длительность промежутка между первичнымъ заболѣваніемъ и первымъ возвратомъ въ 42 случаяхъ перваго возврата, о которыхъ имѣются точныя свѣдѣнія въ таблицахъ, въ среднемъ равна 34,23 дня. Та же длительность въ 24 случаяхъ, при которыхъ наблюдались гонококки, — 21,08 дня. Такимъ образомъ при гонококковомъ переломѣ возврата наступаютъ скорѣе. Относительно прочихъ возвратовъ къ сожалѣнію соотвѣтственные данныя слишкомъ малы и не могутъ имѣть значенія.

Какъ долго наблюдаются гонококки въ отдѣленіи при первичномъ заболѣваніи и возвратахъ, могутъ дать понятіе только 16 случаевъ перваго возврата, въ которыхъ извѣстно и то и дру-

гое достаточно точно, такъ что могло быть занесено въ таблицы. Въ среднемъ гонококки наблюдались при первичномъ заболѣваніи въ этихъ случаяхъ 29,06 дня, а при возвратѣ 27,81 дня. При возвратѣ слѣдовательно гонококки исчезаютъ изъ отдѣленія нѣсколько скорѣе.

Вратѣ можно резюмировать сказанное о гонококкахъ при возвратахъ такъ: 1) Гонококки при возвратахъ наблюдаются рѣже, чѣмъ при первичномъ заболѣваніи, и притомъ при послѣдующихъ возвратахъ рѣже, чѣмъ при предыдущихъ. 2) Гонококковые случаи перелоя чаще даютъ возвраты, чѣмъ не гонококковые. 3) Промежутки между первичнымъ заболѣваніемъ и возвратомъ въ гонококковыхъ случаяхъ меньше, чѣмъ въ не гонококковыхъ. 4) Гонококки при первичномъ заболѣваніи наблюдаются въ отдѣленіи дольше, чѣмъ при возвратахъ.

Случаевъ повторнаго заболѣванія перелоемъ всего замѣчено мною и занесено въ таблицы 16. Изъ нихъ въ 12 случаяхъ (75%) наблюдались гонококки. Въ отдѣленіи подъ моимъ наблюдениемъ каждый находился въ среднемъ 53,06 дня, а изъ гонококковыхъ случаевъ 67,33 дня. Гонококки наблюдались въ среднемъ 33,66 дня. Промежутки между первымъ и вторымъ заболѣваніемъ въ среднемъ была около 1 1/2 лѣтъ (17,37 мѣс.) Длительность болѣзни равнялась приблизительно 10 недѣлямъ (69,81 дня), а въ гонококковыхъ случаяхъ 11 недѣлямъ (76,25 дня).

По количеству гонококковыхъ случаевъ повторнаго заболѣванія не отличаются замѣтно отъ первичныхъ (75% въ первомъ случаѣ и 75,70% во второмъ). Гонококки изъ отдѣленія исчезали, также какъ и при первичномъ перелое, къ концу пятой недѣли. Общая длительность болѣзни въ гонококковыхъ случаяхъ, равная почти 11 недѣлямъ, и долгота пребывания въ отдѣленіи—девять съ половиною недѣль—больше чѣмъ соответственныя величины при первичномъ заболѣваніи.

Дѣлая выводы изъ этихъ данныхъ, надо однако имѣть въ виду, что при повторномъ заболѣваніи болѣе опытные въ распознаваніи и обнаруженіи болѣзненныхъ явленій, вслѣдствіе чего они скорѣе и легче могутъ доказать врачу существованіе своей болѣзни, и слѣдовательно пребываніе ихъ въ госпиталѣ въ общемъ длится больше, чѣмъ въ тѣхъ же условіяхъ у заболѣвшихъ въ первый разъ. Это подтверждается рѣдкостью возвратовъ у этихъ больныхъ, что указываетъ на болѣе совершен-

ное излѣченіе, возможное именно только благодаря опытности больного въ обнаруженіи признаковъ болѣзни.

Далѣе въ данныхъ о первичныхъ заболѣваніяхъ не включено среднее количество времени отъ начала болѣзни до поступления въ госпиталь. Врядъ ли это среднее число будетъ менѣе 2—3-хъ недѣль.

Принявъ во вниманіе эти обстоятельства, мы увидимъ, что разницы между повторными и первичными заболѣваніями перелоемъ, по крайней мѣрѣ для большинства ихъ, обусловленнаго гонококками, въ отношеніи теченія и нахождения гонококковъ нѣтъ. Время же, по истеченіи котораго получаютъ повторнаго заболѣванія, въ среднемъ равняется полуторымъ годамъ, въ отдѣльныхъ же случаяхъ можетъ быть и гораздо меньше, и значительно больше.

X.

Нижеприведенныя таблицы составлены мною, чтобы выяснитъ обыкновенный составъ отдѣленія мочепускательнаго канала при перелое вообще (какъ при первичномъ, такъ и при прочихъ заболѣваніяхъ) и отношенія между гонококками и различными составными частями отдѣляемаго. Для большей наглядности таблицъ гонококковые случаи перелоя ¹⁾ отдѣлены отъ тѣхъ

¹⁾ Конечно въ настоящее время нельзя уже сомнѣваться въ томъ, что гонококки могутъ находиться какъ въ гнойныхъ клеткахъ, такъ и между ними. Безъоку работавшему въ этой области повѣстно, что иногда достаточно бываетъ постылые принять стекло во время называемыхъ превратъ по описанному мною способу, чтобы нѣкоторые гнойныя клетки раздѣлились и гонококки оказались между ними. Несомненно и то, что прежде чѣмъ попасть въ клетку, гонококки должны находиться въ межклеточномъ веществѣ. Объяснить нахожденіе большого числа гонококковъ въ клеткѣ размноженіемъ ихъ въ ней, какъ дѣлалъ Ваттъ, тоже не приходится. Тѣмъ не менѣе, фактъ остается фактомъ, и почти всѣ изслѣдователи такъ или иначе на практикѣ при опредѣленіи гонококковъ въ отдѣленіи руководятся именно нахожденіемъ ихъ въ большемъ количествѣ въ гнойныхъ клеткахъ. Если нѣтъ хоть нѣсколько выбитыхъ или выбитыхъ, вслѣдствіе наблюдателя усумнится въ томъ, что въ данномъ случаѣ имѣется гонококковый перелой. Объясняется это отношеніе гонококковъ къ гнойнымъ клеткамъ вѣрно выдѣленіемъ имъ какого либо вещества (токсина?), дѣйствующаго особенно притягательно на эти клетки (химіотаксизмъ).

Такимъ образомъ, относю къ гонококковымъ случаямъ только тѣ, въ которыхъ нѣдѣсь выбитыя клетки, а хотѣвъ этимъ, такъ сказать, парировать возраженія противъ моей работы суровыхъ ригористовъ, стоявшихъ строго на почвѣ

при которых гонококков не найдено. Сверх того, соответственно 5 главнейшим составным частям отделяемого, таблицы раздѣлены на пять рядовъ, такъ что каждый отдѣльный случай перелоя фигурируетъ въ пяти таблицахъ (подъ однимъ и тѣмъ же номеромъ). Въ первомъ ряду таблицъ обозначено по неделямъ присутствіе или отсутствіе гонококковъ, во второмъ, — гнойныхъ клѣтокъ, въ третьемъ, — плоскаго эпителия, въ четвертомъ, — цилиндрическаго и въ пятомъ — другихъ микробовъ кромѣ гонококковъ. За гонококковъ я считалъ находимыхъ диплококковъ описаннаго Neisser'омъ вида, но только въ томъ случаѣ, когда находилось хоть нѣсколько гнойныхъ клѣтокъ, наполненныхъ или, какъ я часто ниже выражаюсь, набитыхъ этими микробами. Если гонококки находились только въ межклеточномъ пространствѣ, хотя бы и въ значительномъ количествѣ, то я не считалъ еще себя вправе признать ихъ за гонококковъ и отличалъ ихъ нахождение только въ таблицѣ другихъ микробовъ — буквою Г. Въ подобныхъ случаяхъ, какъ будетъ видно изъ таблицы другихъ микробовъ, они иногда находились почти одни или вовсе одни въ отделяемомъ, и въ такихъ случаяхъ, особенно если на предыдущей недѣлѣ отмѣчено нахождение гонококковъ, очевидно были настоящіе гонококки. Поступалъ я такъ потому, что какъ видно изъ ниже приведенныхъ случаевъ воспаления головки, мягкихъ и твердыхъ язва, и т. д., въ отдѣлении при этихъ болѣзненныхъ состояніяхъ тоже могутъ попадаться гонококковья формы диплококковъ. Отличить же настоящихъ гонококковъ отъ ложныхъ только и можно по тому, что послѣдніе не располагаются въ гнойныхъ клѣткахъ. Даже окраска по Gram'у не всегда даетъ вѣрныя указанія, такъ какъ открыты кокки, обособивающіеся при этомъ способѣ (Petit et Wassenmann, микрококкъ № 5).

Кромѣ 5 помеченныхъ главныхъ составныхъ частей отдѣленія при перелояхъ, попадались иногда еще мигъ на препаратахъ

абсолютныхъ точныхъ сравненьевъ гонококковъ въ смыслѣ Вунт'а. Впрочемъ даже въ своей работѣ я выказалъ, что много изъ случаевъ, причисленныхъ мною къ бевгонококковымъ, на самомъ дѣлѣ тоже гонококковыя, такъ какъ кромѣ гонококковидныхъ коковокъ, хотя и не въ гнойныхъ клѣткахъ, другихъ микробовъ въ ихъ отдѣленіи или вовсе не было, или наблюдалось очень мало-временнаго. Притомъ отъ такого расширенія понятія о гонококковомъ перелояхъ мои выводы только выиграютъ, а никакъ не ослабуютъ.

красные кровяные шарики, мочевые кристаллы, сѣмянные нити и т. п. Но подобныя находки были настолько рѣдки и случайны, что я не считалъ нужнымъ отмѣчать ихъ въ таблицахъ. Притомъ и къ гонококкамъ они никакого отношенія обыкновенно не имѣютъ. Изъ главныхъ частей все мое вниманіе конечно было устремлено на отысканіе гонококковъ и загибъ гнойныхъ клѣтокъ. Относительно присутствія или отсутствія ихъ гдѣ нибудь у меня врядъ-ли былъ недосмотръ. Во всякомъ случаѣ если здѣсь гдѣ нибудь и вкралась погрѣшность, то самая незначительная. Цилиндрическій эпителий, въ виду важнаго значенія появленія его въ отдѣленіи, тоже отмѣчался всегда очень тщательно. Иное дѣло относительно плоскаго эпителия и постороннихъ микробовъ. Здѣсь у меня найдется вѣроятно не мало случаевъ, когда присутствіе ихъ не отмѣчено, особенно за первые мѣсяцы наблюденія, когда я задавался почти исключительно одною дѣлюю — отыскиваніемъ гонококковъ. Впрочемъ эта погрѣшность не имѣетъ особаго значенія для моихъ общихъ выводовъ въ виду многочисленности наблюденій.

Случаи возвратовъ, повторные случаи заболѣванія перелоя, а также осложненные случаи у меня всѣ поставлены отдѣльно особыми группами, чтобы по возможности лучше разобраться въ заключеніяхъ относительно нахождения гонококковъ въ этихъ случаяхъ и значенія этихъ болѣзненныхъ формъ для существованія течи изъ канала.

Наконецъ, въ концѣ таблицъ помѣщена особая таблица изслѣдовавшихся мною не перелойныхъ заболѣваній головки члена и крайней плоти. Эта таблица приведена для сравненія отдѣленія при этихъ болѣзненныхъ состояніяхъ съ отдѣленіемъ при перелояхъ въ виду легкости загрязненія отдѣляемымъ поверхностью головки и крайней плоти отдѣляемого мочеиспускательнаго канала.

Недѣля взята за единицу для обозначенія сроковъ нахождения гонококковъ при перелояхъ потому, что этотъ срокъ достаточно великъ, чтобы отмѣтки отдѣльныхъ наблюденій не противорѣчили другъ другу, и вмѣстѣ съ тѣмъ достаточно малъ, чтобы можно было судить болѣе или менѣе точно о времени нахождения гонококковъ въ данномъ случаѣ. При воспаленияхъ головки и другихъ не перелойныхъ заболѣваніяхъ взяты для отмѣтокъ

срокъ 2-хъ дневный, такъ какъ я обыкновенно у одного и того же больного дѣлалъ изслѣдованія отдѣляемаго не каждый день, а черезъ день, перемены же въ свойствахъ и количествѣ отдѣляемаго въ этихъ случаяхъ могутъ наступить гораздо скорѣе, чѣмъ при простомъ или осложненномъ перелѣѣ.

Нѣкоторые больные поступали въ госпиталь въ одномъ и томъ же году по два и болѣе раза, напр. съ 1-мъ возвратомъ и со 2-мъ возвратомъ болѣзни. Такие больные конечно фигурируютъ въ таблицахъ по два и болѣе раза соответственно тому, сколько разъ возвращалась болѣзнь, и подъ разными номерами: отъ этого зависитъ несовпаденіе общаго числа всѣхъ изслѣдованныхъ (311) съ количествомъ номеровъ въ таблицахъ (342). Присутствие той или другой составной части отдѣляемаго отмѣчали знаками +, отсутствіе знакомъ —. Если изслѣдованіе не производилось, то это обозначалось знакомъ ". Изслѣдованіе не производилось обыкновенно въ тѣхъ случаяхъ, когда течъ была настолько мала, что вышеописаннымъ простымъ способомъ нельзя было получить отдѣляемаго для изслѣдованія. Начаты изслѣдованія 5 августа 1888 года, поэтому больные, поступившіе равнѣ этого времени, не могли быть изслѣдованы, и оттого пропуски въ изслѣдованіи до этого времени. А къ концу марта 1889 года я нашелъ возможнымъ закончить мои изслѣдованія, поэтому, хотя больные и оставались еще въ отдѣленіи, но въ наблюденіяхъ тутъ тоже получается пробѣлъ. Последнія изслѣдованія отдѣляемаго относятся къ 27 марта 1889 года.

XI.

Прежде другихъ частей отдѣляемаго я хочу выяснитъ отношеніе къ нему гонококковъ. Вглядываясь въ таблицы, прежде всего мы замѣчаемъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, если гонококки наблюдались напр. на седьмой недѣлѣ пребыванія больного въ отдѣленіи, то одинаковымъ образомъ они наблюдались и во всѣхъ предыдущія недѣли, конечно, когда на этихъ недѣляхъ производились изслѣдованія отдѣляемаго. Такъ, изъ 32 больныхъ, поступившихъ на 1-ой недѣлѣ и не имѣв-

шихъ осложненій, только въ пяти (№№ 10, 11, 12, 24 и 29) случаяхъ въ нѣкоторая недѣли не были обнаружены гонококки въ отдѣляемомъ, хотя найдены были въ послѣдующія недѣли. Изъ 35 такихъ же больныхъ, поступившихъ на 2—4-ой недѣлѣ заболѣванія, только у одного (№ 34) обнаруженъ такой пробѣлъ. Только, когда теченіе перелоя дѣлается не такимъ острымъ, переходить въ хроническое, при возвратахъ, повторныхъ и осложненныхъ случаяхъ становятся чаще такіе промежутки безъ гонококковъ въ отдѣленіи. Такъ, между 25 случаями перелоя, длившимися до поступления въ госпиталь 1 мѣсяцъ и болѣе, было такихъ случаевъ 7, изъ 39 случаевъ возвратовъ 11, изъ 11 случаевъ повторнаго заболѣванія 6 случаевъ, изъ 94 случаевъ осложненныхъ 32 случая.

Причины ненахожденія гонококковъ въ отдѣленіи въ ту или другую недѣлю и нахожденія ихъ въ послѣдующія различны. — Прежде всего надо имѣть въ виду, что количество отдѣленія даже у одного и того же больного въ разное время дня бываетъ различно. Такъ, утромъ при пробужденіи отдѣленіе обыкновенно бываетъ всего обильнѣе. Когда большой помочится, отдѣленіе обыкновенно смывается и накаплиется вновь послѣ извѣстнаго періода покоя. Усиленное питье воды и частая спринцеванія, чаще удалая отдѣляемое изъ мочеиспускательнаго канала, не даютъ скопиться ему въ надлежащемъ количествѣ. Индивидуальность лица имѣетъ тоже значеніе. У однихъ отдѣленіе бываетъ чрезвычайно обильно и часто при этомъ болѣе жидко, у другихъ сравнительно не велико и густо и т. д. Всѣ подобныя вліянія могутъ обусловить измѣненіе течя настолько, что гонококки могутъ быть въ нихъ не найдены даже въ остромъ періодѣ перелоя.

Если перелой принимаетъ болѣе хроническое теченіе, то отсутствіе гонококковъ наблюдается еще чаще и обусловливается кромѣ вышеозначенныхъ причинъ, къ которымъ надо прибавить еще въ большинствѣ случаевъ и большую скудность отдѣленія въ этихъ случаяхъ, — обостреніями и осложненіями.

Баня, глубока вприскиванія и т. п. легко вызываютъ обостреніе процесса, отдѣленіе принимаетъ болѣе гнойный характеръ, мочеиспускательный каналъ болѣе припухаетъ, дѣлается

на ошупь тверже и вместе с тѣмъ обыкновенно появляются въ отдѣленіи гонококки, совсѣмъ было исчезнувшіе изъ него.

Наконецъ, есть еще одна причина, тоже не оставшаяся безъ вліянія на точность изслѣдованій. Дѣло въ томъ, что нѣкоторые больные, особенно изъ неопытныхъ или небрежныхъ, иногда пренебрегали моимъ предписаніемъ не мочиться съ утра до осмотра, происходившаго обыкновенно отъ 9—12 часовъ утра. Иногда же они прямо не могли удержаться отъ мочеиспусканія вслѣдствіе сильнаго позыва къ нему. Если же отдѣленіе само по себѣ было при этомъ скудно, то неудивительно, что при изслѣдованіи нельзя было найти не только гонококковъ, но и вообще какихъ либо форменныхъ элементовъ.

Вообще отсутствіе гонококковъ въ отдѣляемомъ въ ту или другую недѣлю наблюденія при нахожденіи ихъ въ послѣдующую говорить только за то, что изслѣдовавшееся отдѣляемое не содержало или было скудно гонококками, и нисколько не доказываетъ того, чтобы они въ это время совсѣмъ исчезали изъ уретры. Что дѣйствительно они не исчезаютъ, доказываетъ ихъ появленіе во множествѣ при всякомъ обостреніи процесса. Такъ какъ изслѣдованіями Виммъа и другихъ авторовъ доказано, что микрококки могутъ проникать въ межклеточное пространство какъ плоскаго, такъ и цилиндрическаго эпителия, а также сохраняться въ лакунахъ, криптахъ и желѣзкахъ слизистой оболочки (Вимм, Touton), то этимъ вполне объясняется, откуда берутся гонококки, когда снова усиливается отдѣленіе и принимаетъ гнойный характеръ.

Такимъ образомъ отсутствіе гонококковъ въ изслѣдуемыхъ препаратахъ въ ту или другую недѣлю изслѣдованія, вообще не частое, объясняется отчасти несовершенствомъ способа добыванія отдѣляемаго, а отчасти скуднымъ количествомъ этого отдѣленія и т. п. случайными или посторонними обстоятельствами.

Далѣе изъ тѣхъ же таблицъ видно, что въ большинствѣ случаевъ 1—2 недѣли передъ выпиской, а то и больше, отдѣленіе не содержало болѣе гонококковъ, или же изслѣдованіе не производилось.

Послѣднее не производилось обыкновенно за скудостью отдѣленія. Какъ исчезновеніе гонококковъ, такъ и незначительность отдѣленія были предвѣстниками въ большинствѣ случаевъ

полнаго исчезновенія гонококковъ изъ мочеиспускательнаго канала и выздоровленія больного.

Исключивъ случаи, отмѣченные знаками *, въ которыхъ дальнѣйшее наблюденіе за свойствами отдѣленія не производилось вслѣдствіе ранняго перевода больного въ другое отдѣленіе или же другихъ какихъ либо причинъ, хотя отдѣляемое и могло бы еще быть взято для изслѣдованія, мы получимъ слѣдующія данныя о среднемъ пребываніи больныхъ въ отдѣленіи и времени, въ теченіи котораго у нихъ были находимы гонококки (Пр. Время выражено въ недѣляхъ, а нахожденіе гонококковъ считалось со времени поступленія больного въ отдѣленіе до той недѣли, въ которую гонококки найдены въ послѣдній разъ включительно).

У 30 чел. поступ. на 1 нед. бол. го- Въ средн. 4, 8 п. а сред. преб. 7,06 н.
новок. наблѣд. въ отдѣл.

31 > > > 2—4 >	2,90 >	4,96 >
21 > > > 2 и бол. мѣс. . . .	5,14 >	7,28 >
22 > > > съ 1 возврат. . . .	3,45 >	6,31 >
10 > > > повторн. перел. . . .	4,33 >	9,10 >
26 > > > наружн. ослож. . . .	4,65 >	7,34 >
42 > > > внутр. ослож. (безъ циститовъ)	6,19 >	9,31 >
48 ¹⁾ > > > внутр. ослож. (съ циститами)	7,08 >	10,18 >
13 > > > остальн. возвр. . . .	3,46 >	6,38 >

Итого 201 чел. 4,78 н. а сред. преб. больныхъ въ 7,52 н. госпиталѣ.

Изъ этихъ данныхъ видно, что гонококки въ среднемъ исчезали изъ отдѣленія къ концу пятой недѣли, а само отдѣленіе и воспалительныя явленія совершенно проходили къ концу 8-ой недѣли, т. е. на 2—3 недѣли позже. При этомъ въ свѣжихъ случаяхъ перелоза, если больные поступали на первой недѣлѣ болѣзни, гонококки исчезали на 5-й недѣлѣ по поступленіи, если же больные поступали на 2—4 недѣлѣ, то на 3-ей недѣлѣ. Значитъ и въ томъ и въ другомъ случаѣ гонококки держались въ отдѣленіи приблизительно около 6 недѣль. Послѣ этого требовалось для окончательнаго исчезанія течи еще около 2-хъ недѣль.

¹⁾ Тѣ же случаи съ прибавленіемъ 6 осложненныхъ циститовъ.

Если больные поступали уже съ запущенным перелоем, длившимся болѣе мѣсяца, иногда даже цѣлый годъ, то гонококки успѣвали такъ укорениться въ мочеиспускательномъ каналѣ большого, что для исчезанія ихъ требовалось въ среднемъ уже болѣе 5 недѣль лѣченія въ госпиталь.

Наружныя осложненія при перелое и повторныя заболѣванія не вліяли значительно на скорость исчезанія гонококковъ—гонококки все равно исчезали на 5-ой недѣлѣ. Также и среднее пребываніе въ госпиталь удлиннялось при наружныхъ осложненіяхъ незначительно въ зависимости отъ нахожденія гонококковъ, только при повторныхъ случаяхъ заболѣванія оно удлиннялось на столько, что такіе больные выписывались лишь на 10 недѣль своего пребыванія.

За то внутреннія осложненія (воспаленія яичекъ и т. д.) значительно затягивали какъ время исчезанія гонококковъ (до 7-й недѣли, а при циститахъ даже до 8-й) такъ и время выписки—до 10-ой, а при циститахъ даже до 11-й недѣли. При возвратахъ напротивъ и срокъ исчезанія изъ отдѣленія гонококковъ и время пребыванія въ госпиталь значительно сокращаются: гонококки исчезаютъ уже на 4-й недѣлѣ, а выписываются больные на 7-ой.

Полученныя данныя всего проще объяснить такъ, что гонококки въ большинствѣ случаевъ у скоро поступившихъ въ лѣченіе совершенно исчезаютъ изъ отдѣленія и въ слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала къ концу 5-ой недѣли. Раздраженіе, вызываемое ими, еще продолжается въ среднемъ около 2-хъ недѣль, по затѣмъ и это раздраженіе уничтожается, и все принимаетъ свой прежній видъ.

Въ меньшинствѣ случаевъ, особенно не лѣченныхъ, однако гонококки успѣваютъ такъ распространиться и акклиматизироваться въ половыхъ органахъ, что не исчезаютъ вполнѣ изъ нихъ даже и послѣ того, когда повидимому перелой промель. Иногда при этомъ существуетъ даже и видимый показатель не уничтожившагося еще раздраженія въ видѣ капли или склейки по утруамъ и т. п. признаковъ хроническаго перелоя. При извѣстныхъ условіяхъ (чаще всего новое зараженіе, или же размноженіе своихъ собственныхъ гонококковъ, почему либо получившихъ свою прежнюю ядовитость, напр. тѣмъ путемъ, ко-

торый описанъ Wertheim'омъ и который у меня на стр. 60) получается въ этомъ случаѣ весьма легко возвратъ, который имѣетъ почти такое же теченіе, какъ и первичное заболѣваніе, только припадки будутъ нѣсколько послабѣе, а продолжительность меньше. Если же гонококки наконецъ исчезнутъ, то во всякомъ случаѣ для этого исчезанія требуется гораздо болѣе времени, какъ это мы видимъ на случаяхъ перелоя, тянувшихся болѣе мѣсяца до поступленія въ госпиталь. Такое сильное дѣйствіе гонококковъ въ некоторыхъ случаяхъ указываетъ на пониженную мѣстную или общую способность сопротивляться, отъ чего бы она не происходила, а быть можетъ и на большую ядовитость данныхъ гонококковъ.

Повторные случаи перелоя текутъ, что касается гонококковъ, также какъ и возвраты и какъ первичные случаи перелоя. Въ этихъ случаяхъ очевидно имѣется новое зараженіе перелоемъ. По крайней мѣрѣ въ нашихъ случаяхъ, гдѣ болѣе всего получало повторно перелой года черезъ 2 послѣ первичнаго перелоя, такое объясненіе самое вѣроятное. Большую длительность пребыванія большого въ госпиталь, хотя гонококки исчезли уже на 5-й недѣлѣ, кромѣ причинъ, указанныхъ выше, ¹⁾ ближе всего можно объяснить тѣмъ, что слизистая оболочка послѣ перваго заболѣванія не могла уже вполнѣ принять прежній видъ и потому не могла оказывать и прежняго сопротивленія гонококкамъ, вслѣдствіе чего и раздраженіе, вызванное ими, длилось дольше и вызвало затяжку болѣзни. Подобное ослабленіе способности сопротивленія послѣ разъ перенесенной болѣзни наблюдается періодъ въ другихъ органахъ. Всѣмъ извѣстно, что напр. перенесеніе брюшнаго тифа предрасполагаетъ ко вторичному заболѣванію имъ, воспаленіе легкихъ къ такому же повторному заболѣванію и т. д.

Наружныя осложненія въ большинствѣ случаевъ повидимому не имѣютъ никакого вліянія на длительность нахожденія гонококковъ въ слиз. Только болѣе серьезный изъ нихъ (большіе нарывы и т. п.) могутъ ослабить дѣятельность слизистой оболочки и вслѣдствіе этого способствовать размноженію гонококковъ. Въ таблицѣ это сказывается тѣмъ, что числа, указы-

¹⁾ См. стр. 63.

вающія на длительность пребывания въ госпиталѣ, всего на нѣсколько десятыхъ больше, чѣмъ при простомъ переломѣ. Этого впрочемъ можно было и ожидать, такъ какъ воспаленіе головки или явочка на ней сами по себѣ слишкомъ ничтожны, чтобы вызвать реакцію всего тѣла, могущую оказать влияние на это тѣло. При томъ и гонококки тутъ, если бы и были виновниками осложненія, легко могутъ быть удалены и слѣдовательно не могутъ послужить новымъ источникомъ зараженія организма.

Совсѣмъ другое дѣло при воспаленіяхъ внутреннихъ органовъ, особенно же мочевого пузыря. Удалить гонококковъ или другихъ раздражителей изъ этихъ органовъ, особенно же изъ послѣдняго, почти невозможно. А оставаясь въ нихъ, они постоянно могутъ служить, да и служатъ, напр. при прохожденіи мочи, несущей конечно и гонококковъ, источникомъ новаго раздраженія и даже прямо заболѣванія. Въ нашихъ случаяхъ внутреннія осложненія затянули присутствие гонококковъ на двѣ, а при воспаленіи мочевого пузыря даже на три недѣли, не говоря уже о затяжкѣ всего времени болѣзни. Подтвержденіе моему мнѣнію о находженіи гонококковъ во внутреннихъ мочеполовыхъ органахъ я вижу, напр. въ случаѣ Гершенштейна, у котораго я нашелъ въ мочѣ гонококковъ, а также и въ наблюденіяхъ другихъ авторовъ, находившихъ въ подобныхъ случаяхъ гонококковъ. Только относительно воспаленій яичка еще неизвѣстно, какъ именно они происходятъ, и составляютъ ли ихъ причину гонококки, или другіе какіе либо микробы. Относительно же суставовъ тоже давно уже обнаружено, что въ нихъ, при такъ называемомъ перелойномъ воспаленіи, могутъ находиться гонококки.

ХІІ.

Гнойныя кѣтки.

Изъ таблицъ видно, что постоянное присутствіе въ отдѣленіи гнойныхъ кѣтокъ въ гонококковыхъ случаяхъ перелома представляеть правило, отсутствіе же ихъ составляетъ исключеніе. Изъ всѣхъ 236 случаевъ только въ 7 не оказалось гнойныхъ кѣтокъ въ отдѣленіи на послѣдней недѣлѣ болѣзни

и въ 7 же другихъ случаяхъ въ серединѣ заболѣванія. Такимъ образомъ гнойныя кѣтки составляютъ самый существенный элементъ въ отдѣленіи при переломѣ.

Вотъ цифры, указывающія, когда въ послѣдній разъ въ среднемъ находими были мною онѣ въ отдѣленіи.

У постуи.	на 1-й нед. посл. набл. прых.	на 5,8 нед. (по пост.)
>	> 2—4 >	> > > 3,67 >
>	> 2 мѣс. и больше отъ нач. бол.	> 5,57 >
>	> съ первымъ возвратомъ	> 4,86 >
>	> остальн. возвратами	> 4,76 >
>	> повторнымъ переломомъ	> 8,6 >
>	> наружными осложненіями	> 5,50 >
>	> внутр. осложн. безъ пост.	> 7,33 >
>	> > > съ >	> 8,27 >

А въ среднемъ у 201 ¹⁾ поступившихъ . . . 5,97 нед.

Если сравнить полученныя цифры съ цифрами, указывающими время исчезанія гонококковъ изъ отдѣленія, то легко замѣтить, что гнойныя кѣтки исчезаютъ изъ отдѣленія гораздо позже гонококковъ, а именно наблюдаются въ немъ въ среднемъ еще недѣлю позже гонококковъ—около 8—9 дней (5,97—4,78—1,19 нед.). При возвратахъ гнойныя кѣтки замѣчаются еще дольше—1½ недѣли—послѣ гонококковъ, а въ повторныхъ случаяхъ перелома даже черезъ 4 недѣли послѣ гонококковъ. Это объясняется или тѣмъ, что по исчезаніи гонококковъ еще остается нѣкоторое время ядовитое начало, выделяемое ими, и раздражаетъ каналъ, или же что гонококки нѣкоторое время еще живутъ въ глубинѣ канала, хотя и не въ такомъ количествѣ, чтобы это обнаружилось появленіемъ ихъ въ гнойныхъ кѣткахъ.

Что касается количества гнойныхъ кѣтокъ, то микроскопическимъ путемъ врядъ ли возможно опредѣлить его хотя приблизительно точно. Дѣло въ томъ, что у одного и того же больного въ одинъ и тотъ же день количество ихъ въ отдѣленіи бываетъ различно, и даже если взять два препарата гноя непосредственно одинъ за другимъ отъ одного и того же больного, количество гнойныхъ кѣтокъ можетъ оказаться въ нихъ совершенно различнымъ. Въ общемъ впрочемъ можно ска-

¹⁾ Вмѣсто 236 взято 201 человекъ, такъ какъ у 35 человекъ микроскопическое исслѣдованіе по разнымъ причинамъ было прервано, когда еще продолжалась течь. Исключенные случаи отмечены, какъ выше сказано, знакомъ *.

зять, что въ большинствѣ случаевъ число гнойныхъ клѣтокъ въ отдѣленіи къ концу болѣзни уменьшается, хотя попадаютъ и такіе случаи, когда гнойныя клѣтки наблюдаются во множествѣ до тѣхъ поръ, пока только есть хотя какое нибудь отдѣленіе. Еще можно сказать, что чѣмъ водянистѣе, прозрачнѣе, свѣтлѣе течь, тѣмъ меньше въ ней гнойныхъ клѣтокъ. Но даже и въ совсѣмъ прозрачномъ и безвѣтномъ отдѣленіи мнѣ случилось находить нѣсколько гнойныхъ клѣтокъ и иногда съ гонококками.

Плоскій эпителий.

Плоскій эпителий особенно въ началѣ изслѣдованія отмѣчался мною не всегда точно. А именно я отмѣчалъ его только тогда, если онъ попадался въ значительномъ количествѣ. Вообще можно сказать, что онъ имѣется во всякомъ отдѣленіи изъ мочеиспускательнаго канала. Только по большей части, особенно вначалѣ болѣзни, примѣсь его такъ незначительна, что изрѣдка попадающіяся клѣтки эпителия легко просмотрѣть за множествомъ гнойныхъ клѣтокъ. За мѣтной становится эта примѣсь только тогда, когда отдѣленіе становится скуднѣе гнойными клѣтками, или же когда эпителий отдѣляется сразу большими массами. Первое обыкновенно наступаетъ въ серединѣ болѣзни, особенно же замѣтно становится къ концу ея. Второе наблюдать наиболѣе удобно при обострѣніяхъ процесса, когда снова получившіе свою силу гонококки усиливаютъ воспалительный процессъ настолько, что образовавшійся уже было молодой эпителиальный покровъ отторгается чуть не клочьями, — въ препаратъ попадаютъ иногда въ этихъ случаяхъ цѣлыя слои эпителиальныхъ клѣтокъ. Итакъ въ моихъ данныхъ относительно плоскаго эпителия подразумѣвается подъ отмѣтками о нахожденіи эпителия только нахожденіе его въ замѣтныхъ количествахъ сравнительно съ другими элементами отдѣленія.

Въ такихъ количествахъ эпителий появляется далеко не всегда. При остромъ перелѣтѣ у поступившихъ ранѣе мѣсяца отъ начала болѣзни онъ часто и вовсе не наблюдался, такъ изъ 32 поступившихъ на первой недѣлѣ болѣзни эпителий найденъ былъ только у 26, изъ 35 поступившихъ на 2—4 не-

дѣлѣ только у 27, у 25 поступившихъ на 2 мѣсяцѣ и болѣе въ 22 случаяхъ, у 26 съ 1 возвратомъ въ 26 случаяхъ, у 13 съ прочими возвратами въ 11 случаяхъ, изъ 11 съ повторнымъ перелетомъ въ 10 случаяхъ, изъ 31 съ наружными осложнениями въ 29 случаяхъ и изъ 63 съ внутренними осложнениями въ 6 случаяхъ. Такимъ образомъ эпителий отсутствовалъ въ 29 изъ 236 случаевъ (11,86%).

При этомъ на первой недѣлѣ по поступленіи онъ наблюдается только у меньшинства больныхъ. У нѣкоторыхъ же больныхъ появленіе его въ большихъ количествахъ наблюдается только черезъ нѣсколько недѣль по поступленіи. Въ среднемъ онъ появлялся — по моимъ изслѣдованіямъ:

У 26 поступ.	на 1-ой нед.	болѣзн.	черезъ 2,26 нед.	по поступл.
« 27	« « 2—4	« «	« 1,66	« « «
« 22	« « 2 мѣсяц	и болѣе	бол. 1,68	« « «
« 26	« « съ 1 возвратомъ	. . .	1,38	« « «
« 10	« « остальн. возврат.	. . .	1,5	« « «
« 10	« « повтори. забол.	. . .	2,8	« « «
« 15	« « при осложн. вос. голов.	. . .	1	« « «
« 14	« « съ друг. нар. осложн.	. . .	1,42	« « «
« 57	« « съ внутрен. осложн.	. . .	2,61	« « «
А у всѣхъ	207	1,95 нед.,	т. е. почти
				черезъ 2 недѣли по поступленіи.

Разъ появившись, эпителий обыкновенно продолжаетъ наблюдаться въ отдѣленіи до самаго конца заболѣванія, хотя количество его никогда не становится очень значительнымъ. Даже и тогда, когда эпителий остается почти единственнымъ изъ форменныхъ элементовъ, замѣчаемымъ въ отдѣленіи — и тогда количество его не бываетъ особенно большимъ. Обыкновенно въ этихъ случаяхъ замѣчается нѣсколько большихъ многоугольныхъ или овальныхъ клѣтокъ плоскаго многослойнаго эпителия, нѣсколько палочекъ и кокковъ и болѣе ничего.

Какъ бы то ни было, этотъ эпителий всегда является самымъ постояннымъ элементомъ отдѣленія при концѣ болѣзни послѣ гнойныхъ клѣтокъ. Такъ у 26 поступившихъ на 1-ой недѣлѣ его присутствіе отмѣчено на послѣдней недѣлѣ наблюденія во всѣхъ случаяхъ, у 27 поступившихъ на 2—4 не-

дѣлѣ онъ отсутствовалъ на этой недѣлѣ только 4 раза, у 22 поступившихъ на 2-мъ и болѣе мѣсяцѣ наблюдался постоянно, у 26 поступившихъ съ первымъ возвратомъ его не было 3 раза, у 10 съ остальными возвратами 1 разъ, изъ 15 случаевъ воспаления головки его не было только въ 1, изъ 14 случаевъ другихъ наружныхъ осложнений въ 1, изъ 57 случаевъ внутреннихъ осложнений въ 4 и изъ 10 повторныхъ случаевъ заболѣванія въ 1.

Цилиндрическій эпителий.

Что касается цилиндрическаго эпителия, то онъ встрѣчается гораздо рѣже и позже, чѣмъ другіе форменные элементы. Появляется цилиндрическій эпителий по большей части сразу въ большомъ количествѣ и рѣдко отдѣльными клетками. Объясняется это опять таки тѣмъ, что болѣзненный процессъ для того, чтобы дойти до мѣстъ высланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ, долженъ употребить известное, иногда довольно продолжительное, время. Вотъ таблица, показывающая въ среднемъ время перваго и послѣдняго появленія цилиндрическаго эпителия въ отдѣленіи, а также и число случаевъ, въ которыхъ наблюдался цилиндрическій эпителий.

У 16 поступ.	на 1 и. появ.	онъ въ средн.	черезъ 1,93 н. а исчез.	черъ 4,81 н.
" 11 "	" 2—4 "	" бол. "	" "	" 3 "
" 7 "	" съ 1 возвр.	" "	" "	" 6,9 "
" 4 "	" проч. возвр.	" "	" "	" 6 "
" 4 "	" "	" "	" "	" 5,5 "
" 17 "	" наруж. ослож.	" "	" "	" 3,23 "
" 32 "	" внутр. ослож.	" "	" "	" 7,9 "
" 7 "	" повторн. перел.	" "	" "	" 7,42 "
А у всѣхъ 105 человекъ	появл.	въ средн.	черезъ 3,23 н. а исчез.	черъ 5,80 "

Изъ этой таблицы видно между прочимъ, что всего позже появлялся цилиндрическій эпителий (на 6-ой недѣлѣ) у больныхъ, заболѣвавшихъ вторично и съ возвратами, кромѣ перваго. Если можно дѣлать какія либо заключенія изъ ничтожнаго количества (10) наблюдавшихся случаевъ втораго перелоа и прочихъ возвратовъ (4), то такой фактъ можно объяснить только тѣмъ, что слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала становится со временемъ какъ бы менѣе чувствительной, не такъ легко реагируетъ на раздраженіе отъ гонококковъ, и

послѣднимъ труднѣе преодолевать препятствія для ихъ распространенія. Далѣе бросается въ глаза очень долгое нахождение эпителия при первомъ возвратѣ (6—2,71 = 3,29 нед.) при внутреннемъ осложненіи (7,9—4,46 = 3,44 нед.) и затѣмъ у поступившихъ на 2-мъ и болѣе мѣсяцѣ болѣзни (6,9—4,54 = 2,36 нед.). Долгое нахождение эпителия въ этихъ случаяхъ указываетъ конечно на большее пораженіе болѣе глубокихъ частей мочеиспускательнаго канала, которая одѣты цилиндрическимъ эпителиемъ. Этого конечно и слѣдовало ожидать какъ въ затяжныхъ случаяхъ болѣзни (поступившіе на 2-мъ мѣсяцѣ и болѣе), такъ и при затягивающихся дѣло внутреннихъ осложненіяхъ, при которыхъ уже эта сама затяжка даетъ возможность распространиться процессу далѣе. При первомъ же возвратѣ опять таки болѣе дано возможности для пораженія глубокихъ одѣтыхъ цилиндрическимъ эпителиемъ частей канала, такъ какъ переднія части канала легче могутъ быть подвергнуты дѣйствию обеззараживающихъ растворовъ и слѣдовательно лишены своихъ гонококковъ, такъ что послѣдніе могутъ сохраниться только въ болѣе глубокихъ заднихъ частяхъ канала. Недолгое (3—2 = 1 нед.) нахождение цилиндрическаго эпителия у поступившихъ на 2—4 недѣлѣ болѣзни объясняется по всей вѣроятности просто сравнительною легкостью этихъ случаевъ. Если бы болѣзнь протекла очень тяжело, то и больные были бы направлены въ госпиталь раньше. По всей вѣроятности, слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала въ этихъ случаяхъ болѣе была способна сопротивляться вторженію гонококковъ, чѣмъ въ прочихъ случаяхъ, такъ что разрушенія, произведенныя послѣдними, не могли быть такъ велики, какъ въ другихъ случаяхъ. Недолгое (0,5 нед.) нахождение эпителия въ случаяхъ возвратовъ, кромѣ перваго, по всей вѣроятности объясняется легкостью этихъ возвратовъ и вѣроятно привыканіемъ слизистой оболочки канала къ часто повторяемымъ раздраженіямъ гонококковъ.

ХІІІ.

Посторонніе микробы.

Нахождение посторонних микробов отмечено въ 129 случаяхъ изъ 236 (54,66%), т. е. нѣсколько болѣе чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Такъ какъ первая двѣ недѣли послѣ начала наблюдения я особенно внимание обращалъ на отысканіе гонококковъ и гнойныхъ клѣтокъ, то вѣроятно число случаевъ съ примѣсными сортами микробовъ должно быть нѣсколько болѣе. Кромѣ того я не могу ручаться, чтобы еще въ известномъ количествѣ препаратовъ не ускользнули отъ моего вниманія отдѣльные микробы, если они находились въ очень незначительномъ количествѣ (менѣе десятка). Во всякомъ случаѣ, мнѣ кажется, я буду правъ, предположивъ, что въ четвертой части всѣхъ препаратовъ другихъ микробовъ, кромѣ гонококковъ, отыскать нельзя.

Сами примѣсные микробы, какъ въ этомъ легко убѣдиться изъ таблицъ, имѣютъ, что касается ихъ присутствія въ отдѣленіи, крайне нестойкій характеръ. Такихъ случаевъ, въ которыхъ присутствіе однихъ и тѣхъ же микробовъ, за исключеніемъ конечно гонококковъ, было отмечено въ теченіи нѣсколькихъ недѣль кряду, сравнительно очень мало. Обыкновенно нѣсколько видовъ микробовъ встрѣчаются вмѣстѣ у одного и того же больного и притомъ въ теченіи одной—двухъ недѣль, еще чаще ихъ нахождение ограничивается однимъ—двумя препаратами.

Точно опредѣлить отдѣльные виды микробовъ по одному микроскопическому исследованію конечно невозможно. Даже съ помощью развонокъ и прививокъ доказать, что имѣющіеся въ данномъ препаратѣ микробы относятся именно къ известному виду, нельзя съ положительностью, потому что полученіе известнаго вида въ разводкѣ не исключаетъ возможности того, что другой такой же видъ, только почему либо не выросшій на искусственной средѣ, не находится въ отдѣленіи, и быть можетъ еще въ большемъ количествѣ, чѣмъ полученный. Это очень наглядно подтверждается примѣромъ самихъ гонококковъ.

Кромѣ нихъ въ отдѣленіи иногда другихъ микробовъ вовсе не было и замѣтно. Вслѣдствіе этого я просто старался свести наблюденное подъ тѣ или другіе наружные признаки, не опредѣляя точно полученныхъ видовъ. Только про нѣкоторые изъ нихъ я могъ сдѣлать нѣкоторыя предположенія, которыя и будутъ изложены ниже.

Предиславъ эти предварительныя замѣчанія, я теперь перейду къ опредѣленію времени нахождения микробовъ и самихъ видовъ ихъ.

У 19 поступ. на 1 недѣлю микр. зам. въ ср. чер. 4,05 н. а вѣс. чер. 5,31 н.					
" 10 " " 2—4 " " " " " 3 " " " 3,3 "					
" 17 " " 2 м. и болѣе " " " " " 2,82 " " " 5,11 "					
" 15 " съ 1 возврат. " " " " " 2,05 " " " 5,2 "					
" 8 " " повтор. " " " " " 3,12 " " " 3,5 "					
" 14 " нар. воспал. гол. " " " " " 1,5 " " " 4,14 "					
" 8 " осл. др. нар. осложд. " " " " " 1,37 " " " 5,12 "					
" 40 " съ внутр. осложд. " " " " " 4,25 " " " 7,32 "					
" 6 " " повтор. перел. " " " " " 2,66 " " " 12,16 "					
А всего у 137 челов. въ сред. повязались черезъ 3,13 н. а вѣс. чер. 5,89 н.					

Всего позже (черезъ 4,05 нед.) такимъ образомъ появлялись посторонніе микробы въ свѣжихъ случаяхъ перелоя у поступившихъ на 1-ой недѣлѣ, чего впрочемъ можно было и ожидать, такъ какъ именно въ этихъ случаяхъ гонококки наблюдаются въ отдѣленіи массами и такъ сказать вытѣсняють въ него другихъ микробовъ. Еще позднѣе повидимому появляются посторонніе микробы у большихъ съ внутренними осложнениями, — но на самомъ дѣлѣ такое опозданіе отчасти объясняется тѣмъ, что отдѣленіе во многихъ случаяхъ при этихъ осложненіяхъ было такъ незначительно, что не могло быть снято для исследования. Если бы можно было исключить этотъ моментъ, то вѣроятно цифра, указывающая на появленіе микробовъ, нѣсколько понизилась. Во всякомъ случаѣ и здѣсь послѣе появленіе микробовъ объясняется малою давностью заболѣванія и слѣдовательно большимъ размноженіемъ гонококковъ.

Близко подходит къ этому сроку появленія микробовъ время появленія ихъ у поступившихъ на 2—4 недѣлѣ. Если сложить время отъ начала заболѣванія до поступленія въ госпиталь и отъ поступленія въ госпиталь до появленія микробовъ (1 нед. + 4,05 нед. = 5,05 нед. и 3 нед. + 3 нед. = 6 нед.) то цифры получаются подходящія. Причины этого вполне понятны —

процесс настолько еще вял, гонококков так много, что другим микробам нет места.

Всего меньше срок появления микробов у больных с выражаемыми осложнениями (1,37—1,5 нед.). Это объясняется тем, что именно при наружных осложнениях загрязнение может происходить всего легче.

Всего дольше держались посторонние микробы в повторных случаях перелоа (12,16—2,66 нед.—10,5 нед.). Если однако взглянем в соответственных таблицах и сравним таблицу, указывающую на присутствие гонококков с таблицей, указывающей посторонних микробов, то нам станет ясным, что этот длинный срок объясняется просто тем, что гонококки включены в число посторонних микробов. Дело в том, что я отмѣчал гонококков только тогда, когда видѣл их в (вабитых) гнойных клетках. Если же гонококки находились только в межклеточном пространстве, то они записаны в таблицу посторонних микробов. Разматривая напр. 136, 138, 139, 140 и 142 случаи в этих таблицах, мы увидим, что в те недѣли, в которых по гонококковой таблицѣ не находится гонококков, в таблицѣ посторонних микробов имѣется по большей части отмѣтка Г. т. е. отмѣчено находѣние похожих на гонококков диплококков, в межклеточном пространстве. Очевидно, эти диплококки и есть гонококки. Это подтверждается еще тем, что послѣ недѣли с отмѣтками — являются опять недѣли с отмѣткою +, а вновь получиться гонококки могли только тогда, когда они раньше существовали гдѣ нибудь в отдѣленіи, хотя бы и не в таком количествѣ, что бы дать характерную картину вабитых клеток. Если исключить эти гонококковы недѣли из таблицы посторонних микробов, то окажется, что первое появленіе микробов отмѣчено в среднемъ черезъ 7,25 недѣли по поступленіи, а исчезаніе ихъ черезъ 11,25 и слѣдовательно микробы держались у больных в среднемъ только 4 недѣли.

Такой подробный разборъ я сдѣлалъ еще и съ другою цѣлью. Всего чаще изъ посторонних микробов, какъ увидимъ ниже, отмѣчались именно диплококки похожие на гонококковъ (74 раза). Изъ сдѣланнаго разбора видно, что в громадномъ большинствѣ этихъ случаевъ дѣло идетъ просто о гонококкахъ, но ко-

торыхъ такъ мало сравнительно или которые почему то поставлены въ такіа условия, что не попадаютъ въ гнойныхъ клеткахъ.

Всетаки и при такомъ сокращеніи долгаго срока находѣнія микробовъ при повторномъ перелое объясняется вѣроятно темъ, что мочеиспускательный каналъ со временемъ перестаетъ такъ сильно реагировать на раздраженіе гонококками, какъ въ первый разъ, воспаленіе его слизистой оболочки получается не настолько сильное, а при менѣ сильныхъ воспалительныхъ явленіяхъ съ гонококками успѣшнѣе могутъ конкурировать другіе микробы и слѣдовательно дольше наблюдаться совместно съ ними.

Послѣ повторнаго перелоа всего дольше наблюдаются при мѣсные сорты микробовъ при наружныхъ осложненияхъ кромѣ воспаленія головки (3,75 нед.) и внутреннихъ осложнений (3,07 нед.). Въ этихъ случаяхъ длительность присутствія микробовъ очевидно объясняется самими осложнениями и попаданіемъ микробовъ изъ пораженныхъ органовъ въ отдѣленіе мочеиспускательнаго канала. Даже те авторы, которые какъ Wertheim, сводятъ всѣ осложненія на зараженіе гонококками, не отрицаютъ, что могутъ быть чистыя не гонококковаго происхожденія и что присутствіе гонококковъ не доказано еще в сѣменныхъ протокахъ и ткани яичекъ при воспаленіяхъ придатковъ и самихъ яичекъ. Другіе же авторы (Rowing, Touton, Frisch, Прессманъ и т. д.) прямо указываютъ на многихъ другихъ микробовъ, какъ на причину этихъ осложнений. Очевидно, что пока существуетъ такое осложненіе, въ отдѣленіи мочеиспускательнаго канала всегда можно рассчитывать найти микробовъ, вызвавшихъ то или другое осложненіе.

Тѣ же слова вполне относятся и къ наружнымъ осложнениямъ. Какъ мы увидимъ впоследствии, при воспаленіяхъ головки и крайней плоти, поддерживаемыхъ мягкими или твердыми шанкрами, при язвахъ въ мочеиспускательномъ каналѣ и т. д. постоянно встрѣчаются нѣкоторые виды микробовъ, даже для микроскопическаго наблюденія довольно характерные и совершенно отличные отъ гонококковъ. Очевидно, что при подобныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, осложняющихъ перелое, находки будутъ тѣже, пока длятся эти осложненія, и что ими

вполнѣ можно объяснить длительность нахождения посторонних микробовъ въ этихъ случаяхъ.

Нѣсколько болѣе короткій срокъ нахождения посторонних микробовъ при осложненіяхъ простымъ воспаленіемъ головки (2,64) объясняется сравнительною легкостью и быстрымъ исчезновеніемъ самаго осложненія.

При первомъ возвратѣ (3,14 нед.) и у больныхъ поступившихъ на 2-мъ мѣсяцѣ и болѣе (2,29 нед.) срокъ нахождения микробовъ все еще великъ, хотя и меньше, чѣмъ при осложненіяхъ. Всего же меньше время нахождения посторонних микробовъ при остромъ переломѣ, длившемся до поступления въ госпиталь менѣе мѣсяца. Въ этихъ случаяхъ онъ въ среднемъ не болѣе недѣли. Объяснить такое явленіе всего проще тѣмъ, что не тронутая еще слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала реагируетъ сильнѣе на раздраженіе, а въ такихъ условіяхъ гонококки легче вытѣсняются другихъ микробовъ.

Изъ отдѣльныхъ видовъ микробовъ, которые можно было различить подъ микроскопомъ, всего чаще встрѣчались диплококки, ничѣмъ не отличающіеся отъ гонококковъ, кромѣ того, что они располагались на препаратахъ не въ гнойныхъ клѣткахъ, а въ межклеточномъ пространствѣ—въ слизи—или же на эпителиальныхъ клѣткахъ (сравнительно рѣдко). Въ громадномъ большинствѣ случаевъ эти диплококки повидимому были и на самомъ дѣлѣ гонококки. По крайней мѣрѣ на это указываетъ нахождение ихъ въ тѣхъ же препаратахъ, въ которыхъ находились и гонококки въ гнойныхъ клѣткахъ (въ этихъ случаяхъ я не отмѣчалъ ихъ въ таблицѣ посторонних микробовъ) или же въ тѣ недѣли, въ которыя гонококковъ въ клѣткахъ не найдено и за которыми опять слѣдуютъ гонококковыя недѣли. Часто также въ первую недѣлю и въ серединѣ болѣзни наблюдаются гонококки въ гнойныхъ клѣткахъ, а въ послѣдніи недѣли они наблюдаются только въ слизи съ примѣсью другихъ микробовъ, а нерѣдко и безъ этой примѣси. Наблюдались такіе диплококки у 74 больныхъ. При этомъ въ одномъ случаѣ они наблюдались въ теченіи 10 недѣль, въ 5 случаяхъ по 6 недѣль, въ 2-хъ по 5, въ 3-хъ по 4, въ 11-ти по 3, въ 20-ти по 2 и въ остальныхъ по 1 недѣлѣ.

Далѣе въ 17 случаяхъ наблюдались круглыя диплококки

(въ 7 изъ нихъ по 2 недѣли), въ 11 мелкіе диплококки (1 разъ 3 и 2 раза по 2 недѣли), въ 6 случаяхъ круглыя мелкіе диплококки (1 разъ 3 недѣли), въ 6 случаяхъ мелкіе кокки (1 разъ 2 недѣли) и въ 3-хъ цѣпочечные кокки. Эти мелкіе кокковыя формы встрѣчались обыкновенно вмѣстѣ въ одномъ препаратѣ въ разныхъ комбинаціяхъ и относятся повидимому къ разнымъ видамъ. Но надо помнить, что нѣкоторые изъ данныхъ видовъ могутъ появляться какъ въ видѣ цѣпочечныхъ, напр., кокковъ или круглыхъ диплококковъ, такъ и въ видѣ отдѣльныхъ кокковъ. Благодаря этому обстоятельству определить ихъ точнѣе однимъ микроскопомъ невозможно. По всей вѣроятности въ этой группѣ встрѣчаются какъ простые, такъ и цѣпочечные кокки нагноенія, сапрофиты мочеиспускательнаго канала и т. д.

Изъ болѣе рѣдкихъ кокковыхъ формъ я 5 разъ наблюдалъ овальныхъ диплококковъ и 3 раза овальныхъ кокковъ, тоже вѣроятно представлявшихъ одну и ту же форму, 2 раза круглыхъ большихъ кокковъ, 2 раза такихъ же диплококковъ (тоже вѣроятно одна и та же форма) и 1 разъ крупныхъ диплококковъ подобныя гонококкамъ. Наконецъ 25 разъ я наблюдалъ круглыхъ шаровидныхъ кокковъ средней величины. Конечно все описанныя формы могли принадлежать самымъ различнымъ видамъ микрококковъ.

Изъ палочковыхъ формъ всего чаще (21 случай) встрѣчалась одна форма, имѣвшая очень характерный видъ двухъ очень мелкихъ палочекъ, представляющихъ какъ бы продолженіе одна другой. Это характерное расположеніе по двѣ и малая величина позволяли легко отличать ихъ отъ другихъ имъ подобныхъ. Изъ 21 случая въ 2-хъ эти палочки наблюдались по 6 недѣль, въ 1-мъ 3 недѣли, въ 3-хъ по 2 недѣли. Я ниже ихъ буду называть диплобациллами.

Послѣ нихъ начине встрѣчались толстыя, короткія палочки, не имѣющія характерныхъ отличій, въ 20 случаяхъ (1 разъ въ теченіи 3-хъ недѣль), толстыя палочки средней длины въ 17 случаяхъ (4 раза по 2 недѣли), палочки средней длины и толщины въ 11 случаяхъ (1 разъ 2 недѣли), мелкія палочки въ 11 случаяхъ (2 раза по 2 недѣли) и средней толщины короткія палочки въ 6 случаяхъ. Изъ болѣе рѣдкихъ наблю-

дался еще в 2-х случаях длинная палочка средней толщины и тонкая палочка средней длины 2 случая. В 8 случаях палочки названы просто толстыми и в 18 еще более неопределенно упомянуто просто о нахождении палочек. Из всех палочковых форм, кроме двойных мелких, имеют характерный вид еще развѣ только палочки средней длины и толщины, часто несколько изогнутыя. Онѣ въ общемъ очень похожи на чахоточныя палочки Коха и по всей вѣроятности въ большинствѣ случаевъ представляли изъ себя такъ называемыхъ палочекъ смазки крайней плоти (*Bacillus Smegmae*). Мелкія же палочки, найденныя въ 11 случаяхъ, по всей вѣроятности тождественны съ двойными мелкими палочками, въ смѣси съ которыми обыкновенно и встрѣчаются.

XIV.

Теперь я вкратцѣ повторю важнѣйшіе выводы, полученные изъ изучения гонококковыхъ случаевъ переломъ.

1) Вначалѣ болѣзни гонококки въ отдѣленіи всего многочисленнѣе ⁴⁾, затѣмъ постепенно ихъ становится все меньше и меньше, отдѣляемое то содержитъ, то не содержитъ ихъ, все меньше попадаетъ набитыхъ ими гнойныхъ кѣлокъ и наконецъ, недѣли за 2—3 до выписки, т. е. приблизительно къ концу пятой недѣли по поступленіи больного въ госпиталь, они совсѣмъ исчезаютъ изъ отдѣленія мочеиспускательнаго канала, такъ что это исчезновеніе можно считать предвѣстникомъ выздоровленія больного.

2) Всего долѣе наблюдаются гонококки при переломѣ съ внутренними осложнениями (6, 19 нед.), особенно же если къ нимъ прибавить еще циститы (7,08 нед.), затѣмъ въ запущенныхъ случаяхъ (5,14 нед.). Всего скорѣе исчезаютъ гонококки изъ отдѣленія (черезъ 2,90 нед. по поступленіи), если больной поступилъ къ концу болѣзни или въ срединѣ ея (на 2—4 нед. болѣзни).

3) Въ соотвѣтствіи съ этимъ и длительность пребыванія въ

⁴⁾ Какъ видно изъ таблицы, больныхъ, поступившихъ черезъ 1—2 дня отъ начала болѣзни, умножено было 5, поэтому подъ началомъ болѣзни я разужю въ 1—2 дня, а 1—2 недѣлю болѣзни.

госпиталѣ до полного выздоровленія возрастаетъ при внутреннихъ осложненияхъ до 9,31 недѣли (а съ циститами до 10,18 недѣли), а въ запущенныхъ случаяхъ до 7,28 недѣли и спускается въ 2—4 недѣльныхъ случаяхъ до 4,96 недѣли.

4) Наружныя осложненія по большей части повидимому не состоятъ въ связи съ распространеніемъ гонококковъ, по крайней мѣрѣ и при нихъ гонококки исчезаютъ къ концу 5-й недѣли, также какъ и безъ нихъ.

5) При возвратахъ гонококки исчезаютъ изъ отдѣленія уже на 4-й недѣли, а выздоровленіе получается на седьмой, раннѣе чѣмъ при первичномъ переломѣ. Этимъ между прочимъ возвратамъ резко отличаются отъ повторныхъ заболѣваній, при которыхъ гонококки, какъ и при первичныхъ, исчезаютъ изъ отдѣленія на 5-ой недѣли, выздоровленіе же отодвигается до 10-ой недѣли.

6) Гнойныя кѣлки наблюдаются все время болѣзни до послѣдней недѣли ея, и слѣдовательно все время длится и нагноеніе, хотя къ концу болѣзни количество ихъ и становится меньше. Количество гнойныхъ кѣлокъ, какъ и гонококковъ, непостоянно и увеличивается при обостреніяхъ.

7) Плоскій эпителий въ небольшомъ количествѣ наблюдается все время болѣзни и во всѣхъ случаяхъ, замѣтнымъ же его присутствіе становится при уменьшеніи остроты явленій приблизительно къ концу 2-ой недѣли. Въ большихъ количествахъ плоскій эпителий можетъ наблюдаться при обостреніяхъ. Нахожденіе этого эпителия объясняется почвой, на которой распространяется процессъ.

8) Цилиндрическій эпителий появляется по большей части сразу въ значительномъ количествѣ при обостреніяхъ, но можетъ выдѣляться и по немного, особенно въ запущенныхъ случаяхъ, наблюдается гораздо рѣже плоскаго. Его появленіе обыкновенно обозначаетъ собою поражение болѣе глубокихъ частей мочеиспускательнаго канала.

9) Другіе микробы, кромѣ гонококковъ, появляются въ отдѣленіи въ среднемъ только на 4-ой недѣли по поступленіи. Число ихъ въ замѣтномъ количествѣ, если даже считать въ числѣ ихъ и гонококковъ, когда тѣ не расположены въ гнойныхъ кѣлкахъ, — наблюдается приблизительно только въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Нахожденіе ихъ въ отдѣленіи непостоянно — и

виды их и количество в различное время у одного и того же больного различны. Само пребывание их в отделии в среднем длится не больше 2—3-х недель.

10) Наиболее часто встречаются в отделии, кроме гонококков, диплобациллы, средней длины тонкие палочки, толстая короткая палочки, мелкие круглые дипло-стрепто—и просто кокки и гонококковые виды кокков. Все эти виды не могут конкурировать с гонококками ни поистинством нахождения, ни количеством и потому решительно должны быть отнесены к примесным.

11) Только гонококки наблюдаются постоянно в гонококковых случаях сь самого начала болезни и исчезают при затихании воспалительных явлений, предвщая конец болезни. При этом замечается полное соотвѣствие между размноженіем гонококков и усиленіем воспалительных явлений. Вообще, пока наблюдаются гонококки, продолжается и болезненный процесс, можно ждать осложнения и т. д.

12) Если искать причину перелоа в разобранных случаях в микробах, то такою причиною могут быть только гонококки.

XV.

Переходя теперь к гонококковым случаям перелоа, прежде всего я постараюсь разобраться в данных об отделиных составных частях отделиаемаго.

Гнойныя кѣтки.

Въ некоторых случаях не гонококкового перелоа гнойных кѣток вовсе не наблюдалось.

Изъ 8 поступ. на 1 недель болѣ. ихъ не было въ 1 случ.
 » 12 » » 2—4 » » » » » 2 »
 » 16 » » 2-мъ и бол. м. » » » » » 6 »
 » 11 » сь 1 возвратомъ » » » » » 2 »
 » 11 » » друг. возвр. » » » » » 2 »
 » 4 » » повт. перел. » » » » » 0 »
 » 5 » » нар. осложн. » » » » » 1 »
 » 11 » » внут. ослож. » » » » » 2 »

А всего изъ 85 случаевъ въ 16 (18,82%)

Кромѣ того въ 12 случаяхъ были недѣли в среднемъ болѣзни, когда не наблюдалось гнойныхъ кѣтокъ, а въ 11 случаяхъ такія недѣли были въ концѣ болѣзни. Затѣмъ въ 3-хъ случаяхъ гнойныя кѣтки появились в отделии не сразу, а только черезъ нѣсколько недѣль отъ начала болѣзни, и именно у одного поступившаго на 1-й недѣли гнойныя кѣтки появились черезъ двѣ недѣли отъ времени поступления, у одного поступившаго на 2-й недѣли болѣзни тоже черезъ 2 недѣли и у одного поступившаго со вторымъ рецидивомъ появились только черезъ 5 недѣль послѣ поступления. Сроки, когда исчезали гнойныя кѣтки изъ отделиа, и промежутокъ между этимъ исчезаніемъ и временемъ выписки изъ отделиа видны изъ слѣдующей таблицы.

У 7 пост.	на 1	п. гн. кл. исч.	чер. 2,85	и отъ пост.	а вых.	была чер. 5	н.
15	»	» 2—4	»	»	»	»	6, 6
7	»	» 2 и бол. мѣс.	»	»	»	»	6,42
9	»	» сь 1 возврат.	»	»	»	»	6,11
9	»	» проч. возр.	»	»	»	»	8,22
4	»	» пов. перел.	»	»	»	»	3,23
3	»	» нар. осложн.	»	»	»	»	14,66
9	»	» внут. осло.	»	»	»	»	8,77
А всего у 63					4,19		7,19

Разсматривая приведенныя данныя, мы видимъ, что всего больше случается (6 изъ 16) безъ гнойныхъ кѣтокъ в отделии наблюдается в запущенныхъ случаяхъ перелоа у больных, поступивших на 2-мъ и больше мѣсяцъ болѣзни,— другими словами в хроническихъ случаяхъ перелоа отделие часто вовсе не содержитъ гнойныхъ кѣтокъ. Этого вполне можно было ожидать а priori на основаніи микроскопическихъ свойствъ отделиаемаго при хроническомъ перелѣ и вообще сопровождающихъ его явлений. Но и во время другихъ рубрикахъ даже между больными, поступившими на 1-й недѣли болѣзни, замѣчаются случаи сь отделиеніемъ, не заключающимъ гнойныхъ кѣтокъ. Только повторные случаи перелоа все одинаково характеризуются присутствіемъ гнойныхъ элементовъ. Но этихъ повторныхъ случаяхъ всего 4; быть можетъ, если бы ихъ набралось большее число, и тутъ повторилось бы явленіе, наблюдающееся в прочихъ рубрикахъ. Объяснить такое сравнительное обиліе случаевъ безъ гнойныхъ кѣтокъ (18,82%)

всѣхъ случаевъ) всего проше будетъ тѣмъ, что причины, обуславливаюція нагноеніе, здѣсь гораздо слабѣе, чѣмъ въ тонкокловыхъ случаяхъ. Замѣчу еще, что при возвратахъ гнойныя кѣтки отсутствуютъ чаще, чѣмъ при первичномъ перелое. Изъ 27 случаевъ первичнаго перелоа въ 3-хъ, изъ 16 случаевъ осложненныхъ въ 2-хъ и изъ 22 случаевъ возвратовъ въ 4-хъ, т. е. на 43 случая первичнаго перелоа приходится 5 случаевъ безъ гнойныхъ кѣтокъ (1 изъ 8), а на 22 возврата 5 (1 изъ 5), почти вдвое болѣе сравнительно.

Въ случаяхъ съ гнойнымъ отдѣленіемъ за немногими упомянутыми исключениями гнойныя кѣтки открывались въ отдѣленіи уже на 1-ой недѣль, а исчезали изъ него на 5-ой, въ среднемъ за 3 недѣли до выписки. Всего меньше протекало времени между временемъ выхода больного изъ госпиталя и послѣднимъ нахожденіемъ въ его отдѣленіи гнойныхъ кѣтокъ у поступившихъ на 1-ой недѣль болѣзни и больныхъ внутренними осложнениями (то же недавній перелой). Это легко было предвидѣть, такъ какъ именно въ недавнихъ случаяхъ явленія всего острѣе, и слѣдовательно нагноеніе всего сильнѣе. Въ остальныхъ случаяхъ это время довольно близко подходило къ 3 недѣлямъ, т. е. общему среднему числу. Только при наружныхъ осложненияхъ это время значительно возрастаетъ (болѣе 6 недѣль), но дѣло въ томъ, что всѣхъ случаевъ съ наружными осложнениями всего 3, и выводить изъ нихъ какія либо заключенія рискованно.

Плоскій эпителий.

Плоскій эпителий не наблюдался въ сколько нибудь замѣтномъ количествѣ въ 23 случаяхъ изъ 85, т. е. въ 27,05% всѣхъ случаевъ. Распредѣлялись эти случаи такъ:

У посту. на 1 недѣль эпителия не замѣчено въ 4 случаяхъ (на 8 случ.)			
" " " 2-4 " " и болѣе " " "	"	5	(" 19 ")
" " " съ 1 возвратомъ " " "	"	4	(" 16 ")
" " " " " " " " "	"	2	(" 11 ")
" " " " " " " " "	"	2	(" 11 ")
" " " " " " " " "	"	3	(" 4 ")
" " " " " " " " "	"	0	(" 5 ")
" " " " " " " " "	"	3	(" 11 ")

Всего болѣе сравнительно случаевъ безъ эпителия значить при повторномъ перелое (3/4) и при перелое недавняго происхожденія (1/8 = 1/2). Затѣмъ почти поровну въ 2—4 недѣльныхъ случаяхъ (5/10 = почти 1/2), хроническихъ (1/10 = 1/10) и внутреннихъ осложненияхъ (2/11 = почти 1/4) и нѣсколько меньше при возвратахъ (2/11 = почти 1/5). Всего меньше такихъ случаевъ при наружныхъ осложненияхъ (0).

Большое число случаевъ безъ эпителия при недавнемъ перелое и при повторномъ перелое объясняется именно тѣмъ, что въ начальномъ періодѣ болѣзни нагноеніе всего сильнѣе, и слущиванія эпителия въ большихъ количествахъ произойти не можетъ, такъ какъ это произошло уже до поступленія больного. Постоянное присутствіе эпителия при наружныхъ осложненияхъ объясняется характеромъ самыхъ осложнений (3 случая balanitis, 1 случай herpes genitalium и 1 случай ulcus urethrae), въ 4-хъ изъ которыхъ пораженъ былъ главнымъ образомъ эпителиальный слой. Остальные случаи стоятъ на среднѣ между этими и согласно съ этимъ имѣютъ среднее количество безэпителиальныхъ случаевъ. Время появленія и исчезанія эпителия изъ отдѣленія видно будетъ изъ слѣдующихъ данныхъ.

У пост. на 1 н. появ. эпит. чер. 2 н. исч. чер. 5,25 н. приобш. длит. 6.7,25 въ среднемъ					
" " " 2-4 " " " " "	"	1,41	"	4,08	" " " 7,25
" " " 1 мѣс. и бол. " " "	"	1,42	"	3,71	" " " 7,14
" " " съ 1 возвр. " " "	"	1,71	"	3,71	" " " 7,42
" " " проч. возр. " " "	"	1,55	"	5,88	" " " 8,33

Изъ повторныхъ случаевъ въ единственномъ, когда наблюдался эпителий, онъ наблюдался только на 4-ой недѣль по поступленіи. Изъ поступившихъ съ наружными осложнениями только въ 1-мъ были довольно точныя записи во все время болѣзни, здѣсь эпителий наблюдался на 3, 4, 6, 9 и 10 недѣляхъ при общей продолжительности болѣзни въ 24 недѣли. При внутреннихъ осложненияхъ тоже наблюденія слишкомъ отрывочны, чтобы сдѣлать какія либо выводы. Въ среднемъ при первичномъ перелое и возвратахъ (39 случаевъ) эпителий появлялся черезъ 1,56 недѣли по поступленіи и исчезалъ изъ него черезъ 4,48 недѣли по поступленіи, при общей длительности болѣзни въ 7,51 недѣль.

Всего позже появлялся эпителий у поступившихъ на 1-ой

недѣль болѣзни, а всего дольше держался въ отдѣленіи въ тѣхъ же случаяхъ и еще при возвратахъ, кромѣ перваго. Причина долгаго нахождения эпителия въ отдѣленіи при возвратахъ по всей вѣроятности состоитъ въ утратѣ эпителиемъ слизистой оболочки той стойкости, которая присуща нормальному эпителию, а быть можетъ и въ томъ, что раздраженіе слишкомъ слабо, чтобы вызвать сильный нагноительный процессъ, какъ въ гоноккокковыхъ случаяхъ, при которомъ отдѣляющийся эпителий терается въ массѣ гнойныхъ клѣтокъ, но всетаки достаточно сильно, чтобы довольно долго вызывать слущиваніе эпителия.

Цилиндрическій эпителий.

Этотъ эпителий наблюдался сравнительно рѣдко и въ небольшомъ количествѣ. Всего случаевъ, когда онъ наблюдался, было 16 (18,82%). Обыкновенно присутствіе его наблюдалось въ теченіи одной недѣли и менѣе; случаи когда онъ наблюдался болѣе, чѣмъ въ теченіи одной недѣли, будутъ указаны. У поступившихъ на 1-ой нед. онъ наблюдался въ 2-хъ случ. (изъ нихъ 1 разъ 3 недѣли)

>	>	> 2--4 « «	>	>	>	6	>
>	>	(1 разъ 3 недѣли)	>	>	>		>
>	>	> мѣс. и болѣе	>	>	>	1	>
>	>	> съ 1-мъ возвратомъ	>	>	>	2	>
>	>	(оба раза по 2 недѣли)	>	>	>		>
>	>	> прочими возвратами	>	>	>	2	>
>	>	(1 разъ 2 недѣли 1 разъ 3 недѣли)	>	>	>		>
>	>	> повтори. перелоемъ	>	>	>	1	>
>	>	(1 разъ 2 недѣли наружн. осложненіемъ въ 1 случ.	>	>	>		>
>	>	> у пост. съ внутр. осложн.	>	>	>	1	>

Въ среднемъ въ 16 случаяхъ эпителий появлялся черезъ 3,12 недѣли со времени поступленія, а исчезать изъ отдѣленія черезъ 4 недѣли со времени поступленія, при общей длительности болѣзни въ 77,5 недѣль.

Очевидно, что почти во всѣхъ этихъ случаяхъ появленіе цилиндрическаго эпителия не имѣло постояннаго характера, было такъ сказать болѣе или менѣе случайно. Такимъ образомъ надо думать, что и достаточно сильное раздраженіе или же большое

распространеніе процесса, при которомъ могли быть захвачены и области, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ, наблюдались въ данныхъ случаяхъ рѣдко. То и другое условіе, необходимое для появленія цилиндрическаго эпителия въ отдѣленіи, встрѣчаются повидимому чаще всего около середины теченія болѣзни приблизительно на 4-ой недѣль. Другіе какіе либо выводы за незначительностью цифръ сдѣлать я затрудняюсь.

XVI.

Микробы.

Всѣхъ случаевъ, въ которыхъ наблюдались микробы, было 44 (51,76%). Микробы наблюдались обыкновенно по нѣскольку видовъ вмѣстѣ. Если же наблюдались они не вмѣстѣ, то обыкновенно въ разныя недѣли и микробы наблюдались различные. У поступ. на 1 нед. микроб. не было въ 4-хъ случ. (50%)

>	>	> 2—4	>	>	>	5	>	>	>	>	(26,31%)
>	>	> 2 мѣс. и болѣе	>	>	>	8	>	>	>	>	(50%)
>	>	> съ 1-мъ возвратомъ	>	>	>	4	>	>	>	>	(36,36%)
>	>	> прочими возвратами	>	>	>	2	>	>	>	>	(18,18%)
>	>	> повтори. перел. во всѣхъ	>	>	>	4	>	>	>	>	(100%)
>	>	> наружн. осложнен.	>	>	>	2	>	>	>	>	(40%)
>	>	> внутр. осложнен.	>	>	>	6	>	>	>	>	(54,54%)

Въ случаяхъ, когда наблюдались микробы, время появленія и исчезанія ихъ изъ отдѣленія видно изъ слѣдующей таблицы.

У 4 пост. на 1 н. появ. микр. чер. 1,25 исчез. чер. 3,5 при преб. въ от. въ 6,25
12 " " 2-4 " " " 1,58 " " " 3,66 " " " " " 7,41
5 " " 2 мѣс. и болѣе " 1 " " 2,6 " " " " " 5,4
6 " " съ 1 возврат. " 1,33 " " 2,83 " " " " " 5
9 " " проч. возврат. " 1,55 " " 3,77 " " " " " 3,4
3 " " наружн. осложн. " 5,33 " " 8,66 " " " " " 14,66
5 " " внутр. осложн. " 3,4 " " 4,2 " " " " " 7
Въ среднемъ у 44 человекъ 1,95 3,84 6,38

Приступая къ обсужденію этихъ данныхъ, я прежде всего долженъ замѣтить, что придавая важное значеніе положительнымъ даннымъ, я далеко не придаю того же значенія полученнымъ отрицательнымъ результатамъ. Я глубоко убѣжденъ, что микробы имѣлись во всѣхъ наблюдавшихся случаяхъ. Если

же почти в половине всех случаев они не были найдены под микроскопом, то причины этого двояки. 1) Недостаточная точность исследования, происшедшая отчасти от неопытности самого исследователя, отчасти от того, что отбывались микробы только тогда, когда находились в отделе в значительном количестве. 2) Незначительное число имевшихся в отделе микробов, вследствие которого их легко было просмотреть. В силу этих обстоятельств, а также и малого количества сделанных наблюдений, мои заключения будут весьма общи.

Большое число случаев безмикробных у поступивших на первой неделе болезни объясняется легкою соответственных случаев и незначительностью наблюдавшегося отделе и реакции.

Трое из соответствующих больных выздоровели уже на 2-й неделе по поступлении, и исследование могло быть предпринято только на 1-й неделе болезни. Четвертый же больной был подвергнут исследованию только на четвертой и 5-й неделе болезни, и на 6-й уже выздоровел и не был исследуем. Весьма вероятно, что во всех 4-х случаях имело место заражение гонококками, но вследствие большей невосприимчивости слизистой оболочки этих больных к заразу, гонококки не могли так укорениться в этой оболочке, как это бывает в других случаях, и скоро исчезли из отделе, не вызвав на столько сильного раздражения, чтобы дать возможность развиться другим микробам в получающемся из канала отделе.

У поступивших на 2-м месяце и более вероятно дело было совсем обратно. Тут гонококки свое дело уже сделали. Процесс почти закончился, и слизистая оболочка перестала отделять даже такое отделе, которое было бы удобно для развития этих микробов. Если в первом случае достаточное раздражение еще не успело развиться, то здесь напротив оно уже перестало получаться, и сапрофиты, не имея достаточно пищи, не могли иметь и надлежащей почвы для развития.

Большая цифра безмикробных случаев при повторном переломе объясняется скорее всего также, как и у поступивших на 1-й неделе болезни, меньшею восприимчивостью к

заразу. А сравнительно больша цифра при осложнениях объясняется сверх того еще скудостью самого отделе при некоторых из них (орхиты), благодаря которому микробы, даже присутствуя в отделе, не всегда могли попасть в препарат.

Менше всего безмикробных случаев у поступивших на 2—4 неделе болезни и при возвратах. Это объясняется тем, что во всех этих случаях микробы, гесп. гонококки, могли уже вызвать надлежащее раздражение вследствие длительности болезни и следовательно приготовить почву для вторжения других микробов, но раздражение это еще не могло на столько ослабеть, чтобы отделе оказалось не в силах поддержать жизнь других микробов.

Время, в течение которого наблюдались посторонние микробы в отделе, в среднем равнялось 1,89 недели. Всего дольше держались они в отделе у больных с наружными осложнениями (3,33 недели). У поступивших на 1-й неделе, на 2-й 4-й неделе и с возвратами (кроме первого) пребывание микробов в отделе длилось 2,25, 2,08 и 2,22 недели—почти одинаковое время, у поступивших на 2 и более месяце и с 1-м возвратом тоже почти одинаковое время—1,6 и 1,5 недели. Всего короче был срок нахождения микробов при внутренних осложнениях—0,8 недели. Долгое нахождение микробов при наружных осложнениях объясняется особенностями тех трех случаев, которые послужили для выведения среднего числа, особенно же случая за № 67, и потому не могут иметь особого значения. Для получения приблизительного вывода на этот счет надо гораздо больше случаев, чем имеется у меня.

Также сомнителен вывод и относительно случаев с внутренними осложнениями. При большем числе наблюдений вероятно и промежуток времени пребывания микробов был бы больше. Надо полагать однако, что и при большем числе наблюдений этот промежуток был бы менше среднего, так как при некоторых осложнениях (орхиты) отделе на время вовсе прекращается, а следовательно и микробы в нем наблюдаться не могут.

Остальные цифры тоже выведены из небольшого коли-

чества наблюдений, но не так резко уклоняются от общей средней и легче поддаются объяснению. Очевидно, что при всех случаях перелоа наступает известный момент, когда ядь первичной заразы начинает настолько ослабевать, что допускает размножение рядом с собою и других микробов. Сь другой стороны сопротивляемость слизистой оболочки в это время еще не настолько восстановилась, чтобы дать надлежащий отпор этому размножению. Въ результатѣ и бывает наступление известнаго периода времени, когда эти микробы могут размножаться. Периодъ этотъ длится почти одинаковое время у поступивших на 1-ой, 2—4-й недѣль и съ возвратами кромѣ перваго, такъ какъ причины наступления его одинаковы. Разница только въ томъ, что при болѣе давнихъ случаяхъ (2—4 недѣльные и возвраты) онъ наступаетъ нѣсколько поздне (2—3 днями). При первомъ возвратѣ и при хроническомъ перелое время появления микробовъ наступаетъ раньше, и длительность пребыванія ихъ въ отдѣленіи меньше (всего 1 недѣли) вѣроятно потому, что больные въ этихъ случаяхъ поступаютъ по поводу обостреній, вообще легче текущихъ и поддающихся лѣченію скорѣе. Вслѣдствіе этихъ обстоятельствъ и раздражающая причина удаляется изъ мочеиспускательнаго канала скорѣе, и слизистая оболочка скорѣе воспринимаетъ свое прежнее отправленіе—оплота тѣла отъ вторгающихся въ него микробовъ.

Послѣ периода втораго микробовъ дѣло все еще не кончается, и выродоженій около 3-хъ недѣль въ среднемъ (3,09 недѣли) отдѣленіе изъ мочеиспускательнаго канала все еще наблюдается, хотя и въ незначительномъ количествѣ, по большей части въ такомъ, что его не хватаетъ для приготовления препарата обыкновеннымъ мною описаннымъ путемъ. По большей части въ этихъ случаяхъ достаточное количество отдѣленія можетъ быть собрано только раннимъ утромъ до 1-го мочеиспусканія. Но и въ этомъ отдѣленіи микробовъ въ замѣтномъ количествѣ обыкновенно не бываетъ. Что касается этого безмикробнаго периода, то онъ всего длиннѣе въ затяжныхъ случаяхъ (2—4 недѣльные)—3,75 недѣли въ среднемъ по моимъ даннымъ и въ хроническомъ (поступивше на 2-мъ мѣсцѣ и болѣе)—5,8 недѣль. Вторая цифра вѣроятно нѣсколько больше действительной средней. Но во всякомъ случаѣ такое превы-

шеніе нормы въ затяжныхъ хроническихъ случаяхъ весьма вѣроятно, и объясняется получившимся хроническимъ катаральнымъ состояніемъ слизистой оболочки, при которомъ происходитъ усиленное размноженіе и слущиваніе эпителия, не дающее времени для размноженія микробовъ. Ниже средняго продолжительность этого периода при возвратахъ, что объясняется болѣе легкимъ теченіемъ ихъ. Что касается осложненій, то по малости числа наблюдений отъ выводовъ воздерживаюсь.

Изъ отдѣльныхъ видовъ микробовъ всего чаще встрѣчались гонококки—22 больныхъ (25,88), причемъ въ 1-мъ случаѣ они наблюдались въ теченіи 5 недѣль и 5 разъ по 2 недѣли. Затѣмъ чаще другихъ встрѣчались диплобациллы—14 разъ (2 раза по 2 недѣль, 2 раза по 4 недѣли, 3 раза по 3 недѣли, 3 раза по 2 недѣли и 4 раза по 1 недѣль), толстыя короткія палочки—9 разъ (1 разъ 5 недѣль, 2 раза по 4 недѣли, 2 раза по 3 недѣли, 3 раза по 2 недѣли и 1 разъ по 1 недѣль), тонкія среднія палочки—6 разъ (по 1 недѣль), толстыя диплобациллы 3 раза (1 разъ 3 недѣли), длинныя толстыя палочки два раза и 7 разъ палочки болѣе точно не опредѣленныя. Изъ кокковъ послѣ гонококковъ всего чаще наблюдались круглые мелкие кокки 5 разъ (1 разъ 4 недѣли, 2 раза по 3 недѣли, 1 разъ 2 недѣли и 1 разъ 1 недѣля), круглыя диплококки—5 разъ (1 разъ 5 недѣль и 4 раза по 1 недѣль), цѣпочные мелкіе кокки 3 раза (1 разъ 4 недѣли, 2 раза по 1 недѣль), мелкіе круглыя диплококки 4 раза (1 разъ 4 недѣли, 3 раза по 1 недѣль), круглыя кокки 3 раза (1 разъ 2 недѣли), диплококки 3 раза (1 разъ 2 недѣли), овальныя кокки 3 раза (1 разъ 2 недѣли, 2 раза по 1 недѣль), кокки безъ болѣе точнаго обозначенія 3 раза (по 1 недѣль).

Выдающимся микробами такимъ образомъ являются диплобациллы, толстыя короткія палочки, мелкія среднія палочки (весьма похожія на палочки смазки крайней плоти—*Bacillus smegmae*), круглыя мелкіе кокки, круглыя дипло—и стрептококки. Эти кокки по всей вѣроятности чаще всего представляютъ собою ту или другую разновидность гноеродныхъ протейкокковъ и цѣпочныхъ кокковъ. По крайній мѣрѣ на это указываетъ нахождение этихъ кокковъ при такомъ осложненіи, какъ язвы въ мочеиспускательномъ каналѣ (случай 3).

XVII.

Кромѣ того въ 6 случаяхъ, помѣщенныхъ въ началѣ таблицы, диплобациллы, мелкіе круглые кокки и толстыя короткія палочки играютъ до нѣкоторой степени ту роль, которую при обыкновенномъ перелѣ играютъ гонококки. По крайней мѣрѣ они въ этихъ случаяхъ наблюдались также въ набитыхъ гнойныхъ кѣткахъ. А въ 7-мъ и 8-мъ случаяхъ микробы постоянно наблюдались на эпителіи. Эти случаи я разберу подробно.

№ 1 (Кроль) поступилъ черезъ 2 дня отъ начала болѣзни, съ возвратомъ, но какимъ именно—не знаетъ, такъ какъ болѣть и лѣчиться уже около 5 лѣтъ и обостренія имѣлъ часто. Исслѣдованіе больного могло быть предпринято за скудностью отдѣленія только на 5 и на 6 недѣляхъ по поступленіи. На 7, 8 и 9 недѣляхъ по той же причинѣ оно опять не производилось. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ имѣется застарѣлый хроническій перелѣ съ постоянными обостреніями. Были ли при первичномъ перелѣ гонококки, мы не знаемъ. По всей вѣроятности были. Въ данное время имѣются замѣщающія ихъ диплобациллы и болѣе ничего.

Въ 2-мъ (Косенко) изъ этихъ случаевъ диплобациллы наблюдались въ отдѣленіи въ теченіи одной только недѣли и то исслѣдованіе могло быть сдѣлано только одинъ разъ. Кромѣ нихъ были въ отдѣленіи еще тонкія среднія палочки (*bacillus spiegelae*), гонококки, другіе диплококки и мелкія палочки, но всѣ эти микробы наблюдались не въ гнойныхъ кѣткахъ, а въ межкѣлочномъ пространствѣ и на эпителіальныхъ кѣткахъ. Больной поступилъ въ отдѣленіе черезъ 12 дней отъ начала болѣзни и черезъ 12 дней по поступленіи выписался здоровымъ, причѣмъ на второй недѣлѣ его пребывания въ госпиталѣ отдѣленіе, вообще крайне скудное, было уже на столько незначительно, что его не хватало для исслѣдованія.—Вѣроятно это былъ легкій случай гонококкового перелѣа, быть можетъ даже уже лѣченный, вслѣдствіе чего гонококки уже были настолько ослаблены, что не могли болѣе размножаться въ гнойныхъ кѣткахъ, но однако еще имѣлись въ межкѣлочномъ пространствѣ, гдѣ и найдены.

Нахожденіе многихъ постороннихъ микробовъ указываетъ на микробный періодъ перелѣа. Что же касается нахожденія диплобациллъ въ гнойныхъ кѣткахъ, то оно могло быть вполне случайно, такъ какъ исслѣдованіе было сдѣлано всего одинъ разъ, а при такихъ условіяхъ могутъ наблюдаться въ гнойныхъ кѣткахъ и разныя другіе микробы, напр. среднія тонкія палочки.

Какъ бы то ни было, нельзя не подчеркнуть того обстоятельства, что диплобациллы совсѣмъ не вытѣснили другіхъ микробовъ изъ отдѣленія, какъ это бываетъ обыкновенно съ гонококками, а только играли первенствующую роль между ними.

Случай подъ № 3 (Савельевъ) относится къ большому, имѣвшему язву въ мочеиспускательномъ каналѣ (одна въ отверстіи уретры) и обильное гнойное отдѣленіе изъ канала. Больной этотъ былъ принятъ въ отдѣленіе черезъ 8 дней послѣ заболѣванія, гораздо раньше того, когда я самъ вступилъ въ завѣдываніе отдѣленіемъ. Благодаря этому обстоятельству, исслѣдованіе его отдѣленія было предпринято только на 10-й недѣлѣ болѣзни и, какъ всѣ мои первыя исслѣдованія, было направлено болѣе на отысканіе гонококковъ, которыхъ не оказалось. Тѣмъ не менѣе при этомъ исслѣдованіи отмѣчено уже присутствіе палочекъ.

На слѣдующей недѣлѣ никакихъ микробовъ не оказалось, а на двѣнадцатой и тринадцатой недѣлѣ обнаружены диплобациллы и круглые мелкіе кокки въ кѣткахъ и между ними. Нѣкоторые гнойныя кѣтки были набиты однимъ кажемъ либо видомъ микробовъ, нѣкоторыя обоими вмѣстѣ. Кромѣ нихъ между кѣтками найдено много толстыхъ короткихъ палочекъ въ обѣ недѣли, а на послѣдней еще цѣпочечныя кокки. На 13 недѣлѣ отдѣленіе изъ уретры не было видно и скопилось только по утрамъ, такъ что въ снимаемомъ отдѣленіи содержалось вѣроятно главнымъ образомъ отдѣленіе язвы, сидѣвшей въ наружномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала. На четырнадцатой недѣлѣ большой выпсался лѣченнымъ.

По всей вѣроятности, въ данномъ случаѣ имѣлось смѣшанное зараженіе (перелѣа и какой то язвенный процессъ, — твердый шанкръ, быть можетъ), причѣмъ перелѣа во время исслѣ-

дованія (10—13 недѣли) былъ въ микробномъ періодѣ. Если предположить, что кокки или палочки, или же и тѣ и другіе, происходили изъ поманутыхъ язвъ, то этотъ періодъ занималъ всего двѣ послѣднія недѣли (когда появлялась прамѣсь короткихъ толстыхъ палочекъ и цѣпочечныхъ коковокъ). Что касается происхожденія перелоя, то нѣтъ никакого основанія утверждать, что онъ не можетъ быть гонококковымъ, такъ какъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, предшедшихъ до изслѣдованія, гонококки могли исчезнуть изъ отдѣленія.

№ 4 (Даниловичинъ) представляетъ второй возвратъ перелоя. Больной поступилъ на 4-ый день болѣзни, и всѣ 4 недѣли пребыванія въ госпиталѣ въ его отдѣленіи замѣчались въ клѣткахъ и между ними диплобациллы, мелкіе круглые кокки и толстыя короткія палочки. На 4-ой недѣлѣ сверхъ того въ межклеточномъ пространствѣ наблюдались и длинныя толстыя палочки.

Какъ видно изъ предыдущаго, гонококки по крайней мѣрѣ въ половинѣ случаевъ второго возврата не встрѣчаются, нѣтъ ихъ и въ этомъ случаѣ. Какую роль играютъ найденные микробы въ данномъ случаѣ, сказать трудно. Во всякомъ случаѣ присутствіе этихъ микробовъ въ данномъ случаѣ не исключаетъ возможности присутствія гонококковъ въ томъ же случаѣ при первомъ возвратѣ или первичномъ заболѣваніи.

№ 5 (Миццасъ) поступилъ на 7-ой день болѣзни съ 1-мъ возвратомъ. Этотъ возвратъ сдѣлался черезъ недѣлю послѣ выписки больного вслѣдствіи выдоревленія отъ первичнаго перелоя. При первичномъ перелое у больного ¹⁾ лѣчнымъ въ Уздовскомъ же госпиталѣ, не наблюдалось никакихъ микробовъ, но больной поступилъ только черезъ мѣсяцъ отъ начала болѣзни и притомъ лѣчился и до своего поступления. Если сосчитать все время болѣзни (первичный перелой и возвратъ) отъ самаго начала, то всего оно выйдетъ около 4-хъ мѣсяцевъ. Больной поступаетъ подъ наблюдение черезъ мѣсяцъ послѣ начала болѣзни уже лѣченный, отдѣленіе уже на 2-ой недѣлѣ у него прекращается, и на 3-ей недѣлѣ онъ выписанъ. На 4-ой недѣлѣ по поступленіи дѣлается возвратъ, съ которымъ онъ

снова поступаетъ, и на 5-ой недѣлѣ замѣчаются диплобациллы, короткія толстыя палочки и мелкіе круглые кокки въ гнойныхъ клѣткахъ и между ними, такъ что какъ бы замѣщаютъ гонококковъ. На 6, 7, 8 и 9 недѣляхъ эти микробы снова исчезаютъ, чтобы появиться на 10 и 11 недѣляхъ, а на 12-ой недѣлѣ большой выписывается. Всю эту картину можно объяснить такъ. У больного былъ перелой, весьма возможно, гонококковый, почти излѣченный ко времени перваго поступления (въ теченіи мѣсяца до поступления это легко могло случиться), на 4-ой недѣлѣ и на 10-й недѣлѣ по поступленіи были обостренія по видимому не вполне излѣченнаго процесса. Новое зараженіе въ данномъ случаѣ можно исключить.

№ 6 (И. Соколовъ) поступилъ въ госпиталь черезъ 1½ мѣсяца послѣ начала болѣзни и 1½ же мѣсяца по поступленіи не былъ подвергнутъ изслѣдованію. На 7-ой недѣлѣ по поступленіи микробовъ не было найдено: На 8, 9 и 10-й недѣляхъ найдены диплобациллы, мелкіе круглые кокки и толстыя короткія палочки, которые находились какъ въ гнойныхъ клѣткахъ, такъ и между ними и на эпителиѣ, въ 11 до 16 недѣли, несмотря на производившіяся изслѣдованія, ничего болѣе не найдено, а затѣмъ и изслѣдованія не производились до выписки, послѣдовавшей на 21-ой недѣлѣ послѣ изслѣдованія. Больной былъ малокровный и слабый человѣкъ, по сложенію почти мальчикъ. Черезъ 3 дня по поступленіи у него уже обнаружилось воспаленіе мочевого пузыря, скоро перешедшее въ хроническое состояніе и совсѣмъ изнурившее больного, вслѣдствіе чего онъ былъ уволенъ на поправку на 1 годъ.

И въ этомъ случаѣ гонококки могли быть въ отдѣленіи и исчезнуть изъ него во время 3-хъ мѣсяцевъ отъ начала болѣзни до перваго изслѣдованія. Появленіе микробовъ можно объяснить двояко—микробнымъ періодомъ перелоя, такъ какъ съ 10-й недѣли микробы исчезаютъ, а въ первые 3 мѣсяца могли быть въ отдѣленіи гонококки, или же осложненіемъ (cystitis), которое наблюдалось въ этомъ случаѣ, при которомъ, какъ извѣстно, могутъ наблюдаться самыя разныя микробы и затѣмъ оказываться въ мочеиспускательномъ каналѣ уже вторично.

№ 7 (Фаршманъ) болѣлъ и лѣчился до поступленія 3 недѣли; что и какъ было въ это время—неизвѣстно. Впродолженіе

¹⁾ См. № 36 «негонококковые случаи перелоя».

же всего пребывания в госпиталѣ у больного, вообще малокровнаго субъекта, замѣчалось совершенно одинаковое и не измѣняющееся отдѣленіе со скуднымъ количествомъ гнойныхъ клѣтокъ, а часто и безъ нихъ, но съ постоянно обильнымъ количествомъ плоскаго эпителия. Цилиндрической эпителий въ небольшомъ количествѣ отмѣченъ только 1 разъ. На 2-ой недѣлѣ по поступленіи въ отдѣленіи между клѣтками найдены гонококки и круглые диплококки; на 7, 8, 9 и 10 недѣляхъ въ большомъ количествѣ диплобациллы, размѣщенные на эпителиальныхъ клѣткахъ и между ними; на 10 недѣлѣ въ межклеточномъ пространствѣ наблюдались и гонококки. Въ гнойныхъ клѣткахъ никакихъ микробовъ не было. Съ течью же большой выписанъ на поправку на 28-ой недѣлѣ по поступленіи въ слѣдствіе потери надежды на излѣченіе и общаго малокровія и слабости больного. Въ данномъ случаѣ вѣроятно имѣлся гонококковый перелой. Гонококки скоро исчезли, но произведенное ими раздраженіе вѣроятно настолько было сильно, что у малокровнаго и худосочнаго больного вызвало хроническое постоянное слушиваніе эпителия, хроническій катарръ уретры. Являлись ли диплобациллы здѣсь въ активной роли или въ пассивной, т. е. только сапрофитами, рѣшать не берусь.

№ 8 (Баладинъ) подобенъ предыдущему. Больной болѣлъ до поступленія мѣсяцъ и лѣчился въ окологдѣ 10 дней. На 1, 4, 5 и 7 недѣляхъ по поступленіи найдена въ эпителиѣ масса цѣпочечныхъ кокковъ. Въ остальномъ течъ была тѣхъ же свойствъ что и въ предыдущемъ случаѣ. Кромѣ цѣпочечныхъ кокковъ на 1-й недѣлѣ найдены гонококки, на 4-й гонококки, другіе какіе то кокки и палочки, на 5-й и 7-й диплококки. Самъ больной былъ покрытче и выписанъ на 9-й недѣлѣ здоровымъ. И здѣсь вѣроятно до поступленія былъ гонококковый перелой, а на 4 и 5 и на 7 недѣлѣ по поступленіи обостренія его. На 1-й недѣлѣ по поступленіи быть можетъ просто продолжался микробный періодъ перелою. Черезъ 3 мѣсяца больной опять поступилъ съ течью такого же свойства и былъ боленъ болѣе мѣсяца—лѣченіе и тутъ не помогало. Это наводитъ на мысль, не было ли и здѣсь такого же хроническаго катарра, какъ въ предыдущемъ случаѣ, поддерживаемаго быть можетъ спринцеваньями.

Такимъ образомъ изъ 8 случаевъ одинъ повидимому относится къ крайне легкимъ случаямъ перелою и представляетъ самый свѣжій изъ этихъ случаевъ. Тѣмъ не менѣе и въ этомъ случаѣ со дня заболѣванія до поступленія протекло уже 12 дней. Затѣмъ два случая представляютъ весьма сложные случаи съ осложненіями и притомъ такого рода, что отдѣленіе изъ пораженныхъ мѣстъ (язва въ отверстіи мочеиспускательнаго канала, а во второмъ случаѣ мочевоу пузырь) необходимо должно было примѣшиваться къ отдѣленію мочеиспускательнаго канала. Три слѣдующіе случая представляютъ собою возвраты разной давности, при томъ два изъ нихъ (Миинцист, Кроль) наблюдались при такихъ условіяхъ, что скорбе могли быть названы обостреніями, тѣмъ новыми заболѣваніями—возвратами прежней болѣзни. Наконецъ, послѣдніе два случая (Фаршманъ, Баладинъ) представляютъ перелой съ чисто хроническимъ теченіемъ и рѣдкимъ постоянствомъ въ характерѣ отдѣленія. Слово въ ни одинъ изъ случаевъ не можетъ быть охарактеризованъ, какъ только что полученный обыкновенный перелой. Ближе всѣхъ къ этому № 1. Два же случая (№ 2 и № 3) свойствомъ своего отдѣленія положительно обязаны имѣвшимся осложненіямъ. Значитъ изъ всѣхъ наблюдавшихся, болѣе, тѣмъ 300 случаевъ перелою, не было ни одного, о которомъ можно было бы утверждать, что какіе либо другіе микробы, кромѣ гонококковъ, обусловили этотъ перелой и играли при немъ ту роль, которую обыкновенно играютъ гонококки.

XVIII.

Теперь я постараюсь еще до нѣкоторой степени выяснитъ значеніе диплобациллъ и нѣкоторыхъ другихъ микробовъ въ отношеніи самаго перелою сопоставленіемъ съ наблюденіями отдѣленія при другихъ болѣзняхъ соответственныхъ частей половыхъ органовъ. Для сравненія мною было изслѣдовано 6 случаевъ простаго воспаления головки и мѣшка крайней плоти (babanitis), 9 случаевъ мягкаго шанкра тоже съ воспаленіемъ мѣшка крайней плоти, 3 случая твердаго шанкра съ тѣмъ же осложненіемъ, 2 случая папулы съ тѣмъ же осложненіемъ и

1 случай громадного нарыва около промежностной части мочеиспускательного канала—всего 20 случаев...

Гонококков в скольконибудь значительном количестве не было ни в одном из этих случаев. Набитых же ими клеток (хотя бы одной во всем препарате) не найдено ни разу. Отдельные гонококки или похожие на них диплококки в небольшом количестве найдены 3 раза при простом баланите, 4 раза при баланите с мягкими язвами и 2 раза при баланите с твердыми язвами. Найденные гонококки были крупнее обыкновенно наблюдаемых при перелое и часто находились в большом количестве на эпителиальных клетках.

Диплобациллы найдены во всех 6 случаях простого баланита, в 6 из случаев баланита с мягкими язвами (в 2 случаях баланита с мягкими язвами никаких микробов не найдено), во всех 3 случаях баланита с твердыми язвами и 2 с папулами.

Мелкие диплококки найдены в 1 случае баланита, 2 случаях мягких язв, 2 твердых язв и 1 папуле.

Средней длины тонкие палочки найдены в 3 случаях баланита, 6 случаях мягких язв, 1 твердых язв и 1 папуле.

При баланите найдены еще 1 раз мелкие кокки, 1 раз толстая короткая цепочечная палочка, 1 раз большие круглые диплококки и 1 раз просто диплококки.

При мягких язвах 1 раз наблюдался мелкие круглые кокки (5 недель), 1 раз толстая длинная палочка, 1 раз круглые кокки, 1 раз равная толстая и тонкая, длинная и короткая палочка, 1 раз крупные круглые кокки.

При твердых язвах 2 раза толстая длинная палочка, 1 раз крупные круглые диплококки, 1 раз толстая цепочечная палочка и 1 раз толстая короткая палочка.

При папулах 1 раз средние диплобациллы и 1 раз равные кокки.

Наконец при нарыве промежности найдены круглые диплококки, просто кокки и цепочечные кокки.

Последование мною производилось при баланите 2 раза по 2 недели, 1 раз 3 недели 1 раз 4 недели, при мягких язвах 2 раза по 6 недель, 1 раз 3 недели и 1 раз 2 не-

дели, при твердых язвах 2 раза по 2 недели, в остальных случаях по 1 неделе (в последних случаях я ограничивался обыкновенно только 1 исследованием). Все упомянутые микробы обыкновенно находились в слизи между клетками, диплобациллы же, средние длинные палочки и круглые мелкие дипло-стрепто-и простые кокки встречались и в набитых, гнойных клетках. — При этом редко только одной какой либо вид занимал всю клетку, обыкновенно же в клетке помещалось 2 или 3 вида вместе. Также нередко случалось видеть отдельные клетки плоского эпителия, покрытые этими микробами, а иногда сверх того и гонококками во множестве. — Если какой либо отдельный вид из наиболее частых (диплобациллы, средней длины палочки, круглые мелкие дипло- и просто кокки, гонококковые виды) наблюдался при первом исследовании, то обыкновенно вид этот наблюдался и во все последующие недели. Более редкие виды являлись так сказать случайной, примесью — 1—2 исследования.

Цилиндрической эпителий наблюдался только в двух случаях при мягких язвах (1 раз 1 неделя, другой раз 2 недели). Гнойная клетка наблюдалась при всяком исследовании, хотя по большей части в небольшом количестве. Плоский эпителий отсутствовал 2 раза при простом баланите, 4 раза при мягких язвах и 1 при нарыве, в 1 случае мягкой язва не наблюдался первая 2 недели, а в остальных случаях был постоянною составною частью отделения.

Таким образом диплобациллы составляют почти постоянную составную часть отделения при процессах в мьшкк крайней плоти и почти такую же постоянную часть составляют средние тонкие палочки. Сравнительно гораздо реже встречаются мелкие круглые диплококки и гонококковые виды, а остальные микробы просто составляют случайную примесь.

Так как диплобациллы встречаются безразлично при всех видах воспалительных заболеваний головки, и гнойных микробов подобного вида еще не описано, то активная роль их в этих случаях по меньшей мере сомнительна. Повидимому это просто сапрофиты, размножающиеся в отделении только при благоприятных условиях, напр. при нагноении, вызванном другими микробами.

Совершенно тоже самое можно сказать и о средней длины тонких палочках. Они почти одинаково часто встречаются при всѣхъ родахъ воспаленій крайней плоти головки члена и повидимому также мало способны вызвать нагноение, какъ и диплобациллы.

Гонококковидные кокки тоже вряд ли играютъ какую либо видную роль при воспаленияхъ крайней плоти и головки. Встрѣчаются они всегда въ крайне небольшомъ сравнительно количествѣ, въ гнойныхъ клѣткахъ попадаются не часто и то вмѣстѣ съ другими микробами. Изрѣдка попадающіяся большія клѣтки плоскаго эпителия, покрытыя этими микробами, составляютъ исключительное явленіе и не могутъ объяснить тѣхъ явленій, которыя наблюдаются при воспаленияхъ головки.

Скорѣе всего можно объяснить заболѣванія крайней плоти размноженіемъ мелкихъ круглыхъ кокковъ. Кокки эти всегда присутствуютъ въ отдѣленіи въ той или другой формѣ, то въ видѣ простыхъ круглыхъ кокковъ, то въ видѣ диплококковъ, то въ видѣ цѣпочечныхъ кокковъ. Между мелкими кокками давно уже извѣстно много гноеродныхъ видовъ и я думаю, что мелкіе кокки, которые я находилъ въ отдѣленіи, принадлежатъ къ нѣсколькимъ отдѣльнымъ видамъ, изъ которыхъ большинство простые сапрофиты, нѣкоторые же болѣзнетворны. Принадлежатъ эти болѣзнетворные виды повидимому къ гноероднымъ и ничего специфическаго для того или другаго вида воспалительнаго заболѣванія крайней плоти не представляютъ. По крайней мѣрѣ за это мнѣніе говоритъ нахождение однихъ и тѣхъ же гноеродныхъ гродекокковъ и цѣпочечныхъ кокковъ при такихъ различныхъ болѣзняхъ, какъ бугорчатка легкихъ (каверны), чирья, скарлатина (зѣвъ) и т. д. Общее во всѣхъ случаяхъ и воспаленияхъ головки—это самый процессъ нагноенія.

Другіе виды микробовъ слишкомъ случайны въ отдѣленіи и вряд ли могутъ играть тамъ какую либо роль. Да и количество ихъ въ отдѣленіи не такъ велико.

Что касается клѣточныхъ элементовъ, то присутствіе гнойныхъ клѣтокъ и плоскаго эпителия обусловлено свойствомъ самой почвы и нагноеніемъ (гнойная клѣтка), а примѣсь цилиндрическаго эпителия совершенно случайна и нисколько не обусловлена самимъ болѣзненнымъ процессомъ.

XIX.

Если теперь сравнить гонококковые случаи перелоа съ безгонококковыми, то замѣтимъ слѣдующее.

1) Безгонококковые случаи въ среднемъ менѣе продолжительны. Если мы сравнимъ среднюю продолжительность пребыванія въ госпиталѣ въ таблицахъ на страницахъ 80 и 88, то увидимъ, что какъ общая средняя при гонококковомъ перелѣ больше, чѣмъ при безгонококковомъ, такъ и среднія по группамъ.

Исключеніе представляютъ только среднія при наружныхъ осложненіяхъ безгонококковаго перелоа, но эта средняя выведена всего изъ 3-хъ случаевъ, да средняя при 2—4 недѣльныхъ случаяхъ перелоа, гдѣ эта причина несоотвѣтствія тоже весьма вѣроятна, такъ какъ средняя выведена изъ 15 случаевъ.

2) Количество гнойныхъ клѣтокъ при безгонококковыхъ случаяхъ перелоа меньше, чѣмъ при гонококковыхъ. Дѣйствительно въ 18,82% безгонококковыхъ случаевъ гнойныхъ клѣтокъ вовсе не найдено въ отдѣленіи и явленіе это не можетъ быть объяснено однимъ тѣмъ, что между ними попадаютъ хроническіе случаи перелоа. Правда между поступившими на 2-мъ и болѣе мѣсяцахъ такихъ случаевъ 6, а между остальными гораздо меньше, но тѣмъ не менѣе случаи безъ гнойныхъ клѣтокъ наблюдаются во всѣхъ группахъ перелоа, причемъ нѣредко отсутствіе это наблюдается нѣсколько недѣль подрядъ, такъ что объяснить его единичностью наблюденій нельзя. За тѣмъ исчезаютъ гнойныя клѣтки изъ отдѣленія гораздо раньше въ безгонококковыхъ случаяхъ (въ среднемъ почти на 2 недѣли), чѣмъ при гонококковыхъ, какъ это видно изъ таблицъ на страниц. 74 и 88 это наблюдается почти одинаково во всѣхъ группахъ перелоа. Только средняя цифра при разныхъ осложненіяхъ при безгонококковомъ перелѣ больше, но причина этого несоотвѣтствія уже указана.

Дальнѣйшимъ подтвержденіемъ этого вывода служить наблюденіе большаго количества случаевъ безгонококковаго перелоа съ отсутствіемъ гнойныхъ клѣтокъ въ концѣ болѣзни и въ среднѣ ея, иногда по нѣскольку недѣль.

3) Количество плоского эпителия в общем при безгонококковом перелое было меньше, чем при гонококковом. В гонококковых случаях отсутствие эпителия наблюдалось в 12,08%, а в безгонококковых в 27,05%. Появляется в отделении при гонококках плоский эпителий, как это видно из таблиц на стран. 76 и 90, позже, чем без гонококков и держится дольше почти до конца заболевания. Только при возвратах в гонококковых случаях эпителий появляется скорее, чем в соответствующих обстоятельствах без гонококков.

4) Количество цилиндрического эпителия в безгонококковых случаях значительно меньше, чем в гонококковых. При гонококках цилиндрический эпителий наблюдался в 43,53% всех случаев, а без гонококков в 18,82%. При гонококках он появлялся позже и держался гораздо дольше в отделении, чем в соответствующих безгонококковых случаях.

5) Посторонних микробов повидому при безгонококковых случаях тоже меньше, но на самом деле, если принять во внимание, что в число посторонних микробов в гонококковых случаях включены и гонококки, когда они наблюдались вне кляток, и откинуть те случаи, в которых кроме гонококкоподобных других микробов в отделении не было, то количество микробов в обоих родах перелоа будет почти одинаково. Всех случаев с посторонними микробами отмечено при гонококках 127 (54,74%), а при означенной поправке будет 104 (44,39%). В безгонококковых случаях посторонние микробы отмечены в 44 случаях (51,76%), а с поправкой будет 39 (45,88%). Таким образом даже имеется ничтожный перевес в отношении микробов в безгонококковых случаях. Держались при гонококках в отделении посторонние микробы в среднем $(5,9 - 3,13) = 2,77$ недели, а без них $(3,84 - 1,95) = 1,89$ недели. Но по всей вероятности и тут, если не обращать внимания на гонококкоподобные виды, отношение будет почти одинаково.

6) Выдающиеся виды микробов — диплобациллы, средней длины тонкая палочка, толстая короткая палочка, мелкие круглые дипло-стрепто и просто кокки — все один и тот же. Да и прочие

примесные виды микробов при обоих видах перелоа те же самые — толстая длинная палочка, овальные кокки и диплококки и т. д.

7) Появляются и исчезают микробы из отделения в безгонококковых случаях приблизительно 1—2 неделями раньше, чем при гонококках.

8) В значительном количестве безгонококковых случаев перелоа (25,88%) неотличимые от гонококков морфологически микробы наблюдаются при слизи очень долгое иногда даже время. Если исключить эти случаи, то окажется, что другие микробы без гонококкоподобных видов наблюдались всего в 22 случаях (25,88%).

9) Другие микробы в таких отношениях, которые соответствовали бы отношениям гонококков при перелое, наблюдались всего в 6 случаях (7,05%). Но и в этих случаях, как можно думать на основании вышеизложенного разбора этих случаев, они являются сапрофитами и утверждать, что они способны вызывать перелое даже на основании этих случаев нельзя.

10) Подтверждается 9-й вывод наблюдениями, сделанными над 20 больными на перелойными заболганиями крайней плоти и головки. Диплобациллы средней длины тонкая палочка и мелкие круглые кокки (дипло-стрепто и просто кокки), а также и другие виды, встречающиеся в отделении при перелое, встречаются и здесь. При этом выдающиеся виды микробов (замеченные в упомянутых 6 случаях) встречаются в тех отношениях, как гонококки при перелое, и между тем ни в одном из этих случаев они не породили перелоа, хотя отделение несомненно попадало в уретру.

XX.

Вкратце резюмировать сделанные выводы можно так. Безгонококковые случаи протекают в общем легче и скорее гонококковых. Отделение при них скучнее клеточными элементами. Почти в половине их не наблюдается микробов. Наблюдаемые же микробы не могут ни в одном из наблю-

денных мною случаев с положительностью назваться причиной перелоя.

Так как должна же быть какая нибудь раздражающая причина, вызвавшая в этих случаях воспаление слизистой оболочки мочеиспускательного канала, и искать ее всего скорее можно опять таки в микробах, то надо предположить, что или этот микроб во многих случаях исчез до самого исследования, или же просто был просмотрен при исследовании. Исчезнуть из отделяния данный микроб мог легко, так как ни одного случая мнѣ не удалось наблюдать с первого дня болѣзни, а большинство напротив довольно продолжительное время спустя, иногда даже через мѣсяцы и годы от начала болѣзни. Между тѣм и восприимчивость отдѣльных лиц по отношению къ разным раздражителям, как известно, бывает очень различна. Достаточно напомнить дифтерит и холеру, относительно которых самыми классическими опытами доказано, что нѣкоторые лица положительно бьвають невосприимчивы къ зараженію, хотя бы напримѣр, чистыми разводками соответствующих микробовъ, а другіе гибнутъ отъ самыхъ незначительныхъ приемовъ яда. Наконецъ, могутъ быть случаи, когда данный микробъ у нѣкоторыхъ лицъ прямо ослабляется въ дѣйствиіи и неспособенъ вызывать тѣ явления, какъ обыкновенно.

Но ни одинъ микробъ изъ встрѣченныхъ нами въ отдѣленіи не обладаетъ достаточною силою, по крайней мѣрѣ не наблюдался мною въ такихъ отношеніяхъ, которыя могли бы идти въ параллель съ наблюдаемымъ относительно гонококковъ. Наконецъ, ни одинъ изъ этихъ микробовъ не встрѣчается такъ часто, какъ гонококковые виды, даже въ безгонококковыхъ случаяхъ перелоя. Если сверхъ того примемъ въ расчетъ, что только одни гонококки оказались въ опытахъ разныхъ исследователей способными вызывать перелой, и такъ глубоко сидѣть въ тканяхъ, что не показываются по дѣльнымъ недѣлямъ, то мнѣ кажется изъ этого можно сдѣлать одинъ только выводъ. Этотъ выводъ—и въ приведенныхъ мною безгонококковыхъ случаяхъ перелоя надо искать причину болѣзни въ гонококкахъ.

Только при допущеніи этого вывода все будетъ ясно и

натяжекъ не будетъ. Тогда понятно будетъ, почему большинство случаевъ безгонококкового перелоя не принадлежатъ къ свѣжимъ случаямъ. Въ незначительномъ же количествѣ самыхъ свѣжихъ изъ наблюдаемыхъ случаевъ—поступившіе на 1-й недѣль—всего 8 случаевъ—легкость тененія и скорое исчезаніе гонококковъ, такъ что ихъ нельзя было найти въ отдѣленіи, легко можно объяснить невосприимчивостью. Съ этимъ согласуется и легкость теченія всѣхъ вообще безгонококковыхъ случаевъ, рѣдкость осложнений и нахожденіе гонококковъ или по крайней мѣрѣ очень похожихъ на нихъ микробовъ въ отдѣленіи по крайней мѣрѣ въ четвертой части (25,88%) всѣхъ безгонококковыхъ случаевъ.

Такимъ образомъ мои наблюденія подтверждаютъ давнишнее утверженіе Neisser'a, что *единственная причина перелоя гонококки*, по крайней мѣрѣ въ моихъ случаяхъ я не могъ открыть оной причины.

Въ заключеніе считаю долгомъ присовокупить, что предлагаемая работа выполнена, а равно и тема для нея избрана мною самостоятельно. Также считаю долгомъ выразить свою благодарность за разрѣшеніе заниматься въ бактериологическомъ кабинетѣ Варшавскаго Военнаго Госпиталѣ Главному Врачу этого Госпиталѣ П. Л. Стефановичу и покойному прозектору Госпиталѣ Вигандту, а за прикомандированіе къ означенному Госпиталю Окружному Военно-Медицинскому Инспектору Варшавскаго Округа П. О. Лазаренко.

го л. А.

№№ по пог.	10 пог.					Когда выпл- сая.
	10 пог.	11 пог.	12 пог.	13 пог.	14 пог.	
						10/1 89 г.
						9/ix 88 г.
						21/1 89 г.
						1/ii 89 г.
						23/xi 88 г.
						2/xii 89 г.
						9/i 89 г.
						26/iii 88 г.
						19/ix 88 г.
1						9/ix 88 г.
1						2/xi 88 г.
1						15/x 88 г.
1						10/x 88 г.
1						2/ix 88 г.
1						13/xii 88 г.
1						3/xii 88 г.
20						21/i 89 г.
22						17/ii 88 г.
22						1/ix 88 г.
24						17/ii 88 г.
25	+	+				2/ix 88 г.
26						2/xii 88 г.
27						21/i 89 г.
28						3/iii 88 г.
29	+	-	-	-	-	22/i перевод
30						2/xi 88 г.
31	-	-				2/iii 89 г.
32						9/ix 88 г.
33						2/ix 88 г.
34						27/viii 88 г.
35						23/ix 88 г.
36						2/i 89 г.
37						16/i 89 г.
38						29/i 89 г.
39						2/ii 88 г.
40						2/iv 88 г.
41						20/i перевод

Гонококковые случаи.

ГНОЙНЫЕ КЛЕТКИ.		ГНОЙНЫЕ КЛЕТКИ.															
МАН по порядку.	Фамили и имена.	Сколько времени болеть. Когда по-ступилъ.	1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда выписалъ.
			Второй возвратъ.														
119	Фамили тѣ же, что въ таблицѣ 1-й, соотв. номерамъ.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
120			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
121			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
122			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Третий возвратъ.																	
123	Фамили тѣ же и т.д.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Четвертый возвратъ.																	
124	Фамили тѣ же и т.д.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
125			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Пятый возвратъ.																	
126	Фамили тѣ же и т.д.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Неизвѣстно который возвратъ.																	
127	Фамили тѣ же и т.д.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
128			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
129			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
130			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
131			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

ГНОЙНЫЕ КЛЕТКИ.																	
МАН по порядку.	Фамили и имена.	Сколько времени болеть. Когда по-ступилъ.	1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда выписанъ.
			Повторное заболѣваніе переломомъ.														
132	Фамили тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
133			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
134			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
135			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
136			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
137			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
138			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
139			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
140			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
141			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
142		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Осложненныя случаи: а) воспаленіемъ головки члена и крайней плоти.																	
Paraphymos.	Фамили тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
143			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
144			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Phymosis + lymphang. p.			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
145			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Ulcus molle + phymosis.			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
146			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
147			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Paraphymos.			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
148			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Paraphymos.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
149		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Ulcus indur.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
150		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Phymosis.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
151		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
152		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Phymosis + ulcus indur.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
153		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
154		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
155		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
156		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Cond. acum.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
157		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Balan. post.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
158		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
159		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		

*) 11—18 недѣли наход. въ Новогеоргиевскомъ госпиталѣ съ тою же болѣзью.

№№ по порядку.	ПЛОСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ														Когда выписать.				
	Фамилия и имена.		Сколько пре- мени боль- есть.	Когда по- ступилъ.	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.		11 мес.	12 мес.	13 мес.	14 мес.
42	Фамилии те же, что и в таблицах 1-й, соответственно померамъ.				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
43					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
44					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
45					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
46					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
47					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
48					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
49					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
50					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
51					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
52					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
53					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
54					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
55					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
56					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
57					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
58					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
59					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
60					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
61					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
62					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
63					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
64					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
65					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
66					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
67					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
68					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
69					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
70					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
71					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
72					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
73					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
74					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
75					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
76					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
77					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
78					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
79					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
80					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
81					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
82					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
83					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

№№ по порядку.	ПЛОСКИЙ ЭПИТЕЛИЙ														Когда выписать.				
	Фамилия и имена.		Сколько пре- мени боль- есть.	Когда по- ступилъ.	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.		11 мес.	12 мес.	13 мес.	14 мес.
84	Фамилии те же, что и в таблицах 1-й, соответственно померамъ.				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
85					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
86					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
87					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
88					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
89					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
90					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
91					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
92					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
93					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
94					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
95					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
96					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
97					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
98					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
99					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
100					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
101					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
102					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
103					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
104					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
105					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
106					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
107					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
108					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
109					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
110					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
111					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
112					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
113					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
114					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
115					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
116					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
117					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
118					+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

Epid. d. + her.
res genit.

Первый возвратъ.

Фамилии те же, что и в таблицах 1-й, соответственно померамъ.

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛИЙ.

ЖУВ по по- рядку.	Фамилии и имена.	Сколько вре- мени болеть.														Когда выпл- сlegt.
		Когда по- ступилъ.														
		1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	
42																
43																
44																
45																
46																
47																
48																
49																
50																
51																
52																
53																
54																
55																
56																
57																
58																
59																
60																
61																
62																
63																
64																
65																
66																
67																
68																
69																
70																
71																
72																
73																
74																
75																
76																
77																
78																
79																
80																
81																
82																
83																

Фамилии тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛИЙ

ЖУВ по по- рядку.	Фамилии и имена.	Сколько вре- мени болеть.														Когда выпл- сlegt.
		Когда по- ступилъ.														
		1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	
84																
85																
86																
87																
88																
89																
90																
91																
92																

Фамилии тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.

Первый возвратъ.

93																
94																
95																
96																
97																
98																
99																
100																
101																
102																
103																
104																
105																
106																
107																
108																
109																
110																
111																
112																
113																
114																
115																
116																
117																
118																

Фамилии тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛІЙ.																						
№№ по порядку.	Фамилія и имена.	Сколько времени болѣлъ.	Когда поступилъ.	Второй возвратъ.																		
				1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда выписанъ.				
119	Фамилія тѣ же, что въ таблицѣ 1-й, соотв. номерамъ.																					
120				+																		
121																						
122				+	+	+																
Третій возвратъ.																						
123	Фамилія тѣ же и т.д.																					
Четвертый возвратъ.																						
124	Фамилія тѣ же и т.д.																					
125																						
Пятый возвратъ.																						
126	Фамилія тѣ же и т.д.																					
Неизвѣстно который возвратъ.																						
127	Фамилія тѣ же и т.д.																					
128																						
129																						
130																						
131																						

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛІЙ.																						
№№ по порядку.	Фамилія и имена.	Сколько времени болѣлъ.	Когда поступилъ.	Повторное заболѣваніе переломъ.																		
				1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда выписанъ.				
132	Фамилія тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.																					
133																						
134																						
135																						
136																						
137																						
138																						
139																						
140																						
141																						
142																						
Осложненные случаи: а) воспаленіемъ головки члена и крайней плоти.																						
Paraphymos.	143																					
144																						
Phymosis + lymphang. p.	145																					
146																						
Ulcus molle + phymosis.	147																					
148																						
Paraphymos.	149																					
150																						
Ulcus indur.	151																					
152																						
Phymosis +	153																					
154																						
ulcus indur.	155																					
156																						
157																						
Cond. acum.	158																					
159																						
Balan. post.	159																					

Фамилія тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соответственно номерамъ.

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛІЙ.																				
№№ по порядку.	Фамиліи и имена.	Осложно врожденн болѣзь.	Когда поступалъ.							Когда выписанъ.										
			1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.				
220	Фамиліи тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соотвѣтствен. номерамъ.		—	Д	д	л	в	и	ж	д	л	д	о	в.	н	е	п	р		
221		—	Д	д	л	в	и	ж	д	л	д	о	в.	н	е	п	р	о		
222		—	Д	д	л	в	и	ж	д	л	д	о	в.	н	е	п	р	о		
223		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
224		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
225		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
226		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
д) ревматическими страданіями суставовъ.																				
227	Фамиліи тѣ же и т. д.		+	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
228		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
229		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
е) воспаленіемъ мочевого пузыря.																				
230	Фамиліи тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соотвѣтственно номерамъ.		—	—	—	—	Д	л	в	и	ж	д	л	д	о	в.	н	е	п	
231		—	15	16	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
232		—	20	30	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—		—	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Таблица я.

№№ по порядку.	Фамиліи и имена.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда выписанъ.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26		д-к. Тауп				
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						

Фамиліи тѣ же, что и въ таблицѣ 1-й, соотвѣтственно номерамъ.

ЦИЛИНДРИЧЕСКІЙ ЭПИТЕЛІЙ.																		
№№ по порядку.	Фамиліи и имена.	Сколько раз болѣлъ.	Когда поступилъ.	Повторное заболѣваніе переломъ.														
				1 нед.	2 нед.	3 нед.	4 нед.	5 нед.	6 нед.	7 нед.	8 нед.	9 нед.	10 нед.	11 нед.	12 нед.	13 нед.	14 нед.	Когда писалъ.
68	Фамиліи тѣ же.																	
69																		
70																		
71																		
Осложненные случаи:																		
а) воспаленіемъ головки и крайней плоти.																		
72	Фамиліи тѣ же.																	
73																		
74																		
б) пузырчаткѣмъ липаеиъ полового члена.																		
76	Фамиліи тѣ же.																	
в) воспаленіемъ яичекъ и ихъ придатковъ.																		
76	Фамиліи тѣ же.																	
77																		
78																		
79																		
80																		
81	Фамиліи тѣ же.																	
82																		
83																		
г) воспаленіемъ шейки мочевого пузыря.																		
84	Фамиліи тѣ же.																	
85																		
86																		

Таблица 10.

№№ по порядку.	Фамиліи и имена.	Сколько разъ болѣлъ.	Когда поступилъ.	П О С			Когда писалъ.
				1 нед.	2 нед.	3 нед.	
А. Случаи							
1	Фамиліи тѣ же, что и въ таблицѣ 7-й, соответственно померамъ.						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
Б. Случаи							
9	Фамиліи тѣ же что и въ таблицѣ 7-й соответственно померамъ..						
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

Примѣчанія къ таблицамъ.

1. Подъ соответственными номерами въ таблицахъ 1, 2, 3, 4 и 5-й обозначены одни и тѣже болыне, такъ что графы, въ которыхъ обозначены: «имя и фамилія», «сколько времени болѣлъ», «когда поступилъ» и «когда выписанъ», имѣютъ одно и тоже содержаніе.

Тоже самое относится и къ таблицамъ 6, 7, 8, 9 и 10-ой. Также одни и тѣже болыне обозначены и въ таблицахъ 11, 12, 13 и 14-ой.

2. Отмѣтки на поляхъ, обозначающія осложненія и т. под., а также подстрочныя примѣчанія къ извѣстому номеру таблицы относятся къ тому же номеру всѣхъ таблицъ одного ряда (А, В, С).

3. Если болной подъ наблюденіемъ болѣе 14 недѣль, то отмѣтки о недѣляхъ сверхъ этого числа или идутъ въ той же строкѣ подъ чертой, начиная съ вѣа, или же въ слѣдующихъ строкахъ и тогда отмѣчены номерами.

4. Знакъ * обозначаетъ, что данный случай не принимался въ расчетъ при вычисленіи среднихъ чиселъ.

5. Въ таблицахъ микробовъ употреблены слѣдующія сокращенія: Г.—гонококки; Д-К.—Д.—диплококки не отличимые отъ гонококковъ; К.—кокки вообще; О.—О. К.—овальные кокки; К. К.—круглые кокки; К. Д.—круглые диплококки; М. Д.—мелкіе диплококки; К. М.—круглые мелкіе кокки; С. К.—средніе кокки; Ц. К.—Стр. К.—яблочныя кокки; К. Г.—крупныя диплококки (гонококки); Ов. Д.—овальные диплококки; К. М. Д.—К.—круглыя мелкіе диплококки; К. В. К.—круглыя большіе кокки; К. В. Д.—К.—круглыя большіе диплококки; М. К.—мелкіе круглыя кокки; П.—палочки; Т. П.—толстыя палочки; К. Т. П.—короткія толстыя палочки; С. П.—палочки средней длины и толщины; М. П.—мелкія палочки; С. Т. П.—средней длины толстыя палочки; Т. П.—тонкія палочки; Д.—Вац.—диплобациллы—двойныя мелкія палочки; Т. Д.—Вац.—толстыя двойныя палочки; М. Т. П.—малыя толстыя палочки; Т. Д. П.—толстыя длинныя палочки; С. Т. П.—среднія тонкія палочки; С. К. П.—среднія короткія палочки; С. Д. П.—среднія длинныя палочки.

Перечень сочиненій, послужившихъ для составленія обзора литературы.

I. S. *Giovannini*. Die Mikroparasiten des männlichen Harnröhrentrippers (Centralblatt f. d. med. Wissensch; 1886, № 48).

II. *Bokhart*. Über die pseudogonorrhische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens (Monatshfte f. pr. Dermat; 1886, № 4).

III. *Lustgarten und Mannberg*. Über die Mikroorganismen der normalen männlichen Urethra und des normalen Harnes, mit Bemerkungen über Mikroorganismen bei Morbus *Brighii acutus* (Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis, 1887, № 4).

IV. *Steinschneider*. Über den Sitz der gonorrhischen Infection beim Weibe (Berlin Klin. Wochenschrift, 1887, № 17).

V. *Wendt*. A new color test (Roux) for the detection of the gonococcus; with remarks on its practical importance. Medical News, 1887).

VI. *Audry*. Du gonococcus de Neisser et de ses rapports avec quelques manifestations parablennorrhagiques (Annales de dermat. et syphiligr., 1887).

VII. *Orcel*. Gonococcus dans l'urèthre après la miction et de lavage de l'avant-canal (Lyon médical, 1887).

VIII. *E. Bumm*. Der Mikroorganismus der gonorrhischen Schleimhaut—Erkrankungen «Gonococcus Neisser». 2-te Auflage. Wiesbaden. 1887.

IX. *Conrad*. Über den Gonococcus Neisser und seine Beziehungen zur Gonorrhoe der Weiber. (Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte. Jahrgang XVII).

X. *Dinkler*. Über Gonokokken im Hornhaut und Irisgewebe nach perforirender Keratitis in Folge gonorrhischer

Conjunctivalsblenorrhoe. (Centrablatt f. Bakter. u. Parasit; Bd. V, № 1).

XI. *Dusch.* Über infectiöse Colpitis Kleiner Mädchen. (Centrablatt, f. Bakter. u. Parasit, Bd. V. 9).

XII. *G. Winter.* Die Mikroorganismen im Genitalcanal der gesunden Frau (Zeitschr. f. Geb. u. Gynäkologie. 1888, Bd. XIV, H. 2).

XIII. *Legrain.* Les microbes des écoulements de l'urèthre; contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie des uréthrites. (Thèse doctorat. Nancy. 1888).

XIV. *Henry Pouey.* Recherches sur les microbes du pus blenorragique. (Thèse de Paris. 1888).

XV. *Legrain.* Contribution à la diagnose du gonococcus. (Revue médicale de l'Est, 1888, № 18).

XVI. *Horaud.* Note pour servir à l'étude de la blenorragie de la femme. (Lyon médical. 1888, № 43).

XVII. *Fabry.* Über die gonorrhoeische Schleimhautaffection beim Weibe. (Centrabl. f. Bakter. u. Parasit., 1888, Bd. V. № 3).

XVIII. *Bockhart.* Über secundäre Infection bei Harnröhrentriper. (Centrabl. f. Bakter. u. Parasit., 1888, Bd. III, № 1).

XIX. *Schurmann-Stechhoven.* De gonococcus von Neisser. (Weckbl. van het Nederl. Tydschr. voor Geneesk, 1888).

XX. *Oberländer.* Über die praktische Bedeutung des Gonococcus (Berliner Klinik, 1888).

XXI. *Aubert.* Le gonococcus en médecine légale. (Lyon médical, 1888, № 7).

XXII. *Rauzier.* Le gonocoque et la dualité des uréthrites. (Gaz. hebdom. des sciences médic. de Montpellier, 1888 г., №№ 7 и 8).

XXIII. *E. Finger.* Die blenorhoe der Sexualorgane und ihre complicationen. 1888. Wien.

XXIV. *Patris de Broë.* Etude sur la pathogénie des complications de la blenorragie (étiologie ancienne—étiologie nouvelle). (Thèse doctorat à la fac. de méd. de Paris, 1888/89).

XXV. *Lefort.* Des folliculites uréthrales blenorragiques chez l'homme. (Thés. doctor. à la fac. de méd. de Paris, 1888/89).

XXVI. *Doyen.* Bactéries de l'urine—communication dans l'Académie de médecine. (Bulletin medical, 1889, № 27).

XXVII. *E. Welander.* Recherches sur le gonococcus dans la blenorragie de la femme. (Bullet. médic., 1889, № 1).

XXVIII. *M. Eraud.* Communication sur le congrès international de dermat. et syphil. 1889, à l'hôpit. S.-Louis. (Annal. de dermat. et de Syphiligraph., 1890, p. 57).

XXIX. *Pescione.* Il gonococo nelle blenorragia muliebri. (Riforma medica, 1889, Marzo).

XXX. *Schütz.* Ein Beitrag zum Nachweise der Gonococcen. (München. medicin. Wochenschr., 1889).

XXXI. *Bumm.* Die Phagocythenlehre und der Gonococcus. (München. medic. Wochenschr., 1888 г., № 1).

XXXII. *Crivelli.* (The British Medical Journal, 1889, 6 Apr.).

XXXIII. *J. Straus.* Présence du gonococcus de Neisser dans un écoulement urétral survenu sans rapports sexuels. (Archiv. de méd. exper. et d'anat. pathol. 1889, № 2).

XXXIV. *Г. Повааринг.* Къ этиологии циститовъ при каменной болъзни почекъ. (Мед. Сб. Варш. Узд. Госп., 1889).

XXXV. *Г. Повааринг.* Три диплококка, весьма похожие на гонококковъ и обитающихъ въ трипперномъ гноѣ (Мед. Сб. Варш. Узд. Военн. Госп. 1889).

XXXVI. *Повааринг.* Краткій очеркъ извѣстнаго до сихъ поръ о бактеріяхъ, обитающихъ въ трипперномъ гноѣ, и преимущественно о гонококкахъ. (Медицина, 1889).

XXXVII. *Соловьевъ Аб.* Къ бактериологии цервикального канала при эндометритахъ. Дисс. В.-Мед. Ак., 1889/90 г.

XXXVIII. *Eraud.* Non spécificité du gonocoque. Сообщение въ засѣданіи международного общества «de dermat. et de Syph.» (Annal. de dermat. e. de Syphil., 1890, p. 426).

XXXIX. *E. Petit. et M. Wassermann.* Sur les microorganismes de l'urèthre normal de l'homme. (Annal des malad. der organ. génito-urinaires, 1891).

XL. *E. Wertheim.* Zur Lehre von der Gonorrhoe. (Centrablatt f. Gynäkol., 1881, № 24).

XLI. *E. Wertheim.* Reinzüchtung des Gonococcus Neisser mittels des Plattenverfahrens. (Deutsche Medic. Woehenschrift., 1891).

XLII. *E. Wertheim.* Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. (Archiv. f. Gynäkol., 1891).

XLIII. *Ф. К. Трапезниковъ*. Изслѣдованіе крови при пелелоѣ на гонококки. (Сообщ. въ засѣд. Русск. сифил. и дермат. общ. 39 нояб. 91 г.).

XLIV. *Epstein* Über vulvovaginitis gonorrhoeica bei kleinen Mädchen. (Archiv. f. Dermat. u. Syphil., 1894, Ergänzt. № 2).

XLV. *Bantock G. G.* On the importance of gonorrhoea as a cause of inflammation of the pelvic organs. (Brit. med. Journal, 1891, 4 Апрѣля).

XLVI. *Bumm*. Die gonorrhoeische infection und ihre Behandlung. (Deutsche medic. Wochenschr., 1891).

XLVII. *Bumm*. Über die Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht und ihre Folgen. (München. medic. Wochenschr., 1891, №№ 50 и 51).

XLVIII. *Брандтъ А.* Къ бактериологін полости тѣла матки при эндомиетритахъ. (Дисс. В. М. Ак., 18⁹¹/₉₂).

XLXIX. *Gebhard*. Der Gonococcus Neisser auf der Platte und Reincultur. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1892, № 11).

L. *A. Rizzo*. Colture del gonococco a scopo clinico. (La Riforma medica, 1892, 24 мая).

LI. *Welder*. Gibt es eine Vaginitis gonorrhoeica bei erwachsenen Frauen? (Archiv. f. Dermat. u. Syphil., 1892, p. 79).

LII. *Harrison*. Gonorrhoe in Women (British. med. Journal, 1892).

LIII. *Martin E.* Vulvovaginitis in children (Journ. of cutan. and genito-urin. diseases, 1892, 4 ноября).

LIV. *Raugé*. De la recherche des principaux microbes dans la pratique de la médecine. (Bulletin médic., 1892, 7 марта).

LV. *Minguet*. De la pluralité des uréthrites. (Thèse de Paris, 1892).

LVI. *Eraud et Hugonnet*. Sur les produits solubles sécrétés par un microbe du pus blennorrhagique. Séance de 2-me congrès de dermat. et. Syph. (Annal. de dermat. et syphit., 1892, p. 1194—1196).

LVII. *Строгановъ В.* Бактериологическія изслѣдованія полового канала женщины въ различные періоды ея жизни. (Дисс. В. М. Ак., 18⁹²/₉₃ г.).

LVIII. *A. Carpenter*. L'urethrite blennorrhagique aigue au point de vue bacteriologique (Thèse de Paris, 18⁹²/₉₃).

LXIX. *Goll*. «Часто ли встрѣчаются гонококки при хроническомъ уретритѣ». (Intern. Centralbl. f. d. Physiologie u. Pathol. d. Harn u. Sexualorg., 1891, № 3—по реферату изъ Мед. Обзор. 1893 г.).

LX. *Laser*. Gonococcenbefund bei 600 Prostituirten. (Deutsche med. Wochenschr., 1893).

LXI. *Rona*. Über Aetiologie und Wesen des Urethritis catarrhalis des Kinder männlichen Geschlechtes (Archiv. f. Dermat. u. Syphil., 1893).

LXII. *Finger E.* Die chronische Urethritis posterior und die chronische Prostatitis (Archiv. f. Dermat. u. Syph., 1893, Ergänzungshefte).

LXIII. *Neisser*. Welchen Werth hat die mikroskopische Gonococcenuntersuchung? (Deutsche Med. Wochenschr., 1893).

LXIV. *Ляницъ*. Новый способъ окрашиванія гонококковъ. (Мед. Обзор. 1893, т. XL).

LXV. *Пресманъ*. Материалы къ клинической бактериологін мочевого аппарата. (Дисс. В.-Мед. Ак., 18⁹³/₉₄ г.).

LXVI. *Finger E.* Отчетъ о сообщеніи его о разводахъ гонококковъ въ обществѣ вѣнскихъ врачей. (Wien. Klin. Wochenschr., 1893, № 20).

LXVII. *Touton*.

(Berlin. Klin., Wochenschr., 1894, 21 и 28 мая).

LXVIII. *Wertheim E.*

(Wiener Klin. Wochenschr., 1894, 14 іюня).



ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Если основательно и безопасно удалить бугорчато-перерожденные железы в началѣ болѣзни, то этимъ можно совершенно предотвратить дальнейшее распространѣніе болѣзни.

2. Коренное и вполне цѣлесообразное лѣчение коклюша возможно будетъ только тогда, когда откроютъ удобный способъ дѣйствовать лѣкарственнымъ веществомъ на любое мѣсто гортани, глотки и бронховъ или же такое лѣкарственное вещество, которое, будучи принято внутрь, если не въ полномъ составѣ, то хоть преимущественно, выдѣлялось бы именно черезъ эти органы.

3. Фолликулярная жаба въ скученныхъ помѣщеніяхъ и плохой гигиенической обстановкѣ иногда приобретаетъ большую заразительность и рѣзкую склонность къ осложненію флегмонозной жабой (иногда до 50% всѣхъ случаевъ); есть дома, въ которыхъ эта болѣзнь наблюдается ежегодно — эндемична.

4. Успѣхъ лѣченія при переломѣ въ большинствѣ случаевъ, по крайней мѣрѣ въ госпитальной практикѣ, стоитъ повидимому въ связи скорѣе со способомъ введенія лѣкарства, чѣмъ съ его обеззараживающей силой.

5. Даже и при надлежащемъ способѣ введенія лѣкарства въ госпитальной практикѣ успѣхъ мало замѣтенъ, если взять для сравненія случаи, текущіе безъ лѣченія.

6. При лѣченіи переломъ въ обыкновенныхъ госпитальныхъ условіяхъ слѣдовало бы имѣть на каждыхъ 20 больныхъ по фельдшеру или замѣняющему его лицу, а на каждого больного по крайней мѣрѣ по одной вполне цѣлесообразно устроенной спринцовкѣ.

7. Отыскиванію микробовъ, вызывающихъ ту или другую болѣзнь, должно предшествовать основательное изученіе вида и свойства микробовъ, нормально живущихъ въ той области.

гдѣ, по нашему предположенію, гнѣздятся микробы, обуславливающие болѣзнь.

8. Изученіе бактериологіи будетъ стоять на надлежащей почвѣ только тогда, когда въ немъ сапрофитамъ разныхъ областей и полостей человеческого тѣла будетъ посвящаться столько же вниманія, сколько и самимъ болѣзнетворнымъ микроорганизмамъ.

9. Прогрессъ бактериологіи все болѣе и болѣе подтверждаетъ то мнѣніе, что наряду съ типичными формами данной болѣзни всегда наблюдается масса нетипичныхъ, иногда совсѣмъ не похожихъ на данную болѣзнь формъ (С. П. Боткинъ), обусловленныхъ тѣмъ не менѣе тою же причиною, какъ и типичные.

10. Микроскопъ, если не апохроматъ, то хоть съ масляно-погружной системою, долженъ имѣться во всякой отдѣльной части войска, лазаретѣ и госпиталѣ; это очень важно для своевременнаго удаленія изъ части больныхъ, разумнаго лѣченія и предупрежденія распространія заразы при такихъ болѣзняхъ, какъ бугорчатка, парши, брюшной тифъ и т. д.

11. Система личной ответственности врача при нынѣшнемъ зависимомъ во всѣхъ отношеніяхъ положеніи послѣдняго ведетъ только къ тому, что первое появленіе эпидемическихъ болѣзней просматривается, а слѣдовательно упускается и время, когда еще возможно бороться съ ними.

12. Мнѣніе врача въ вопросѣ о выдѣленіи сомнительныхъ больныхъ должно быть безусловно рѣшающимъ; врачъ въ этомъ отношеніи долженъ быть совершенно независимъ, и ни одно возмущеніе не должно быть на него наложено безъ обсужденія его вины судомъ нѣсколькихъ свѣдущихъ лицъ — врачей же, — которые одни могутъ рѣшить, былъ ли онъ правъ, выдѣливъ того или другаго больного?

13. Однимъ изъ главнѣйшихъ средствъ въ борьбѣ съ эпидеміями должно быть немедленное выдѣленіе всѣхъ подозрительныхъ случаевъ заболѣванія въ самомъ началѣ, когда они еще по большей части не типичны, и немедленное же возмѣщеніе всѣхъ могущихъ произойти при этомъ имущественныхъ убытковъ.

14. Для рѣшенія вопроса о состояніи здоровья той или другой воинской части недостаточно свѣдѣній о качествѣ умер-

ших или заболѣвшихъ въ теченіи года, и тѣмъ болѣе одного мѣсяца; для этого необходимо знать отношеніе числа умершихъ и исключенныхъ въ неспособные (вовсе отъ службы и на поправку) къ общему числу заболѣвшихъ (и конечно здоровыхъ) и притомъ за нѣсколько лѣтъ—по крайней мѣрѣ за 5 лѣтъ.

Curriculum vitae.

Георгій Иннокентьевичъ Поваринъ, вѣроисповѣданія православаго, сынъ подполковника, родился въ г. Брестъ-Литовскій Гродненской губерніи въ 1859 году. Гимназическій курсъ проходилъ сначала въ Брестъ-Литовской Классической Прогимназіи, а затѣмъ въ Вѣльской Классической Гимназіи, по окончаніи которой поступилъ въ 1877 году въ Императорскую Медико-Хирургическую Академію. Окончивъ въ 1882 году курсъ со степенью лѣкаря, зачисленъ младшимъ врачомъ въ 163 пѣхотный Ленкоранскій полкъ 16 января 1883 года, въ 1885 году переведенъ тѣмъ же званіемъ въ 70-ый резервный пѣхотный батальонъ и въ 1888 году прикомандированъ для несенія службы въ Варшавскій Уяздовскій Военный Госпиталь, гдѣ и собралъ матеріалъ для представляемой диссертациі. Въ 1889 году переведенъ въ Вранскій мѣстный артиллерійскій Арсеналъ младшимъ же врачомъ, гдѣ и состоитъ по сіе время. Въ 1893 году прикомандированъ для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ къ Императорской Военно-Медицинской Академіи, въ теченіи 18^{93/94} учебнаго года выдержалъ экзамены на степень доктора медицины и настоящую работу подъ заглавіемъ «Гонококки при перелоѣ» представляетъ для полученія степени доктора медицины. Списокъ другихъ работъ врача Поварина прилагается.

1. «Нѣсколько наблюденій надъ триппернымъ гноемъ и микробами, въ немъ обитающими». (Предварительное сообщеніе). Медич. Сборникъ Варшавскаго Уяздовскаго Госпиталя, 1889 г., вып. I.

2. «Къ этиологіи циститовъ при каменной болѣзни почекъ». Тамъ же, 1889 г., вып. II.

3. «Три диплококка, весьма похожіе на гонококковъ, обитающіе въ трипперномъ гноѣ». Тамъ же, 1889 г., вып. III.

4. «Краткій очеркъ известнаго до сихъ поръ о бактеріяхъ, обитающихъ въ трипперномъ гноѣ, и преимущественно о гоноккокахъ». Медицина, 1889 г., Сентябрь.

5. «Заразныя болѣзни, причина ихъ, способы распространения и предотвращения». Акушерка, 1890 г., №№ 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 и 21.

6. «Грижи». Тамъ же, 1890 г., № 10.

7. «О современныхъ способахъ лѣченія ранъ». Тамъ же, 1890 г., №№ 11 и 12.

8. «О вредѣ спиртныхъ напитковъ». Тамъ же, 1891 г., № 3.

9. «Объ отмороженіяхъ и замерзаніи». Тамъ же, 1891 г., № 4.

10. «Объ ожогахъ». Тамъ же, 1891 г., № 5.

11. «О мозоляхъ». Тамъ же, 1891 г., № 6.

12. «Объ оспопрививаніи». Тамъ же, 1891 г., №№ 7, 8 и 9.

13. «Бородавки и ихъ лѣченіе». Тамъ же, 1891 г., № 10.

14. «Золотуха». Тамъ же, 1891 г., №№ 11, 12, 13 и 14.

15. «Волчанка (lupus)». Тамъ же, 1891 г., № 15.

16. «Безсонница». Тамъ же, 1891 г., №№ 16, 17 и 18.

17. «Вода». Тамъ же, 1891 г., №№ 18 и 19.

18. «Ноготь». Тамъ же, 1891 г., № 20.

19. «Вредъ туго наложенныхъ повязокъ». Тамъ же, 1891 г., № 23.

20. «Судороги (convulsія) у дѣтей». Тамъ же, 1891 г., № 24.

21. «Отчетъ по отдѣленію наружныхъ и хирургическихъ болѣзней Брянскаго мѣстнаго лазарета за 1890-ый годъ». Воен.-Мед. Журналъ, 1891 г., май.

22. «Случайное отравленіе нѣкоторыми преимущественно лѣкарственными веществами». Акушерка, 1892 г., № 1.

23. «Промывательныя и клистиры». Тамъ же, 1892 г., № 2.

24. «Инородныя тѣла». Тамъ же, 1892 г., №№ 4, 5, 6 и 7.

25. «Неукротимая рвота беременныхъ». Тамъ же, 1892 г., № 9 и 10.

26. «О глистахъ». Тамъ же, 1892 г., №№ 11, 12, 13 и 14.

27. «Экзема, мокущій лишай». Тамъ же, 1892 г., №№ 17 и 18.

28. «Привычныя запоры». Тамъ же, 1892 г., № 22.

29. «О вросшемъ ногтѣ». Тамъ же, 1892 г., № 23.

30. «Афты». Тамъ же, 1893 г., № 1.

31. «Врачебное примѣненіе нѣкоторыхъ общеупотребительныхъ веществъ и напитковъ». Тамъ же, 1893 г., №№ 3 и 4.

32. «Мигрень». Тамъ же, 1893 г., № 5.

33. «Дифтеритъ». Тамъ же, 1893 г., № 8.

34. «Лѣченіе дифтерита». Тамъ же, 1893 г., № 9.

35. «Крупи или дифтеритъ гортани». Тамъ же, 1893 г., № 10.

36. «Диспепсія». Тамъ же, 1893 г., № 11.

37. «Диспепсія у грудныхъ дѣтей». Тамъ же, 1893 г., № 12.

38. «Лѣтніе поносы (дѣтская холера)». Тамъ же, 1893 г., №№ 14 и 15.

39. «Пузырчатый лишай (herpes)». Тамъ же, 1893 г., № 17.

40. «Опоясывающій лишай (herpes zoster)». Тамъ же, 1893 г., № 18.

41. «Фолликулярная или лишаевая жаба (Angina follicularis s. herpetica)». Тамъ же, 1893 г., № 18.

42. «Стригущій лишай (herpes tonsurans)». Тамъ же, 1893 г., №№ 19 и 20.

Кромѣ того въ «Акушеркѣ» за 1890, 1891, 1892 и 1893 гг. помѣщено много мелкихъ статей, переводовъ, рефератовъ, библиографическихъ замѣтокъ и т. д. а во «Врачѣ» за 1894-ый годъ много рефератовъ.