

дать родовые пути отъ занесенія въ нихъ микробовъ, а не убивать ихъ тамъ введеніемъ противогнилостныхъ веществъ.

3. Безгнилостный способъ долженъ состоять въ строгой внѣшней и личной антисептикѣ и возможно рѣдкомъ внутреннемъ изслѣдованіи; послѣднее особенно относится къ низшему медицинскому персоналу.

4. Какъ въ хирургіи заживленіе ранъ, такъ и въ акушерствѣ веденіе родовъ по безгнилостному способу болѣе приближается къ идеалу, ибо скорѣе отвѣчаетъ условіямъ физиологическаго теченія.

5. Безгнилостный способъ менѣе обременителенъ для роженицы и персонала, и тамъ, гдѣ роды ведутся не врачомъ, онъ даетъ болѣе гарантій противъ зараженія извнѣ.

6. Какъ въ хирургіи противогнилостный способъ показанъ при зараженныхъ ранахъ, безгнилостный—при чистыхъ и здоровыхъ, такъ и въ акушерствѣ—при нормальныхъ родахъ показанъ безгнилостный, а въ случаяхъ, гдѣ есть уже инфекція, нужно пользоваться противогнилостнымъ.

7. Вопросъ о дѣйствительномъ значеніи химическихъ противогнилостныхъ веществъ въ примѣненіи къ хирургіи и акушерству нуждается еще въ обстоятельныхъ клиническихъ и лабораторныхъ изслѣдованіяхъ.

Ф. Краснопольскій.

#### 51. Schwarzwäller. Ueber sogenannte fötale Rachitis. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV B. I. H. 1). О такъ называемомъ зародышевомъ рахитѣ.

Мнѣнія по вопросу о зародышевомъ рахитѣ далеко не сходятся. Доказательными могутъ считаться лишь микроскопически изслѣдованные случаи. *Gurlt* первый описалъ случай съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ и пришелъ къ заключенію, что врожденнаго рахита нѣтъ. Разсматривая литературу даннаго вопроса, *Schwarzwäller* указываетъ на то, что во многихъ случаяхъ имѣлась лишь остановка въ развитіи костей (*Bidder, Scharlau*); немало случаевъ описано подъ видомъ излѣченнаго зародышеваго рахита (*Winkler, Kehrer, Fischer, Biscamp*), но по мнѣнію *Kossowitz'*а для оплотнѣнія рахитическихъ костей нужно гораздо больше времени, чѣмъ весь періодъ утробной жизни. *Fürgens* по поводу собственнаго случая *osteomalaciae congen.* считаетъ возможнымъ и другіе случаи зародышеваго рахита объяснить остеомаляціей же, давшей остановку роста костей въ длину съ послѣдовательнымъ склерозомъ короткихъ и изогнутыхъ костей; но и онъ ставитъ вопросъ, не слишкомъ ли коротка утробная жизнь для развитія и излѣченія остеомаляціи. *Schwarzwäller* изслѣдовалъ микроскопически двухъ доношенныхъ, мертворожденныхъ младенцевъ, матери которыхъ не страдали ни сифилисомъ, ни рахитомъ. Длина тѣла меньше нормальной—42—44 см.; кожа толста, богата жиромъ, но не болтающаяся. Въ I сл.—эпифизы сильно вздуты, тазъ плоскій, грудная кость выдается, нижнія конечности коротки и неуклюжи, на голеняхъ желобоватая вдавленія съ переломомъ костей, вѣроятно, вслѣдствіе обвитія пуповины. Во II сл.—по 6 пальцевъ на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ, голова кажется очень большой и уродливой (окр. 31, всѣ размѣры ниже

нормы), лобь выдается, асцитъ. Микроскопическое изслѣдованіе еще болѣе доказываетъ, что эти случаи не имѣютъ ничего общаго съ рахитомъ—поясъ пролиферирующаго хряща чрезвычайно узокъ, діафизы склерозированы, корковый слой утолщенъ, мозговые пространства сведены на ничтожныя величины. Причиной подобной остановки въ развитіи костей въ первомъ случаѣ можно считать обвитіе пуповины вокругъ плода въ нѣсколько разъ, что вызвало сдавливаніе конечностей и нарушеніе плацентарнаго кровообращенія.

А. Пекарская.

52. Д. А. Парышевъ. Внутритрубное заболѣваніе плода офтальмо-бленорреею. (Врачъ 1892 г. № 47).

Наиболѣе вѣроятнымъ временемъ зараженія плода офтальмобленорреей является то, когда лицевая часть плода во время родовъ наиболѣе тѣсно соприкасается съ растянутыми стѣнками матки и влагалища, а потому это заболѣваніе всего чаще выражается на 3—4 день послѣ родовъ (3—4 дня инкубационнаго періода). Гораздо болѣе рѣдки тѣ случаи, гдѣ ребенокъ уже родится съ ясно выраженнымъ заболѣваніемъ. Автору привелось наблюдать такой случай: у здоровой, никогда не страдавшей болями, 4 рождающей 24 лѣтней женщины, имѣвшей послѣднія регулы за 8 мѣсяцевъ до родовъ, за три дня до родовыхъ болей начали стекать воды. Считая себя не смотря на это все-же совершенно здоровой, она продолжала тяжелую работу кухарки и не отказывалась отъ половыхъ сношеній. Тотчасъ же послѣ рожденія слабенькой, недоношенной дѣвочки было замѣчено ясное бленорройное заболѣваніе глазъ ея съ обильнымъ присутствіемъ гонококковъ *Neisseria* въ гною, которыхъ однако не удалось найти въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ матери. Ребенокъ погибъ въ началѣ 5 сутокъ отъ катаральнаго воспаленія легкихъ на почвѣ желтухи съ послѣдующими гипостазамы. Условіями благоприятствующими зараженію въ данномъ случаѣ были,—главнымъ образомъ преждевременное вскрытіе пузыря, а также малая сопротивляемость плода вслѣдствіе его недоразвитости. Главной предохранительной мѣрой въ такихъ случаяхъ авторъ считаетъ постановку беременной послѣ преждевременнаго излитія водъ въ такія-же условія, въ какихъ находится всякая роженица, а вообще разумной предохранительной мѣрой противъ офтальмобленоррей новорожденныхъ будетъ частое спринцеваніе рукава во время родовъ растворомъ сулемы 1:2000. Въ клиникѣ А. И. Лебедева, благодаря такой мѣрѣ, за періодъ времени съ сентября 1884 по ноябрь 1892 года, на 1047 родовъ былъ одинъ (не считая описываемаго) случай офтальмобленорреи т. е. 0,09%. Рутковский.

53. Бенисовичъ Н. Къ вопросу о вѣматочной беременности. (Хирург. Вѣст. Декабрь 1892 г.).

Разнообразіе взглядовъ на діагностику и лѣченіе вѣматочной беременности и необходимость собрать и обработать казуистическій матеріалъ, чтобы этимъ путемъ установить точное распознаваніе и указать лучшіе методы лѣченія, побудили автора сообщить наблюдавшійся имъ случай. Но