

лишь на 4—8 дней после блока, и дальнейший процесс восстановления шел медленнее, чем в вышеуказанных случаях. У прочих трех—блокада не дала каких-либо ощутимых результатов (двое с явлениями подострого артрита, один — с сопутствующим плевритом), и дальнейшее лечение их проводилось с помощью салицилатов и физиотерапии.

Несомненно — делать какие-либо выводы на основании приведенного материала не представляется возможным, но кажется очевидным тот факт, что дальнейшие работы в этом направлении не только дадут возможность ближе подойти к патогенезу этого заболевания, но кроме того, при правильно выработанных показаниях, предоставят врачу средство для быстрого купирования тех, порой невыносимых страданий, которые испытывает больной с острым воспалением суставов.

Из Детской клиники Казанского гос. ин-та для усовершенствования врачей
им. Ленина (директор проф. Е. М. Лепский).

К картине туберкулезного менингита.

М. М. Муштариева.

Целый ряд вопросов, касающихся иммунитета, течения болезни при туберкулезном менингите, а также и этиологии, все еще до сих пор остается невыясненным и требует дальнейшего изучения, несмотря на большое число работ в этом направлении.

Особенный интерес представляет вопрос о реактивности организма, больного туберкулезным менингитом, при введении туберкулина Коха.

Излагая свои данные по этому вопросу, мы основываемся на нашем материале с реакцией Пирке (124 случая). Всего больных, положительно реагировавших на туберкулин, оказалось 73, а отрицательно реагировавших — 51 человек. Приблизительно такие же отношения отмечались и другими авторами (Гельм, Oestreicher, T wasar Kewicz). Причем на нашем материале у $\frac{2}{3}$ больных туберкулезным менингитом раннего возраста (до 2 лет) встречалась положительная реакция, а в старшем возрасте, наоборот, чаще встречалась отрицательная реакция на туберкулин. Но эти цифры не могут служить достаточным основанием для какого-либо заключения; здесь нужно иметь в виду и влияние других моментов.

При анализе нашего материала по временам года, отмечается повышение числа положительно реагировавших на туберкулин в зимние месяцы и подъем этой кривой до наивысшей точки в весенние месяцы. Такие сезонные колебания чувствительности организма к туберкулину особенно резко выявляются в нашем материале у детей грудного возраста. Нужно еще отметить, что кривая повышения чувствительности к туберкулину идет параллельно кривой роста числа больных туберкулезным менингитом в зимние и, особенно, весенние месяцы.

Такие соотношения, возможно, объясняются состоянием эндокринного аппарата в зависимости от гелио-влияний.

Интересны также наши данные о чувствительности организма на туберкулин при туб. менингите в зависимости от общего питания больного.

При сравнении цифр мы видим, что положительная реакция на туберкулин вдвое чаще встречается у детей удовлетворительного общего питания, а отрицательная — относительно чаще у детей плохого общего питания. Эти данные, совпадающие с данными Пирке, Моро, Мух, Феер, Свек, Лангштайн, Зигерт, позволяют нам сделать вывод о связи лучшей реактивности организма на туберкулин при туберкулезном менингите с удовлетворительным общим питанием больного.

Анализируя вопрос о чувствительности организма больного туберкулезным менингитом к туберкулину в связи с выраженностью менингеальных симптомов, мы нашли, что большинство из случаев с сильно выраженными симптомами туб. менингита реагировало отрицательно (30 — отрицательно при 22 положительно реагировавших). А большинство со слабо выраженными симптомами, наоборот, чаще давало положительную реакцию на туберкулин (17 + при 6 —).

Здесь, помимо, наряду с другими факторами, большую роль играет и то, что сильное наводнение организма туберкулезными токсинами ведет к большему абсорбированию и связыванию антител.

Такое объяснение подтверждается также нашими цифровыми данными, показывающими понижение чувствительности к туберкулину по мере приближения к смерти. Из всего числа больных туб. менингитом, получивших туберкулин в последнюю неделю болезни, 30 реагировало положительно, а 40 — отрицательно. Из больных, получивших туберкулин в течение предпоследней недели, положительно реагировали 22, а отрицательно — 13 человек. Из 4-х больных, получивших туберкулин за 3 недели до смерти, 3 реагировали положительно. А все трое больных, подвергнутых туберкулиновой реакции за 4 недели до смерти, реагировали положительно. Хотя все эти цифры слишком малы, чтобы на основании их прийти к тому или иному выводу, но они имеют некоторое значение в дополнение к данным других авторов (Oestreicher, Twasz Kawicz и др.).

Кроме того, нас интересовал вопрос, какова связь чувствительности к туберкулину с температурой больного при туберкулезном менингите. На нашем материале, среди 83 больных с повышенной t (выше $37,4^{\circ}$) отмечалось преобладание положительно реагировавших; их было 58 при 30 отрицательно реагировавших на туберкулин. Из числа случаев с нормальной температурой 21 чел. реагировали положительно, 20 — отрицательно.

Хотя нередко лихорадочные заболевания препятствуют проявлению чувствительности к туберкулину, в данном же случае наблюдался параллелизм.

Переходя к вопросам течения и этиологии туберкулезного менингита, приведем материал детской клиники ГИДУВ'а за 7 лет (за время с 1925 по 1931 г.).

Предварительно коснемся вопроса о возрастном составе наших больных.

Таблица 1.

От 0 — 6 мес.	13 чел.	41 чел.	От 3 — 4 лет	18 чел.
От 6 — 12 "	28 "		От 4 — 5 "	16 "
От 1 — 2 "	29 "		От 5 — 7 "	14 "
От 2 — 3 "	22 "		От 7 — 15 "	14 "

Всего больных туберкулезным менингитом было 154 человека. Среди них отмечается преобладание детей грудного возраста (41 ч.). Дети до 2 лет составляли меньше $\frac{1}{4}$ всех случаев (70 ч.). Как видно из литературных данных, по Холту, на этот возраст падает $\frac{3}{4}$ всех заболеваний туберкулезным менингитом. По Знаменскому, максимум заболеваний отмечается в возрасте от 2 до 3 лет. Из всех наших случаев $\frac{4}{5}$ падает на детей первых 5-ти лет. У Орозца это отношение падает на первые 6 лет. Такая разница в цифрах может быть результатом различных социально-бытовых условий, в которых жили дети, давшие материал разным авторам.

Большой интерес представляет вопрос о течении болезни при туберкулезном менингите, именно о том, как часто встречались так называемые классические формы заболевания, т. е. такие, когда в картине болезни имелись налицо все три стадии и наиболее важнейшие симптомы менингита.

Заболевания с классическим течением на нашем материале составляют меньше, чем $\frac{3}{5}$ всех случаев. Остальная часть заболеваний протекала нетипично: то выпадал период продромов (в $\frac{2}{3}$ всех нетипичных случаев), то выпадали наиболее кардинальные симптомы туб. менингита, как рвота, головная боль и др. Такие неклассические формы чаще встречались у младших детей до 7 лет (в $\frac{1}{2}$ случ.), а среди детей старше 7 лет такие формы встречались только в $\frac{1}{5}$ случаев.

Приводим историю болезни.

Девочка Т. Н., 6 мес., поступила в клинику на 4-й день болезни. В анамнезе отмечалось внезапное начало без предшествующих заболеваний, при явлениях жара, кашля и рвоты. На 3-й день болезни рвота прекратилась. В прошлом никаких заболеваний не отмечается, контакт с туберкулезными больными отрицается. При поступлении: ослабленное общее питание, краниотабес, гиперемия зева, правильное дыхание (35—40 в 1'), пульс—120 в 1', удовлетворительного наполнения, 1—38, увеличена печень, нормальный стул, сознание ясное, выраженный Кернига, слабый с. Врудзинского. При люмбальной пункции жидкость вытекала под сильным давлением, р. Панди—положительна, лейкоцитоз—63.

На 5-й день утром 1° спала, а вечером опять повысилась до 38,6°. Временами—потеря сознания. Р. Пирке резко положительная. При бактериоскопическом исследовании паутинки из люмбальной жидкости обнаружены bacilli Коха.

На 6-й день болезни 1° поднялась до 39,2°, а ребенок экзатировал при явлениях сердечной слабости. Аутопсия подтвердила диагноз.

При анализе отдельных симптомов болезни у наших больных отмечалась следующая картина: В продромальной стадии чаще встречался кашель (в 40% случаев). Отсутствие аппетита наблюдалось в 37%, изменение настроения—в 35%, жар—в 29%, головная боль—в 21% и рвота—в 19% случаев. При дальнейшем течении болезни различные симптомы по частоте распределялись так: Задержка слуга встречалась в 74%, причем чаще она отмечалась у более старших детей и в начале стадия раздражения. Рвота наблюдалась в 76% случаев; причем в $\frac{3}{4}$ случ. она выделяется, как начальный симптом и чаще в возрасте 2—7 лет. Судороги отмечены в 62% и чаще у детей старше 7 лет, а также и до 2-х лет, преимущественно не в первые дни, а в дальнейшем течении болезни. Затемнение сознания отмечено в 62% и чаще присоединялось при дальнейшем течении, а в начале болезни оно наблюдалось чаще у младших детей. Базиллярные симптомы встречались в 64%, причем $\frac{3}{5}$ из них падают на возраст старше 7 лет. Симптом Кернига наблю-

дался в 64%, а с Брудзинского в 68% случ. Эти два симптома по своей частоте у детей различного возраста представляют некоторый параллелизм. У детей старше 7 лет они отмечены во всех случаях, а до 7 лет встречались в $\frac{2}{3}$ случаев заболеваний. Головная боль наблюдалась в 15% всех случаев, и почти всегда как начальный симптом. Что касается вскрикивания, то оно встречалось только в 13% всех случаев.

Перейдя к анализу симптомов конечного периода болезни, а именно, паралича мозговых центров, мы выявили, что критическое повышение t и сильное учащение пульса в течение последних 24 часов наблюдалось больше, чем в половине всех случаев. Это говорит за то, что в терминальном периоде туберкулезного менингита не так уж редки случаи без критического поднятия t и учащения пульса.

Что касается продолжительности болезни, то она учитывалась на основании анамнеза и, возможно, что в некоторых случаях действительное начало оставалось незамеченным. Кроме того часть больных выписывалась до наступления смерти. Поэтому до конца болезни прослежены нами только 84 больных, умерших в клинике.

Чаще всего наблюдалась продолжительность болезни в 2—3 недели (в $\frac{3}{5}$ всех случаев, оставшихся в клинике до смерти). Самая короткая продолжительность болезни, в пределах 1 недели, наблюдалась чаще у детей до 7 лет (в $\frac{1}{2}$ случаев заболеваний данной группы детей, умерших в клинике). Продолжительность же болезни в 1 месяц и более, наоборот, чаще встречалась в старшей группе детей (в $\frac{1}{2}$ всех заболеваний данной группы). В группе детей до 7 лет такая продолжительность отмечалась только в $\frac{1}{7}$ случаев заболеваний.

Стадия же продромов в большинстве случаев длилась 1 неделю. Но в $\frac{1}{4}$ всех случаев болезнь начиналась сразу, без продромальных явлений.

Интересно было проследить связь туб. менингита с предшествующими заболеваниями и условиями среды ребенка, которые могли бы вести к генерализации бывшего у него туберкулезного процесса.

На нашем материале в 80 из всех 154 случаев туб. менингита в анамнезе отмечаются различные заболевания, непосредственно предшествовавшие менингиту.

Таким образом выраженную связь туб. менингита с эпидемиями отметить не удалось. Можно лишь указать на некоторую их связь в 1930 году, который выделяется из ряда других лет количеством случаев туб. менингита и когда наблюдалась также эпидемия гриппа и отчасти кори. 8 из 27 случаев туб. менингита, которым предшествовал грипп и 6 из 12 случаев, где незадолго до менингита была корь, падают именно на этот год.

Нужно заметить, что эпидемия гриппа, наблюдавшаяся с 1926 по 1930 г., видимо, несколько заглушала обычное сильное повышение заболеваемости туб. менингитом в весенние месяцы, усиливая заболеваемость в зимние и осенние месяцы. Наивысшая точка кривой эпидемии гриппа по г. Казани в 1930 г. (по данным Нимцевичко и) падала на осенние месяцы, а в остальные годы на зимние месяцы, и в нашем материале 4 из 8 заболеваний 1930 г., связанных с гриппом, падают на осенние месяцы. Это, возможно, и отразилось на общей картине

распределения туб. менингита по временам года за 7 лет (зимой — 47 случ., весной — 51, летом — 20, осенью — 36 случаев заболевания).

Что касается других заболеваний, то туберкулез легких и костей предшествовал туб. менингиту в 19 случаях, пневмония — в 4 сл., желудочно-кишечные заболевания — в 7, а другие заболевания — в 11 случаях. Травма головы предшествовала в 2 случаях. В 29 же случаях незадолго до заболевания туб. менингитом наблюдались только неясные симптомы, как периодическое повышение t° , что, возможно, было связано с имеющимся скрытым туберкулезным процессом в организме. В остальных 43 случаях на какие-либо заболевания в анамнезе указаний не имелось. Но $\frac{2}{3}$ этих детей — плохого общего питания, дети ослабленные и перенесшие много заболеваний в прошлом.

Что касается соц.-бытовой среды больных, то в подавляющем большинстве были налицо неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, плохое питание и низкий культурный уровень семьи. Следовательно, имелись те условия, которые, обычно, ослабляя организм, содействуют общей миллиаризации туберкулезного процесса или же, в других случаях, дают возможность получить обильную туберкулезную инфекцию. Тесный и продолжительный контакт с явно туберкулезными больными отмечается на нашем материале в 29%, а контакт с больными, где заразительность их не выяснена, в 12% случаев.

В заключение остановимся также на учете состояния люмбальной жидкости, как на важном методе в диагностике туб. менингита.

Люмбальная жидкость была прозрачной почти во всех 154 случаях, за исключением 13, когда она была или слегка мутноватой, или же опалесцирующей. Положительная р. Панди и образование нежной паутинки при стоянии жидкости наблюдались во всех случаях. Сильное давление в люмбальной жидкости наблюдалось преимущественно в периоде продромов и раздражения, а в конце периода параличей жидкость вытекала под слабым давлением. Почти во всех случаях в жидкости наблюдались лимфоциты. Количество же клеток в ней колебалось в больших пределах (от 60 до 5000), иногда оно не поддавалось подсчету. В 51% всех случаев в люмбальной жидкости были обнаружены bacilli Коха.

Выводы.

1. Заболеванию туберкулезным менингитом чаще подвержены дети грудного возраста.

2. Выявляется связь между заболеваемостью туб. менингитом и распространенностью гриппа, что несколько затупевывает тенденцию к повышению заболеваемости туб. менингитом в весенние месяцы.

3. Заслуживает внимания большая частота отклонения в течении туберкулезного менингита от так называемой „классической формы“ заболевания.

4. Отмечается параллелизм между повышением заболеваемости туб. менингитом и увеличением процента положительно реагирующих на туберкулин среди больных туберкулезным менингитом в весенние месяцы.

5. Частота положительных реакций на туберкулин при туберкулезном менингите находится в зависимости от общего питания больного; она выше при удовлетворительном состоянии питания и ниже при плохом.

6. Имеется параллелизм между повышением температуры больного туберкулезным менингитом и реактивностью его на туберкулин.