

легких зависит и от степени поражения склерозом легочной артерии, что отражается на показателе CO_2 .

Наблюдение за выделением мочевины у сердечных больных показало, что застойные почки у декомпенсированных справляются со своей задачей в этом отношении удовлетворительно. Повышение мочевины — редкое явление и выше 56 мгр % не доходило.

Выводы: 1. При сердечных и почечных заболеваниях в стадии декомпенсации понижение напряжения резервной щелочности и параллельно понижение напряжения CO_2 в альвеолярном воздухе является правилом.

2. Указанное понижение RA и CO_2 при почечной декомпенсации выражено несколько сильнее, при сердечной — слабее.

3. У таковых же почечных больных и сердечных наблюдающиеся случаи несоответствия между RA и CO_2 с клинической картиной заболевания указывают на функциональную недостаточность легких, как эмфизема, tbc, бронх. астма, застой в легких и в частности при сердечных пороках — склероз легочной артерии.

4. Очаговый гломерулонефрит и нефрозы не сопровождаются понижением RA и CO_2 .

5. Падение содержания мочевины в крови в случае продолжающейся общей акапнии оставляет прогноз сомнительным. Прогноз улучшается в обоих случаях лишь при исправлении всей триады.

6. Незначительная задержка мочевины в крови при застойной почке — явление редкое.

Литература: 1) Ambard et Schmid. *Prèsse médicale*, 1929 г., № 8. — 2) Arnoldi. *D. med. Woch.* 1924, № 41. — 3) Башкевич и Писмареv — «*Труды Б. Д. У.*» (печат.). — 4) Гаусман Ф. О. *M. med. Woch.* 1921 г., № 50. — 5) Зюков и Василенко. *Терап. архив*, 1927 г. — 6) Kowarski u. Klorstock — Руков. Berlin, 1926 г. — 7) Михлин. *Врач. дело*. 1928 г. — 8) Матес. *Диффер. диагност.* Изд. «Врач», Берлин. — 9) M. Labbé et. F. Nerveux. *Acidose et alcalose*. Paris. 1928 г. — 10) M. Labbé. *Clinique et laboratoire*, № 10, 1926. — 11) Липец И. *Терап. архив*, 1929 г. — 12) Он же. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, № 4, 1929 г. — 13) Писмареv. *Врач. дело*. 1929 г., № 18 — 19. — 14) Рудой и Соломонов. *Клин. мед.* 1929 г., № 8. — 15) Rosenberg u. Hellforst. *Klin. Woch.* 1928 г., № 1.

Из Детской клиники Нижегородского государственного университета.

Эпидемический цереброспинальный менингит ¹⁾.

По материалам Детской больницы Нижгубздрава.

Ординатора Б. И. Гурвича.

За последние годы мы наблюдаем нарастание заболеваемости эпидемическим цереброспинальным менингитом среди детского населения, к тому же мы к настоящему времени имеем достаточно богатый и разнообразный арсенал терапевтических мероприятий, нуждающийся в оцен-

¹⁾ Зачитано на заседании Научного общества врачей при НГУ 11-го ноября 1928 г.

ке и переоценке. Вот почему эпидемический цереброспинальный менингит является частой темой периодической медицинской литературы,

Представляемый нами материал детской больницы Нижегородского Губздрава характеризует почти полностью это заболевание в Н.-Новгороде. Внезапность заболевания, тяжесть его и длительность исключают возможность массового нахождения больных на дому и речь может идти о единичных таких случаях. Если принять во внимание, что в городе имеется одна только детская больница, мы допустим не очень грубую ошибку, заявивши, что эпидемический цереброспинальный менингит, представленный материалом детской больницы, является показателем заболеваемости, роста этой заболеваемости в г. Н.-Новгороде. Чтобы быть более убедительным в этом своем заявлении, я ограничился материалом только последних 4-лет, когда резко возрасли заполняемость стационара и амбулаторного приема.

За период с 1924-го по 1927-ой год (май месяц) через детскую больницу Губздрава прошло 52 больных эпидемическим цереброспинальным менингитом детей.

	Местн.	Приезж.
В 1924 г.— 6 больных	5	1
„ 1925 г.—11 „	7	4
„ 1926 г.—14 „	10	4
„ 1927 г.—по май мес. 21 б.	16	5

Итак, за 5 месяцев 1927 года больных было в $3\frac{1}{2}$ раза больше, чем в 24 году¹⁾.

Из этого числа 52-х детей мы имеем 29 мальчиков и 23 девочки.

По возрасту больные распределяются следующим образом: до 1-го года—30 детей, от 1-го до 3-х лет—10 детей, старше 3-х лет—12 дет. Самому младшему было $1\frac{1}{2}$ месяца, самому старшему 11 лет. Итак, в возрасте до 1-го года мы имеем 58% всех больных, а всех детей до 3-х лет—78 процентов всех заболевших. Эти наши цифровые данные не расходятся с данными других авторов и подтверждают положение, что заболеваемость цереброспинальным эпидемическим менингитом обратно пропорциональна возрасту.

По времени заболевания эти 52 случая распределяются следующим образом: осень—9 больных, зима—10 б., весна—27 б., лето—6 б. По месяцам—maximum падает на март-апрель, minimum на июль, август и сентябрь. Такая зависимость заболевания цереброспинальным менингитом от метеорологических условий и нарастание ее в зимнее время дало повод в Америке к названию этой болезни холодной чумой.

Большинство больных—38 человек—дети нижегородских жителей, они составляют 73% всех больных; приезжих—14 детей (27%). Из детдомов поступлений больных не было, что подтверждает существующее мнение, что цереброспинальный менингит чрезвычайно редкий гость специально детских учреждений.

По социальному положению родителей заболевших детей мы имеем следующие данные:

¹⁾ С мая месяца 1927 г. по май месяц 1928 г. детской больницей зарегистрировано 36 случаев церебросп. менингита, из коих местных значится 28 детей, приезжих 8 детей.

Рабочих	Служащих	Крестьян	Военнослуж.	Учащихся
34	10	4	3	1
65 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀	2 ⁰ / ₀

Квартирные условия, в которых находились заболевшие дети таковы:

Плохие	Средние	Хорошие
Подвальные, сырые 31	17	4
60 ⁰ / ₀	32 ⁰ / ₀	8 ⁰ / ₀

Переходя к клиническим проявлениям болезни, мы отмечаем следующее: внезапность заболевания с высокой t^0 и рвотой значится в анамнезе всех 52-х детей.

К моменту доставления в больницу herpes обнаружен у 5 детей, т. е. у 10⁰/₀ всех больных. Судороги и припадки обнаружены у двадцати больных, т. е. у 38,5⁰/₀. Ригидность затылочных мышц, доходящая до opisthotonus'a, обнаружена у 82⁰/₀ больных. Длительный красный дермографизм является постоянным спутником всех 52-х пациентов. Симптом Kernig'a был выражен у 21-го ребенка; этот симптом исследовался у детей более старшего возраста. Симптом Брудзинского обнаружен у 48⁰/₀ больных. Петехиальная сыпь обнаружена была у 6-ти больных. Strabismus convergens наблюдался у 14-ти больных. Запоры встречались по преимуществу у детей более старшего возраста, в грудном возрасте преобладали поносы. Из тридцати детей грудного возраста мы имели троих с запавшими родничками, у остальных 27 родничек был резко напряжен.

В вопросе о том, когда больные попадали в больницу, мы имеем следующие данные:

1-ый день	2-ой день	3-ий день	4-ый день	5-ый день	6-ой день	7-ой день	2-ая нед.	3-ья нед.	Позднее
—	6	7	5	5	—	6	6	10	7
—	11,5 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	—	11,5 ⁰ / ₀	11,5 ⁰ / ₀	19 ⁰ / ₀	13 ⁰ / ₀

Эти данные говорят нам о том, что в течение 1-ой недели в больницу попадает только 44⁰/₀ всех больных и 56⁰/₀ больных попадает позднее и чаще всего на 3-й неделе болезни, а один больной попал через 2 месяца после начала болезни.

С сохраненным сознанием в больницу поступило 10 детей—19⁰/₀ всех больных, в полусознательном (затемненном) сознании 11 детей—21⁰/₀ и в бессознательном состоянии 31 ребенок—60⁰/₀ всех больных.

Приняв во внимание степень выраженности отдельных клинических симптомов при поступлении больного в больницу, затем учтя длительность болезни от момента заболевания до поступления в больницу, а

также характер течения болезни—я попытался разбить всех больных на отдельные группы по тяжести заболевания; таких групп мною выделено четыре: 1) очень тяжелые, 2) тяжелые, 3) средней тяжести, 4) легкие. По каждой из этих групп мы имеем следующее количество больных:

Очень тяжелые	Тяжелые	Средн. тяжести	Легкие
12	19	19	2
24%	36%	36%	4%

Не представляет сомнения, что такое деление на 4 группы—грубая группировка, и для того, чтобы быть более точным, нужно было бы количество групп намного увеличить, так как в действительности каждый случай своеобразен в силу наследственных, конституциональных и других условий, но допуская эту небольшую погрешность, мы получаем возможность сделать кое-какие поучительные выводы по каждой из этих групп в отдельности.

Из 30-ти больных до 1-го года мы имеем 10 случаев очень тяжелых, 11 случаев тяжелых и 9 случаев средней тяжести, иначе говоря из всех 12 детей отнесенных нами к группе очень тяжелых—10 падает на возраст до 1-го года; вывод тот, что течение цереброспинального менингита проявляется с особой силой в самом раннем детском возрасте. Вместе с тем приходится отметить, что более старший возраст не гарантирует легкое течение болезни: это видно из того, что из 12 детей старше 3-х лет—10 детей, т. е. 83,5% отнесены к группе тяжелых больных.

Придерживаясь упомянутой выше группировки, мы можем говорить об исходе болезни в зависимости от тяжести заболевания.

По 1-й группе, в которой насчитывается 12 очень тяжелых больных, мы имеем 2-х выздоровевших, 4-х выписанных без улучшения и 6 умерших. % выздоровевших по 1-ой группе равен 16,6%.

Во 2-ой группе насчитывается 19 детей, по характеру заболевания и течения болезни они мною квалифицируются как тяжелые больные; из этих 19-ти больных выздоровело 7 детей, выписалось без улучшения 8 и умерло 4; по этой группе % выздоровления равен 37-ми.

В 3-ей группе, в группе больных средней тяжести, насчитывается 19 детей. Из этих 19 больных выздоровело 14, выписалось без улучшения 4 и умер 1. Итак, по 3-ей группе % выздоровления равен 73.

Четвертая группа состояла из 2-х больных, квалифицированных мною как случаи легкого заболевания, оба они выздоровели.

Вывод из этих только что упомянутых данных тот, что смертность идет параллельно с тяжестью каждого случая, т. е. резко выраженные начальные явления, степень сохранности сознания, наличие судорог и припадков и ряд других моментов, решающих вопрос тяжести, могут служить подспорьем для прогноза.

Полный круг болезни (исключая время, предшествовавшее поступлению в больницу) проделали в стенах больницы 35 детей, остальные 17 выписаны по настоянию родителей до окончания болезни. Исход их болезни нам неизвестен, неизвестна, конечно, и ее длительность; все они выписаны в состоянии, не предвещающем ничего хорошего, и смело могут быть отнесены к рубрике умерших.

Из числа 52-х больных умерло в стенах больницы 11 детей, выздоровело 17, выписалось с улучшением 7, выписалось без улучшения 17. Отнеся к рубрике умерших выписавшихся без улучшения, мы получим смертность от эпидемического цереброспинального менингита по материалу детской больницы равной 54⁰/₀; исключив, из этого числа троих больных, умерших в больнице в течение 1-ых суток пребывания в ней, мы получим более точный ⁰/₀ смертности, равный 48.

По клинической больнице имени Раухфуса в Ленинграде согласно сообщения старшего ассистента клиники д-ра Неклюдова мы имеем смертность равной 65⁰/₀. Наша цифра меньше цифры Heubner'a, Feer'a и Knörfelmacher'a и возможно была бы еще меньше и приблизилась бы больше к цифре в 16⁰/₀, данной Lessage'a, но этому препятствовал наш материал, 56⁰/₀ которого попадал в больницу после 1-ой недели заболевания.

Длительность болезни 35 детей, закончивших пребывание в больнице тем или другим исходом, следующая:

До 1-й недели	До 2-х недель	До 3-х недель	До 4-х недель	До 2-х месяцев	Свыше
3	7	6	3	10	6

Среднее число дней, падающих на выздоровевшего, равно 40 (от 14 до 115). Среднее число дней, падающих на умершего, равно 10 (от 2-х до 39 дней).

Из 52-х больных—спинномозговой пункции подвергались 49; трое пунктированы не были из-за краткости пребывания их в больнице (до одних суток). Эти трое больных диагностированы как больные эпидемическим цереброспинальным менингитом по ярко выраженным клиническим симптомам болезни.

Степень внутричерепного давления нам приходилось определять характером вытекания спинномозговой жидкости: струей, частыми каплями или медленными каплями. По степени внутричерепного давления мы имеем следующее количественное распределение больных:

Струей	Частыми каплями	Медл. каплями
15	22	12

Те 15 детей, спинномозговая жидкость которых вытекала струей,— все оказались отнесенными к группе тяжело и очень тяжело больных.

По внешнему виду спинномозговая жидкость отличалась чрезвычайной разнообразностью с переходом от легкой муты до характерного вида гноя. В спинномозговой жидкости всех 49 больных обнаружены были внутри и внеклеточно диплококки Вейселя—менингококки.

Число больных, пунктированных	1 раз — 12
”	2 раза — 10
”	3 раза — 15
”	4 раза — 4
”	5 раз — 6
”	7 раз — 1
”	10 раз — 1

Количество выпускавшейся спинномозговой жидкости колеблется от 10 до 50 куб.

Картина крови больных цереброспинальным менингитом представляет собою нейтрофильный лейкоцитоз, в некоторых случаях достигавший 40.000—45.000 лейкоцитов; между степенью лейкоцитоза и тяжестью заболевания отмечается тесная связь.

Болезни, сопутствовавшие или осложнившие эпидемический цереброспинальный менингит, следующие: Парез лицевого нерва—3, hemiplegia—1, pyelocystitis—1, hydroceph. intern—2, strabism. converg.—8, neuritis opt. bilat—2, сывороточная болезнь—4, nystagmus—1, глухота—1 и всего 25. Все они падают на случаи очень тяжелые и тяжелые, только 5 случаев имели место среди случаев средней тяжести.

При многообразии предложенных методов и средств лечения эпидемического цереброспинального менингита, имеющихся в нашем распоряжении, мы все-таки можем выделить три основные группы, три основных пути, по которым следует современная терапия эпидемического цереброспинального менингита. Одним путем мы стремимся воздействовать на самый менингококк, на самый очаг болезни—применением противоменингококковой сыворотки. Следующий путь—это воздействие на менингококк хемотерапевтическими мероприятиями, убивающими или задерживающими развитие болезнетворного возбудителя. Третий путь направлен к тому, чтобы в крови и в клетках тканей вызвать физико-химические и ферментативные изменения и таким путем активировать организм, мобилизовать запасные скрытые силы организма для борьбы с внедрившейся инфекцией.

В детской больнице при лечении цереброспинального менингита испробованы все три пути и несмотря на количественную скромность моего материала и недостаточную равноценность больных, подвергавшихся тем или иным манипуляциям, мы все-таки можем сделать кое-какие выводы и дать некоторую оценку ряду терапевтических мероприятий. Сообразно применявшимся способом лечения можно наших больных разбить на несколько групп:

I) Симптоматическое лечение, заключавшееся в лумбальных пункциях без последовательного введения специфических или хемотерапевтических средств, в ваннах t° 29—30; во втирании в различные части тела ung. colloid. Credé и т. п. Таких больных было 11 детей (пять тяжелых и шесть средн. тяжести). Из этого числа 11 детей выздоровело 4, умерло 7; $\%$ выздоровления равен 36.

II) Антименингококковая сыворотка + симптоматическая терапия. Этой терапии подвергалось 5 больных, из коих 1—поступил в больницу на 2-й день болезни, 1—на 4-ый день болезни, 1—на 5-ый день болезни, 1—на 14-ый день болезни и 1—на 6-ой неделе болезни. По тяжести заболевания 3—тяжело больных и 2 средней тяжести. Из этого числа 5 больных—выздоровели 3, которым лечение антименингококковое применялось в первые дни заболевания; умерло 2; $\%$ выздоровления равен 60.

III) Антидифтерийная сыворотка интралимбально + симптоматическая терапия. Таких больных всего было 8 детей, из коих 1 тяжело больной, 6—средней тяжести и 1 легкий случай. Из числа этих 8 детей выздоровело 5 и умерло 3; $\%$ выздоровления равен—63.

IV) Sol. Urotropini 5 и 10% раствор интралюмбально + симптоматическая терапия применялась 12 детям, из коих тяжелых больных было 8 детей и средней тяжести 4. Из этих 12 детей выздоровело 4, умерло 8, % выздоровления равен 34.

V) Введение интрамускулярно молока + симптоматическая терапия применялась 3 больным, из коих 1 тяжелый случай и 2 средней тяжести. Из этих 3-х больных выздоровело 2, умер — 1; % выздоровления равен 66.

VI) Sol. Urotropini 5 и 10% и 20% раствор интралюмбально, + молоко интрамускулярно + симптоматическое лечение — это комбинированное лечение применялось к одному больному тяжелой формы, исход летальный.

Остальные 9 больных, из коих мы имеем 5 тяжело больных, 3 средней тяжести и 1 отнесенный к легкой форме, подвергались гемотерапии, комбинированной с другими упомянутыми выше методами; из этих 9 больных аутогемотерапия применена была троим, а для остальных шести детей была применена материнская кровь. Все 9 детей выписались в состоянии выздоровления.

Данные применения антименингококковой сыворотки по нашему скромному материалу подтверждают данные других авторов в том, что менингококковой сывороткой целесообразно пользоваться только в первые дни заболевания, а так как в больничные лечебные учреждения больные с цереброспинальным менингитом попадают в большинстве случаев после первой недели болезни, то к менингококковой сыворотке редко приходится прибегать, к тому же не всегда имеются под рукой свежие препараты этой сыворотки.

За последние годы накопилось много данных, доказывающих, что вакцины и сыворотки, совершенно чуждые возбудителю данного заболевания, оказывают такое же действие при инфекционных заболеваниях, как и специфические препараты. Нам известно, что Bingel лечил дифтерию нормальной лошадиной сывороткой и получал результаты не худшие, чем от применения антидифтерийной сыворотки. Лично я чаще прибегал к дифтерийной сыворотке, которая хотя и совершенно чужда возбудителю настоящего заболевания, но она оказывает столь же лечебное действие, как и специфическая сыворотка, действуя исключительно как протеинотерапия, к тому же свежие препараты этой сыворотки у нас всегда под рукой.

Хемотерапевтических средств, действующих убивающе непосредственно на менингококк, предложено медицинской литературой слишком достаточно, к этим средствам принадлежит Urotropin, Rivanol, электролгол, Optochinin и т. п. Мы пользовались исключительно уротропином в 5 и 10% растворах и в количествах меньших выпущенной цереброспинальной жидкости; раствор этот вводился в спинномозговой канал,

В конце 1926 года с целью профилактики кори, имевшей место в нашей больнице, мною двум больным эпидемическим цереброспинальным менингитом интрамускулярно введена была материнская кровь; оба случая кончились выздоровлением несмотря на то, что один квалифицировался как случай тяжелый, а другой как средней тяжести. Придавая некоторое значение гемотерапии в исходе болезни у этих двух больных, я применил ее в зимний период 1927 г. у 7 больных, из коих четверым

была введена материнская кровь, а троим применена аутогемотерапия. Все они выздоровели.

Все девять больных, подвергавшихся в 1927 году гемотерапии, подвергались и другим терапевтическим воздействиям: одни интралюмбально Sol. Urotropini, другие только люмбальным пункциям, третьи интромускулярно молоком—в общем чистых случаев применения гемотерапии мы не имеем, и это в силу того, что у постели столь тяжелых больных я не считал себя вправе, отказавшись от средств, испытанных медицинскими авторитетами, исключительно заняться изысканием новых методов лечения.

Можем ли мы сделать какие-либо выводы в вопросе применения гемотерапии при эпидемическом цереброспинальном менингите? Конечно нет. Единственный допустимый, без особой погрешности вывод—это параллельно с изложенными выше методами лечения менингита продолжать изучать и действие гемотерапии в области, до сих пор никем не примененной.

В целом при даче оценки всех методов лечения цереброспинального менингита мы можем сказать, что помимо случаев рано диагностированных, где на первом плане должна находиться специфическая серотерапия—все внимание лечащего врача должно быть обращено на то, чтобы возможно энергичнее активировать организм больного в деле его самообороны и самозащиты.

Выводы. В г. Н.-Новгороде из года в год нарастает заболеваемость эпидемическим цереброспинальным менингитом. Возможно, что мы находимся на пути развития сильной эпидемии этого менингита. Контагиозность болезни чрезвычайно незначительна и больные могут быть путем боксирования оставлены в соматических лечебных учреждениях без обязательного выделения в заразные больницы. Возможно раннее распознавание менингита дает много шансов на выздоровление применением специфической сыворотки. Раннему распознаванию болезни способствует спинномозговая пункция, от которой врач в сомнительных случаях не вправе отказаться в силу полной безвредности этой пункции. Протеинотерапия, в том числе и гемотерапия, как методы активации защитных сил больного организма, должны быть горячо рекомендованы врачу у постели больного с эпидемическим цереброспинальным менингитом.

Из Хирургической клиники Харьк. гос. ин-та по усов. врачей (Директор—
Ф. Ю. Розе).

К вопросу о пептических язвах анастомоза и тощей кишки.

Д-ра Н. И. Шавинера.

(С 6 рис.).

Причины возникновения пептических язв вслед за тем или иным оперативным вмешательством по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки остаются еще мало выясненными. Указания на „язвенные конституции“, методы оперативного вмешательства, на недостатки инструмен-