

довъ, двусторонняя крупозная пневмонія, carcinoma vulvae inoperabilis— смерть черезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ, смерть отъ внутренняго кровотечения при множественныхъ фиброміомахъ матки черезъ 2 часа послѣ родовъ), а пятая родильница, умершая отъ септицеміи, была доставлена въ клинику уже зараженной.

Затѣмъ съ 15-го ноября 1890 г. авторъ, оставивъ въ силѣ всѣ прочія предупредительныя мѣры (въ томъ числѣ и самое педантичное обеззараживаніе рукъ и инструментовъ—«субъективная дезинфекція»), отмѣнилъ влагаліщныя спринцованія роженицъ и такимъ образомъ до 11-го декабря 1891 г. провелъ 197 родовъ; въ началѣ все шло вполне благополучно: около сотни родовъ протекли безъ единственнаго серьезнаго послѣродового заболѣванія; въ маѣ же прошлаго года въ клинику поступила роженица, изслѣдованная до того постороннею акушеркою,—на 2-й день послѣ легкихъ родовъ она задохордилась, а на 4-й умерла отъ перитонита; въ августѣ вторая родильница заболѣла и весьма быстро умерла при явленіяхъ септического зараженія; въ декабрѣ такимъ-же образомъ погибла третья родильница; во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ найденъ streptococcus pyogenes aureus; заблѣваемость за это время выразилась 11,1⁰/о.

Такой неудачный опытъ приводитъ автора, вопреки его прежнимъ воззрѣніямъ къ тому выводу, что профилактическое обеззараживаніе полового канала роженицъ необходимо, особенно въ такихъ клиникахъ, какъ Эрлангенская, гдѣ, при небольшомъ матеріалѣ и сравнительно многочисленномъ персоналѣ учащихся (студентовъ и повивальныхъ ученицъ), приходится иногда на одну роженицу до 60—70 изслѣдованій за все время родовъ.

Что касается ограниченія внутренняго изслѣдованія роженицъ, то авторъ считаетъ это *prim desiderium* недостижимымъ для тѣхъ родовспомогательныхъ заведеній, которыя въ то-же время служатъ учебнымъ цѣлямъ.

А. Фишеръ.

11. Leopold u. Goldberg. Zur Verhütung des Kindbettfiebers. (Deutsche medic. Wochenschr., 1892, № 13). Къ предупрежденію родильной горячки.

Авторы, на основаніи богатаго матеріала Дрезденской клиники (въ 1891 г.—1487 родовъ), приходятъ къ инымъ выводамъ, чѣмъ *Frommet* (см. предъидущій рефератъ): съ отмѣною влагаліщныхъ спринцованій при нормальныхъ родахъ теченіе послѣродового періода улучшилось. А также L. считаетъ возможнымъ въ громадномъ большинствѣ нормально-протекающихъ родовъ обходиться безъ внутренняго изслѣдованія, сохраняя за нимъ право на существованіе лишь въ тѣхъ незначительныхъ размѣрахъ, которые представляются необходимыми въ цѣляхъ преподаванія; въ тѣхъ-же цѣляхъ онъ значительно усовершенствовалъ приемы наружнаго изслѣдованія беременныхъ и роженицъ (см. Журналъ акуш. и женск. бол., 1891, стр. 512. *Реф.*).

Оставляя въ сторонѣ подробности реферируемой статьи, мы приведемъ изъ нея лишь слѣдующія данныя, имѣющія рѣшающее значеніе. Если исключать изъ статистики всѣ оперативные и, вообще, патологическіе роды, то

послѣродовая заболѣваемость и смертность отъ септическихъ формъ выразится слѣдующими цифрами: изъ числа подвергавшихся профилактическимъ влагалищнымъ спринцованіямъ и внутреннему изслѣдованію во время родовъ—заболѣли 1,26% и умерли 0,20%; безъ спринцованій, но подвергавшихся внутреннему изслѣдованію—заболѣли 0,88% и умерли 0,15%; не подвергавшихся ни спринцованіямъ, ни внутреннему изслѣдованію—заболѣли 0,65% и умерли 0,07%.

Въ заключеніе авторы слѣдующимъ образомъ формулируютъ принципы, веденія нормальныхъ родовъ: возможное ограниченіе внутренняго изслѣдованія съ широкимъ примѣненіемъ наружнаго, строжайшая субъективная дезинфекція и полное устраненіе запаса грязи съ наружныхъ половыхъ органовъ, съ этою цѣлью—педантичное обмываніе и обеззараженіе послѣднихъ и окружающихъ частей, повторяемое передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ; промыванія влагалища въ *нормальныхъ* случаяхъ скорѣе вредны, чѣмъ полезны.

А. Фишеръ.

12. Ad. Olivier. Du choix d'une nourrice (Archives de Tocologie et de Gynécologie, 1892, Avril). О выборѣ кормилицы.

Авторъ прежде всего указываетъ на тѣ качества, которыми должна обладать хорошая кормилица. Она не должна быть моложе 20 лѣтъ, иначе она не достаточно опытна и не достаточно сильна для кормленія ребенка. Кромѣ того молоко женщины отъ 16 до 20 лѣтъ содержитъ относительно мало воды и сахара, а много казеина и жира, по составу приближается къ коровьему молоку и трудно переваривается. Съ другой стороны, кормилица должна быть не старѣе 35 лѣтъ, потому что въ этомъ возрастѣ въ молоко женщины много воды и мало плотныхъ составныхъ веществъ; такое молоко мало питательно. Важное значеніе имѣетъ время разрѣшенія женщины отъ бремени. Лучше всего брать кормилицей женщину не раньше, какъ черезъ 3 мѣсяца послѣ ея родовъ. Замѣчено, что у новорожденныхъ, которыхъ кормятъ женщины, только что разрѣшившіяся отъ бремени, пищевареніе плохо весь первый мѣсяць, а иногда и часть втораго. Другое неудобство: въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ у родильницы продолжаютъ выдѣляться лохія серозныя и даже кровянистыя, а иногда открываются и настоящія регулы; и то и другое до нѣкоторой степени вредно отражается на ребенкѣ. Кромѣ того, первичныя проявленія сифилиса у ребенка обнаруживаются не ранѣе 4—6 недѣль послѣ рожденія. Но не слѣдуетъ брать кормилицей женщину спустя шесть мѣсяцевъ послѣ ея родовъ. Молоко такой кормилицы не всегда хорошо переваривается новорожденнымъ, благодаря относительно большому содержанию въ немъ жира и, къ тому же, можетъ преждевременно изсякнуть. По возможности не брать въ кормилицы первородящую: груди ея еще не вполне развиты. Тяжелыя душевныя волненія, вызываемыя разлукой съ ребенкомъ и мужемъ, переживаемыя впервые, отражаются на ней сильнѣе, чѣмъ въ послѣдующіе роды. Сверхъ того женщина, выкормившая уже своего ребенка, обладаетъ большей опытностью въ уходѣ за дѣтьми. Но, конечно, если