

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ.

ФЕВРАЛЬ 1898, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Бактеріологическое изслѣдованіе налетовъ, развивающихся во влагалищѣ и пузырьѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ при мочевыхъ фистулахъ.

Лаборанта клиники А. А. Любимова.

(Изъ Харьковской акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф. Толочина).

Причины, благодаря которымъ происходятъ такъ называемые пузырно-влагалищные свищи наичаще сводятся на то, что родовой каналъ во время выхода головки плода довольно продолжительное время подвергается прижатію къ стѣнкамъ таза. Прижатые мѣста некротизируются, затѣмъ, когда струпу отпадетъ, образуется отверстіе между пузыремъ и влагалищемъ. По *Winckel*ю каждая такая фистула приходится на 1000 родовъ. Другіе считаютъ процентъ или нѣсколько меньше, или больше, такъ *Clarke* на 10000 родовъ 4 фистулы. Рѣдко причиной ихъ служатъ поврежденія инструментами, употребляемыми во время акта родовъ, еще рѣже фистулы случаются въ небеременномъ состояніи женщины и являются какъ послѣдствіе травмы. Всѣ фистулы, происходящія отъ вышеупомянутыхъ причинъ подлежатъ оперативному лѣченію, напротивъ фистулы, которыя развиваются при раковыхъ пораженіяхъ матки и влагалища, неизлѣчимы и не представляютъ

самостоятельныхъ заболѣваній. Такимъ образомъ сравнительно немного существуетъ причинъ образованія пузырно-влагалищныхъ фистулъ. Последнія тяжело отражаются на здоровьи женщины. Постоянное непроизвольное выдѣленіе мочи изнуряетъ больную, а открытый совершенно пузырь для доступа микроорганизмовъ всегда влечетъ за собой воспаленіе пузыря, иногда же процессъ воспаленія не ограничивается только имъ, а идетъ дальше и поражаетъ лоханки и почки. Произвольное исцѣленіе случается очень рѣдко и обыкновенно при небольшихъ фистулахъ, въ остальныхъ же случаяхъ оно не наступаетъ и необходимо всегда, для излѣченія, больной прибѣгнуть къ болѣе энергичнымъ мѣрамъ, именно къ пластической операціи.

При недавнихъ родахъ обыкновенно считаютъ необходимымъ временемъ для последней недѣль 6—8 спустя послѣ родовъ, когда уже струнья мало по малу отпадутъ и рана успѣетъ зарубцеваться; въ случаѣ, если роды произошли давно, время для операціи можно назначить, когда угодно, при условіи отсутствія какихъ—либо воспалительныхъ измѣненій возлѣ влагалища и въ самомъ влагалищѣ и пузырьѣ. Но часто, къ сожалѣнію, при существующихъ фистулахъ, особенно у женщинъ бѣдныхъ, простого класса, развиваются экземы вокругъ входа во влагалище и на бедрахъ, вслѣдствіе постояннаго раздраженія кожи мочей, а главное возлѣ самой фистулы во влагалищѣ и пузырьѣ образуются налеты съ отложеніемъ солей, симмулирующіе крупозное дифтеритическое воспаленіе. При такомъ состояніи, конечно, немыслимо приступить немедленно къ операціи, а необходимо бываетъ предварительно заняться подготовленіемъ больной къ ней. Это подготовленіе иногда занимаетъ довольно продолжительное время. Въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1894 годъ д-ромъ *Цюжуровскимъ* уже были описаны способы, употребляемые въ нашей клиникѣ для приготовленія больной къ операціи «*fistulorrhaphia*», по этому я не стану подробно повторять ихъ. Они, главнымъ образомъ, состоятъ въ соблюденіи чистоты и опрятности, сидячихъ полуваннахъ, постоянномъ орошеніи влагалища изъ растворовъ борной и салициловыхъ кислотъ. Но встрѣчаются случаи, гдѣ и эти средства не ведутъ къ цѣли

и налеты продолжают упорно держаться, такъ что для ихъ устраненія приходится прибѣгать къ болѣе сильнымъ средствамъ, именно методическому смазыванію ихъ смѣсью *t-gae jodi et acidi carbolicі puri aa* или же прижиганіямъ посредствомъ заливанія 10% растворомъ *supri sulfurici* черезъ цилиндрическое маточное зеркало. Argioi можно было бы предположить, что этотъ процессъ, вслѣдствіе своего упорства, не есть исключительно только импрегнація тканей солями, а долженъ сопровождаться и, вѣроятно, поддерживаться какими то микроорганизмами, о чемъ до сихъ поръ мы не имѣли нигдѣ точныхъ указаній, почему я, по предложенію проф. *Н. Ф. Толочинова*, и занялся изслѣдованіемъ бактериологическихъ, а также и гистологическихъ свойствъ этихъ налетовъ, встрѣчающихся въ половомъ каналѣ женщины при мочевыхъ фистулахъ. Всѣхъ подобныхъ случаевъ, которые мнѣ пришлось наблюдать въ 1896—97 учебномъ году, было четыре.

Случаи эти слѣдующіе:

I. Анна Р—ева, крестьянка Харьковской губерніи, православная, 33-хъ лѣтъ, поступила въ клинику 24 сентября 1896 года съ жалобой на постоянное непроизвольное выдѣленіе мочи и боли во влагалищѣ.

Въ дѣтствѣ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Первые регулы получила на 16-мъ году; шли по 6 дней черезъ 6 недѣль, обильны и безболѣзненны. Вышла замужъ 18-ти лѣтъ. Черезъ 1½ года послѣ замужества имѣла перваго доношеннаго ребенка. Роды протекли благополучно.

Затѣмъ были еще 5 родовъ и 1 выкидышъ.

Всѣ беременности и роды протекали совершенно правильно. Дѣтей кормила сама.

Типъ регулъ послѣ замужества нѣсколько измѣнился, именно они наступали черезъ 4 недѣли и шли по 4—6 дней.

Наконецъ, послѣ 6-хъ родовъ, происходившихъ въ первыхъ числахъ іюля 1896 года и продолжавшихся трое сутокъ, больная получила фистулу.

Роды были трудные; вслѣдствіе неправильнаго положенія плода только на третьи сутки былъ сдѣланъ поворотъ на ножки и извлеченъ мертвый ребенокъ. Послѣ извлеченія больная сейчасъ же замѣтила недержание мочи и отсутствіе позывовъ къ мочеиспусканію. Съ жалобой на это больная и поступила въ клинику спустя 3 мѣсяца послѣ родовъ.

Р. умѣреннаго тѣлосложенія, средняго роста; подкожно-жирный слой и мускулатура развиты удовлетворительно. Брюшныя стѣнки легко податливы, дряблы, кожа ихъ покрыта старыми рубцовыми полосами.

Внутренние органы нормальны.

В области ягодицъ и наружныхъ половыхъ частей замѣчается краснота и экзематозная сыпь, вызывающая небольшой зудъ. Половая щель слегка зияетъ, промежность цѣла. Стѣнки влагалища шероховаты, какъ бы посыпаны пескомъ. На передней стѣнкѣ его, см. на 4—5 отъ входа, находится отверстие, въ которое входитъ конецъ пальца; края его утолщены, ощупываніе ихъ болѣзненно. *Portio vaginalis uteri* не ощупывается, передняго и задняго сводовъ не существуетъ, а боковые сжаты, такъ что въ нихъ можно ввести только палецъ. При осмотрѣ зеркаломъ на передней стѣнкѣ влагалища находимъ отверстие величиною въ пятнадцатикопеечную монету; изъ него вытекаетъ моча и выглядываетъ слизистая оболочка пузыря. Вокругъ отверстия и въ немъ и на стѣнкахъ нижняго сегмента рукава замѣчаются сѣровато-бѣлые налеты, которые, при желаніи снять ихъ ватой, не стираются, при посканиваніи легкомъ ложечкой немного кровоточатъ.

Катетеръ легко входитъ въ уретру.

Исслѣдуя *per rectum* находимъ *portionem vaginalem*, обращенную кзади, а тѣло напередъ. Размѣры таза: *Dist. spin*—25 см; *crist.*—28; *intertroch.*—30; *conj. ext.*—19.

Моча мутная, щелочной реакціи, янтарно-желтаго цвѣта съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ разложенія ея, содержитъ немного бѣлка и очень много форменныхъ элементовъ, особенно лейкоцитовъ, клѣтокъ круглыхъ и плоскихъ, гнилостныхъ бактерій и кристалловъ трипельфосфатовъ. Удѣльный вѣсъ 1020.

Со дня поступленія для уничтоженія налетовъ было примѣнено постоянное орошеніе черезъ влагалище борной и салициловой кислотой, но улучшеніе подвигалось очень медленно. Поэтому это орошеніе замѣнили орошеніемъ тѣмъ же растворомъ черезъ уретру и пузырь посредствомъ катетра. Послѣдовало незначительное улучшеніе въ видѣ уменьшенія налетовъ, но полного ихъ устраненія не могли достигнуть.

Тогда при сохраненіи орошенія стали прижигать налеты 5% растворомъ *kalii hypermanganici*, а на ночь впускать въ пузырь посредствомъ брауновскаго шприца 1% растворъ *arg. nitrici* въ количествѣ 0,5 grm. Такъ продолжали дѣлать 1½ недѣли. Но и при такомъ способѣ лѣченія не могли все-таки достигнуть полного удаленія налетовъ. *Kal. hypermang.* былъ замѣненъ сперва *t-ra jodi*, а потомъ *supra sulfurico in substantia*, но и въ этомъ случаѣ хорошихъ результатовъ не пришлось достигнуть. Тогда замѣнили ихъ прижиганіемъ налетовъ смѣсью *t-rae jodi et acidi carbolici puri* аа при сохраненіи постоянного орошенія.

Только теперь, благодаря послѣднимъ средствамъ, налеты стали быстро сходить и совершенно исчезать, такъ что къ 4 декабря половой каналъ принялъ такой видъ, что операція сдѣлалась возможной. Послѣоперационный и дооперационный періоды протекали почти безлихорадочно. Больная мочилась сначала черезъ катетеръ, затѣмъ сама. По снятіи швовъ, края фистулы совершенно срослись.

Р. выписалась 16 декабря излеченной. При выпискѣ изслѣдованіе мочи не обнаружило ничего въ ней патологическаго.

II. С. Овч—ва, крестьянка Пензенской губерніи, 32 лѣтъ, поступила въ клинику 9 ноября съ жалобой на непроизвольное мочеотдѣленіе и кромѣ того на неспособность удерживать газы и жидкія испражненія.

Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла.

Регулы получила на 16-мъ году, шли по 3 дня черезъ 3 недѣли безъ болей и не обильны. 2 года какъ вышла замужъ. Черезъ годъ послѣ этого родила мертваго ребенка.

Роды были легкіе. За 2 мѣсяца до поступления въ клинику у нея родился второй ребенокъ, доношенный. Роды послѣ излитія водъ продолжались трое сутокъ и сами собой не могли окончиться, такъ что пришлось прибѣгнуть къ щипцамъ. Былъ извлеченъ мертвый плодъ. Спустя дня 2 послѣ извлечения начала изъ влагалища выдѣляться непроизвольно моча и кромѣ того оттуда-же стали выходить газы и жидкія испражненія, что и заставило ее обратиться въ клинику.

О. средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Слабо упитана. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Внутренніе органы нормальны. Половая щель зияетъ, промежность въ состояніи второй степени разрыва. На ягодицахъ и на наружныхъ половыхъ органахъ разлитая экзема. Стѣнки влагалища плотны, мозолисты, гиперемированы. На передней его стѣнкѣ, см. на 4 отъ входа, находится отверстіе, свободно пропускающее 2 пальца, съ плотными каллезными краями и шероховатое. На задней стѣнкѣ влагалища, высоко въ заднемъ сводѣ, находится второе отверстіе, ведущее въ rectum. Влагалищная часть не прощупывается. Тѣло матки нормальной величины.

Изслѣдованіе зеркаломъ: края фистулы, ведущей въ мочевой пузырь, покрыты бѣловато-сѣрымъ налетомъ, не стирающимся при проведеніи по немъ ватой. Фистула ректальная свободно отъ налетовъ. Размѣры таза: Dist. spin.—23 см; crist.—25; intertroch.—32; Conj. ext.—17. Моча щелочной реакціи, содержитъ бѣлокъ, въ осадкѣ лейкоциты, трипель-фосфаты и много гнилостныхъ бактерий. Уд. в. 1022.

Для уничтоженія налетовъ было назначено тоже самое лѣченіе, что и въ предыдущемъ случаѣ. По очисткѣ влагалища отъ налетовъ 6 декабря была зашита ректальная фистула.

Вслѣдствіе перерыва на нѣкоторое время постоянного орошенія влагалища и прижиганія налетовъ, послѣдніе опять появились, такъ что приступить ко второй операциі послѣ заживленія ректальной фистулы было невозможно.

Только 27 декабря, когда исчезли, благодаря лѣченію, опять появившіеся налеты, произведена была fistulorrhaphia. Полнаго сросстанія краевъ послѣ снятія швовъ не наступило.

Осталось опять меньшей величины отверстіе, по краямъ котораго появились быстро налеты такіе же упорные, какъ и раньше. Назначено опять вышеупомянутое лѣченіе и, наконецъ,

17 февраля 1897 года сдѣлана была вторично операція, послѣ которой больная могла уже выписаться изъ клиники, совершенно излеченной.

III. Анна Вер—на, крестьянка Воронежской губерніи, православная, 24 лѣтъ, поступила въ клинику 9 марта 1897 года съ жалобами на непроизвольное выдѣленіе мочи.

Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла.

Первые регулы получила на 17-мъ году, шли безъ болей по 3 дня черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла 20 лѣтъ. Послѣ замужества забеременѣла вскорѣ и родила въ срокъ живого ребенка.

Роды протекли благополучно. Черезъ 2 года послѣ этихъ родовъ опять забеременѣла и роды, бывшіе за 3 мѣсяца до поступленія въ клинику, на этотъ разъ были очень затяжные; продолжались они 3 сутокъ. Ребенокъ родился мертвымъ и размырами, по словамъ больной, былъ великъ.

Вскорѣ послѣ родовъ стала понемногу сочиться моча, а затѣмъ уже пошла неудержимо.

Больная невысокаго роста, слабаго тѣлосложенія, подкожно-жирный слой и мускулатура слабо развиты. Брюшныя стѣнки вялы, легко податливы, имѣютъ старыя рубцовыя полосы. Органы грудной и брюшной полостей нормальны. Половая щель слегла зияетъ, малыя губы немного выдаются изъ за большихъ. Промежность цѣла. Изслѣдованіе *per vaginam* показало, что см. на 3 отъ входа во влагалище палецъ наталкивается на отверстіе на передней стѣнкѣ, въ діаметрѣ см. 3. Войдя въ него, пальцы прощупываютъ выпадающую стѣнку пузыря. Вокругъ отверстія и на стѣнкѣ влагалища при изслѣдованіи зеркаломъ видны налеты желтовато-бѣлаго цвѣта, легко кровоточащіе и трудно соскабливаемые. *Portio vaginalis* разрушена и отъ нея остались только плотныя рубцы. Матка мала, обращена дномъ къпереди.

Придатки не прощупываются.

Размѣры таза: *Dist spin*—23 см; *crist*—25; *intertroch.*—29; *Conj. ext.*—16,5.

Изслѣдованіе мочи: янтарно-желтая, мутная, щелочной реакціи, уд. вѣсъ 1019, слѣды бѣлка; въ осадкѣ трипельфосфаты и бактеріи гніенія мочи.

Благодаря вышеуказанному леченію налеты наконецъ къ 6 апрѣлю исчезли и можно было приступить къ операціи. Въ виду сильнаго натяженія краевъ зашитой раны нѣкоторые швы прорѣзались и благодаря этому фистула сразу не зажила.

Такъ какъ вслѣдствіе наступленія лѣтнихъ каникулъ клиника должна была закрыться, то дальнѣйшее зашиваніе фистулы оставлено до слѣдующаго года.

IV. Агафья Жих—ва, крестьянка Ставропольской губерніи, православная, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 6 марта 1897 года съ жалобой на недержаніе мочи.

Въ дѣтствѣ не болѣла. Регулы получила 15 лѣтъ, шли они по 2—3 дня черезъ 4 недѣли, были необильны и безболѣзненны.

Замужъ вышла 16 лѣтъ, послѣ чего типъ регулъ не измѣнился.

Беременной была 7 разъ. Первые 6 родовъ прошли благополучно и наступали своевременно. Последніе же 7-ые были, по ея словамъ, очень тяжелые, и продолжались трое сутокъ. Помогали ей бабки.

Тотчасъ же послѣ родовъ появилось недержание мочи и послѣдняя совершенно не задерживалась въ пузырьѣ. Послѣ этихъ родовъ, бывшихъ 2½ года тому назадъ, она дома болѣла и пролежала въ постели 6 недѣль. Была сильная лихорадка, сопровождаемая ознобами, боли внизу живота. Мѣсяцевъ 6 спустя послѣ родовъ больной въ Ставрополѣ была сдѣлана операція *fistulorrhaphia*, но рана не срасталась и моча продолжала течь. Въ такомъ состояніи она и явилась въ клинику.

Больная среднего роста, слабаго тѣлосложенія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны.

Половая щель зияетъ. Разрывъ промежности первой степени.

На передней стѣнкѣ влагалища сантиметра на 3 отъ входа находится отверстіе, пропускающее 1½ пальца и ведущее въ мочевой пузырь. Изъ него непрерывно сочится моча. *Portio vaginalis* почти разрушена. Матка прощупывается въ переднемъ сводѣ, небольшая, плотная. Придатки не прощупываются. При изслѣдованіи зеркаломъ вокругъ отверстія пузырно-влагалищнаго на стѣнкѣ влагалища, а также и на задней стѣнкѣ его замѣтны налеты желтаго цвѣта со слегка зеленоватымъ оттѣнкомъ. Эти налеты при дотрагиваніи легко кровоточатъ и трудно снимаются даже при проведеніи по нимъ острой ложечкой. Органы брюшной и грудной полостей здоровы. Размѣры таза: *dist. spin.*—23; *crist.*—25; *intertr.*—28; *conj. ext.*—18.

Моча слабо кислой реакціи, удѣльнаго вѣса 1020, содержитъ слѣды бѣлка, въ осадкѣ клѣтки эпителия пузыря и лоханокъ, много гнойныхъ тѣлецъ, немного красныхъ кровяныхъ шариковъ, кристаллы солей щавелевой кислоты и немного трипельфосфатовъ.

Со дня поступленія въ клинику было примѣнено для удаленія весьма упорныхъ налетовъ вышесказанное леченіе (постоянное орошеніе, полуванны, смазываніе смѣсью *t-rae jodi* и *acidi carbolic* *pur* *aa*). Только 6 апрѣля половые пути приняли такой видъ, что можно было приступить къ операціи.

Полнаго заживленія фистулы не вполне удалось достигнуть первой операціей, и, такъ какъ вълѣдствіе закрытія клиники на лѣто нельзя было прибѣгнуть ко вторичному зашиванію оставшейся небольшой фистулы, больную пришлось выписать изъ клиники и предложить ей въ сентябрѣ 1897 года опять явиться для полнаго устраненія ея болѣзни.

При своихъ изслѣдованіяхъ я во всѣхъ случаяхъ бралъ налеты какъ для бактериологическаго, такъ и для гистологическаго изученія ихъ, при чемъ послѣднее дѣлалось на свѣже расщепленномъ препаратѣ. Результаты его получились во всѣхъ случаяхъ почти одни и тѣже. Поверхностный слой состоялъ

изъ мелкозернистаго детрита, содержащаго бактеріи и соли трипельфосфатовъ въ большомъ количествѣ, далѣе находилась нѣжная фибринозная сѣть, выполненная лейкоцитами и мѣстами красными кровяными шариками, ближе лежащіе слои налета къ живой ткани содержали въ себѣ и некротизированный эпителий.

Намазанные на покровныя стекла и окрашенные карбольшуксиномъ по *Ziehl*'ю и метиленовой синькой по *Löffler*'у, препараты обнаружили въ нихъ присутствіе главнымъ образомъ бактерій по формѣ тоненькихъ небольшихъ палочекъ съ закругленными краями, изрѣдка можно было замѣтить гораздо большей величины палочки, а въ нѣкоторыхъ препаратахъ и кокки.

Предъ перенесеніемъ налетовъ на питательныя среды дезинфицировалось какъ влагалище и пузырь, такъ и самые налеты. Для дезинфекціи перваго брали слабый растворъ (1⁰/о) карболовой кислоты и промывали имъ влагалище посредствомъ влагалищнаго наконечника; послѣ этого еще разъ спринцевали влагалище 2⁰/о растворомъ борной кислоты, имъ же промывали и пузырь черезъ катетеръ.

Обнаживъ фистулу зеркаломъ *Симса* и подъемниками и отыскавъ налеты, послѣдніе хорошо вытирались сперва ватой, смоченной 1:3000 растворомъ сулемы, а затѣмъ спиртомъ и наконецъ сухой обезпложенной ватой. Послѣ всего этого только брали налеты для развонокъ на питательныя среды, при чемъ пользовались обезпложенной ложечкой и платиновымъ ушкомъ. Взявъ налеты на наклонный агаръ, послѣ того какъ получался ростъ бактерій, дифференцировали ихъ одну отъ другой, для чего отвивались выросшія бактеріи на разжиженную желатину платиновымъ ушкомъ опредѣленной величины, отъ этой желатины сейчасъ же опять отвивали на слѣдующую, отъ послѣдней опять на слѣдующую и т. д. до 6 пробирки съ желатиной. Три послѣднія разливались на хорошо простерилизованныя чашечки Петри, гдѣ и получался на слѣдующій день или же немного позже ростъ обособленныхъ другъ отъ друга колоній. Эти колоніи уже въ чистой культурѣ отвивались на среды и такимъ образомъ получали отдѣльныя формы бактерій. Все это было соблюдаемо во всѣхъ случаяхъ нашего изслѣдованія.

Отвивки, сдѣланныя отъ налетовъ больной Р. на слѣдующіе сутки при температурѣ 37°, дали обильный ростъ колоній въ видѣ бѣловатаго налета.

Взятая подъ микроскопъ обнаружили присутствіе 3-хъ видовъ бактерій: 1) палочки небольшой величины, тоненькія съ закругленными краями и занимающія все поле зрѣнія; 2) палочки втрое большей величины и встрѣчающіяся по 2—5 въ полѣ зрѣнія и наконецъ; 3) кокки, мѣстами соединенные по два и находящіеся не во всякомъ полѣ зрѣнія. На пятый день агаръ сталъ принимать интензивную зеленую окраску, а запахъ отъ этихъ колоній напоминалъ запахъ черемухи. Послѣ отвитія съ агара на желатину и разливанія на чашечки Петри, какъ выше сказано, только съ четвертой и пятой чашечки можно было взять обособленные колоніи, причемъ только получили 2 вида ихъ: одни въ большомъ количествѣ, бѣловатыя маслянистыя съ разжиженіемъ желатины, другія въ очень ограниченномъ числѣ свѣтлосѣрыя, слегка блестящія, не разжижающія желатину. Первые, при дальнѣйшемъ ихъ изслѣдованіи, дали характерный ростъ *bacilli pyocyanei* съ окрашиваніемъ средъ въ зеленый цвѣтъ; другія же состояли изъ палочекъ большой величины, которыя при послѣдующихъ прививкахъ на различныя среды оказались принадлежащими къ палочкамъ щелочного броженія мочи (*bacillus ureae* Leube).

Во второмъ случаѣ, т. е. у больной О., взятые налеты на агаръ, черезъ сутки дали обильный ростъ колоній въ видѣ маслянистаго толстаго налета бѣловатаго цвѣта, состоящаго исключительно изъ палочекъ короткихъ, тоненькихъ съ закругленными краями. На третьи сутки агаръ сталъ окрашиваться въ зеленый цвѣтъ, а на пятые принялъ интензивную зеленую окраску и сталъ издавать запахъ напоминающій запахъ черемухи.

Развитіе бактерій происходило первые 2 дня въ термостатѣ при температурѣ 37°, а затѣмъ при комнатной, именно 16—18° R.

Какъ и въ предыдущемъ случаѣ произведено было обособленіе колоній, и въ этомъ случаѣ намъ пришлось найти исключительно чистую культуру *bacilli pyocyanei*.

Отъ налетовъ больной В. агаръ черезъ сутки при 37° далъ ростъ небольшихъ колоній бѣловатыхъ со слегка желтоватымъ

оттѣнкомъ и уже на вторые сутки сталъ принимать зеленую окраску, а отвитыя на желатину стали разжижать ее и также окрашивать.

Намазанныя на покровныя стекла и окрашенные показали присутствіе палочекъ, совершенно по виду сходныхъ съ предыдущими (вас. рус.); онѣ занимали почти все поле зрѣнія, кромѣ же нихъ можно было замѣтить и кокковъ сравнительно большой величины, расположенныхъ или по два, или въ видѣ цѣпочки, но въ четномъ количествѣ. При отдѣленіи колоній на чашечки Петри также получено два вида бактерій, одни при послѣдующемъ изученіи оказались несомнѣнно бактеріями зеленого гноя, а другія кокками, встрѣчающимися часто при амміачномъ броженіи мочи.

Наконецъ въ 4-мъ описанномъ нами случаѣ, именно у больной Ж., прежде всего на агарѣ при 37° налеты дали бѣловатыя колоніи со слегка желтоватымъ оттѣнкомъ.

Черезъ двое сутокъ агаръ сталъ окрашиваться въ зеленый цвѣтъ; въ этомъ случаѣ запахъ, постоянно сопровождающій ростъ получаемыхъ нами колоній, имѣлъ непріятный оттѣнокъ. При отдѣленіи колоній одна отъ другой на чашечки Петри мы встрѣтили 2 рода патогенныхъ микробовъ, именно кромѣ встрѣчавшихся и въ предыдущихъ случаяхъ палочекъ и при послѣдующемъ изученіи оказавшихся бактеріями зеленого гноя, еще кокки, колоніи которыхъ имѣли золотисто-желтый цвѣтъ и разжижали желатину. Располагались эти кокки большею частью кучами и напоминали своимъ положеніемъ виноградную кисть. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи оказалось, что мы имѣли дѣло со *staphylococcus aureo*.

Разбирая теперь эти случаи, мы въ каждомъ изъ нихъ находимъ присутствіе одной и той же бактеріи, именно палочки зеленого гноя; исключеніемъ только служить четвертый случай, гдѣ вмѣстѣ съ этой палочкой найденъ нами и другой патогенный микробъ—*staphylococcus aureus*. Несомнѣнно, что *bacillus pyocyaneus* и былъ причиной тѣхъ упорныхъ налетовъ, которые, симмулируя дифтеритическіе, долго не поддавались излѣченію.

Результаты моихъ наблюденій еще разъ подтверждаютъ наблюденія *Charrin'a*, *Neumann'a*, *Ehlers'a*, *Karlinsky'аго*,

Oettinger'a, *Жадневича* и др., что *bacillus pyocyaneus*, кромѣ присоединенія къ гноящимся ранамъ и окрашиванія гноя въ зеленый цвѣтъ, можетъ самостоятельно, благодаря внѣдренію въ организмъ, не только у животныхъ, но и у человѣка вызывать упорныя мѣстныя, даже, по наблюденіямъ вышеупомянутыхъ авторовъ, тяжелыя общія заболѣванія.
