

Ряд авторов указывает, что каждая эпидемия дает хотя и редко наличие генерализованных форм эпидемического цереброспинального менингита. В эту эпидемию можно отметить лишь один случай, как, генерализованный, остальные случаи по характеру начала нам пришлось отнести к локализованным формам. И лишь течение болезни 28 детей дали генерализацию инфекции с поражением тех или иных органов. При чем нами установлена сыпь геморрагического характера у 3-х больных, поражение глаз у 10, температура интермитирующего характера у 8 и поражение ушей у 7. К сожалению по техническим соображениям мы не могли исследовать кровь вышеупомянутых детей на содержание менингококка в крови. Лишь у одного ребенка был сделан посев из содержимого герпетического пузырька, давший чистую культуру менингококка. Из 28 детей, давших генерализацию инфекции, умерло 16, что составляет 42%. После эпидемической волны нами наблюдались 2 случая (оба ребенка грудного возраста), где в начале заболевания были септические явления и уже потом присоединялись менингеальные симптомы.

На основании всего вышеизложенного мы позволим себе дать следующие выводы:

1. Неуклонный рост кривой заболеваемости эпидемическим цереброспинальным менингитом.
2. Преобладание заболеваемости менингитом среди мальчиков.
3. Наибольший процент заболеваний падает на грудной возраст.
4. Отсутствие предромальных явлений у большинства детей данной эпидемии.
5. Введение сыворотки может иметь значение лишь в первые дни заболевания.
6. Случаи, не получавшие сыворотки, дали также неплохой результат.
7. Состояние питания и бытовые условия играют исключительно большую роль в течении и прогнозе заболеваний.
8. Перенесенные инфекции также имеют некоторое значение в течении и прогнозе менингита.

Из инфекционной клиники Государственного института для усовершенствования врачей им. Ленина в Казани. (Директор профессор А. Ф. Агафонов)

К эпидемиологии и сывороточному лечению скарлатины.

(За 6 лет по гор. Казани).

З. Н. Железнова и М. М. Муштареева.

Проблема скарлатины остается одной из актуальнейших проблем в патологии детского возраста, и, исходя из этого, нам кажется не лишним поделиться наблюдением по эпидемиологии, профилактике и серотерапии скарлатины по материалам Татарской республики, главным образом по г. Казани, за шесть лет с 1926 по 1931 г.¹⁾

¹⁾ В основу нашего изложения положены цифровые данные за 1926—29 гг., обработанные статотделом ТНКС под руководством д-ра Ширяева и любезно предоставленные нам, за что ему приносим глубокую благодарность. Данные же за 1930—31 гг. обработаны сектором ОЗД и II Ин-та Соцздрава ТР под руководством д-ра М. М. Муштареевой.

Заболееваемость и смертность от скарлатины по гор. Казани за этот период времени такова:

Таблица № 1.

Годы	Заболееваемость		Смертность	
	Абсолютн. число.	На 10000 населен.	Абсолютн. число	На 100 слу-чаев забол.
1926	441	24,6	42	9,5
1927	479	26,7	42	8,7
1928	944	51,3	76	8,1
1929	1541	81,4	155	10,1
1930	1471	74,1	132	9
1931	889	43,3	85	9,7

Наибольший подъем заболеваемости и смертности от скарлатины по г. Казани падает на 1929 год, когда заболеваемость достигает 81,4 на 10,000 населения, приближаясь к заболеваемости по г. Москве в том же году (85,3 на 10,000 населения). Что касается смертности, то она давала сравнительно небольшие колебания от 8,1% в 1927 г. до 10,1% в 1929 году.

Начиная с 1930 г. отмечается снижение как заболеваемости, так от-части и смертности.

Следующая таблица № 2 демонстрирует заболеваемость скарлатиной по месяцам года и лишний раз подтверждает общеизвестный факт подь-ема заболеваемости в осенние месяцы (сентябрь-октябрь).

Таблица № 2.

Годы \ Месяцы													Итого
	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	
1926	30	31	46	13	20	22	31	14	47	59	73	53	441
1927	44	21	34	16	17	15	29	48	58	93	59	45	479
1928	53	76	77	66	58	84	53	28	94	18	124	124	944
1929	99	81	61	57	47	69	142	166	236	293	164	136	1541
1930	92	72	74	60	65	88	84	185	244	251	165	90	1471
1931	55	53	49	42	57	62	86	108	128	121	73	55	889

Наз интересовал % заболеваемости скарлатиной по национальному признаку: среди татар, русских и прочих национальностей.

Таблица № 3.

Годы	Заболееваемость						Смертность		
	Абсолютное число			На 10000 населен.			Абсолютное число		
	тат.	русск.	проч.	тат.	русск.	проч.	тат.	русск.	проч.
1926	56	363	17	12,6	29,2	20	8	33	1
1927	65	392	22	14,6	30,3	71,5	11	28	3
1928	135	773	36	27,9	58,2	88	10	65	1
1929	313	1194	34	62,6	87,8	64	44	111	0
1930	235	1160	76	45,2	83,0	125	не разработана		
1931	179	679	31	33,2	47,5	37,4	тоже		

При сравнении показателей на 10.000 населения по национальностям, отмечается наименьшая заболеваемость среди татар, а наибольшая среди прочих национальностей. Заболеваемость русских занимает среднее положение между этими двумя показателями.

Констатируя этот факт, мы склонны объяснить его главным образом различными условиями социально-бытового порядка, питания в различных национальных группах, влияющих на заболеваемость.

Таблица № 4.

Годы Возраст	1926		1927		1928		1929		1930		1931		Средняя	
	Заб.	См.	Заб.	См.	Заб.	См.	Заб.	См.	Заб.	См.	Заб.	См.	Заб.	См.
0—12 м.	53,5	24,7	34,0	8	11,3	56,6	14	81,6	77,8	29	73,3	23,8	44	37,3
1—4 л.	115,1	13,7	118,6	18,7	222,5	16	358	46,4	316	46	197,4	31	218,6	28,6
5—9	104,1	4,1	129	3,9	251,7	10,8	470,8	16,6	316	16,3	178,3	6,7	241,7	9,7
10—14	32,4	0,6	36,3	0,6	70,1	2,9	71,6	3,4	69,9	0,8	22,3	1,6	50,4	1,6
15—19	10,1	0,5	9,8	0,5	13,8	0	21,3	0,4	29,9	0,5	19,9	0,9	17,5	0,5
20 и выше	6,7	0,2	0	0	7,2	0	9,9	0,2	5,7	0	1,7	0,2	5,2	0,1

Заболеваемость и смертность по возрастам (На 10.000 населения соответствующего возраста).

При учете средних величин заболеваний (за 6 лет) наблюдается наибольшая заболеваемость детей возрастных групп 1—4 л. и 5—9 лет, т. е. дошкольного и начала школьного возраста. Затем идет возраст 10—14 л., 0—12 мес., и наконец, дальше заболеваемость падает с повышением возрастов.

Смертность же дает наибольшую цифру в возрасте до 1 года (37,3 на 10.000 населения этого возраста) и понижается обратно пропорционально возрастам.

Как нами уже было отмечено выше заболеваемость значительно снижается, начиная с 1930 г., в особенности же по двум возрастным группам 5—9 л. и 10—14 л.; тогда как заболеваемость детей 5—9 л. в 1929 г. составляла 57,3% всех заболеваний скарлатиной, в 1930 г. она равна 43,1%, а в 1931 г. упала до 40,7%.

Причину этого факта отчасти, повидимому, нужно искать в улучшении медико-санитарного обслуживания организованного детства (школьников и дошкольников), в проведении профилактических мероприятий и в особенности в проведении активной иммунизации против скарлатины среди школьников и дошкольников.

За прививочную кампанию с октября 1929 г. по февраль 1930 г. провакцинировано 9324 чел.; из них 3-кратно привитых—7539 чел.

Группа детей 1—4 л. такими прививками охвачена на 0,8% (по отношению к населению этого возраста).

Группа детей	5—9 л.	охвачена на	12,9%
"	"	10—14 "	43,1%
"	"	15 и выше "	7,8%

За 1930 и 1931 годы всего провакцинировано:

Таблица № 5.

Прививок	Однократн.	Двукратн.	Трехкратн.	Всего
в 1930 г.	5.392	4.922	10.859	21.173
в 1931 г.	16.486	16.369	13.035	45.890
За 2 года	21.878	21.291	23.894	67.063

Для учета эффективности активной иммунизации сравним % заболеваний скарлатиной среди детей привитых и непривитых¹⁾. Оказывается, что % заболеваний скарлатиной среди непривитых равен 3,44%, а среди привитых 3-кратно 0,34%. Следовательно % заболеваний среди привитых в 11 раз менее, чем среди непривитых. Нужно добавить, что вакцинация проводилась в подавляющем большинстве случаев комбинированной вакциной.

У других авторов мы находим данные, колеблющиеся в больших пределах: при комбинированной вакцине заболеваемость привитых 0,12—6,7% (1,41%), % же заболеваемости среди непривитых детей 1,25—17,6% (Коршун, Спирина, Луин, Феркель, Бенъяминсон).

При вакцинации стрептококковым токсином заболеваемость среди привитых 0,34% (Коршун, Луин, Лавринович, Беседин).

По данным казанских авторов у вакцинированных детей переход положительной реакции Дикса в отрицательную отмечен в 79,6%, по данным Коршуна и Спириной — 87,3%.

Интересна динамика заболеваемости и смертности от скарлатины по социальному признаку.

Таблица № 6.

Годы	Рабочих				Служащих			
	Заболеваемость		Смертность		Заболеваемость		Смертность	
	абсол. число	на 10000 населен.	абсол. число	% к заболев.	абсол. число	на 10000 населен.	абсол. число	% к заболев.
1926	118	70,0	21	17,8	100	36,9	15	15
1927	123	33,4	26	—	124	—	16	—
1928	369	65	42	—	197	—	31	—
1929	726	94,5	59	—	311	—	32	—
1930	693	71,6	75	—	563	—	33	—
1931	465	43,6	57	12,3	315	59,0	19	6,0

Для сравнения берем только годы переписи: 1926 г. и 1931 г.

Отсюда видно, что в 1926 г. как заболеваемость, так и смертность от скарлатины выше среди рабочих (70,0 заболеваний на 10,000 населения этой группы). В последующие годы снижение заболеваемости наиболее резко сказалось как раз в этой группе.

Переходя к разбору нашего клинического материала, главным образом в части результатов серотерапии, мы считаем необходимым дать краткую характеристику эпидемии скарлатины за эти годы по тяжести заболевания.

¹⁾ Основываемся на цифровых данных рукописной работы д-ров Чемоданова и И. Я. Тарнопольского (из Казанского микробиологического ин-та), любезно предоставленных нам, за что авторам приносим глубокую благодарность.

За эти шесть лет через скарлатинозное отделение инфекционной больницы и клиники И-та прошли всего 2451 больной, из них в 776 случаях применялась антискарлатинозная сыворотка, т. е. в 31,6% случаев. Распределение больных по тяжести заболевания.

Таблица № 7.

Годы	1926—1927		1928—1929		1930—1931		Всего за 6 лет	
Число случаев	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Легкая форма	311	53,8	629	54,3	378	53,0	1319	53,8
Средняя форма	206	35,7	432	37,3	260	39,3	898	37,5
Тяжелая форма	61	10,5	97	8,4	75	10,6	234	9,5
Итого	578	100	1158	100	715	100	2451	100
% больнич. смерти	—	9,3	—	9,1	—	8,8	—	—
% осложнен. случаев	364	62,9	826	71,3	490	68,5	1680	68,5
Случай с 1 осложн.	207	35,8	378	33	250	36,3	835	33,6
С 2 осложнениями	111	19,2	267	23,1	162	22,6	540	22
С 3 осложнениями	46	8	181	15,6	68	9,5	295	12

Из приведенных данных видно, что тяжесть заболевания скарлатиной оставалась стабильной за все эти годы, не давая значительных колебаний.

Характерным отличием эпидемии за этот период времени является очень большой % осложненных случаев. И этот процент выше в 1928 и 1929 гг., в годы наивысшей точки эпидемии (71,3%), тогда как в предыдущие годы % осложненных случаев равнялся 62,6%, а в последующие годы % осложненных случаев равнялся 62,9%, а в последующие 68,5%.

Из всего количества больных скарлатиной за 6 лет наибольший % составляют заболевания с одним осложнением (33,6%), а затем с двумя осложнениями (22%), а заболевания с 3-мя и более осложнениями составляют 12%. Неосложненных же случаев всего 31,5%.

Что касается отдельных форм осложнений, то за 6 лет имеется: отитов 28,1%, аденитов 51,6, нефрозо-нефритов 17,4, воспалений легких 12%.

Общий % смертности колебался в небольших пределах от 8,8% до 9,3%.

Что касается % смертности по возрастам, то она, имея наивысшую точку в возрасте от 0—12 м. (36,5%), понижается обратно пропорционально возрастам. Приблизительно такие же цифры находим мы и у ряда, как американских, так и русских авторов (Эглиз, Аксенов, Кальмер и др.).

Теперь переходим к вопросу о результатах нашего лечения больных скарлатиной антитоксической сывороткой. Мы пользовались почти исключительно сывороткой, приготовленной Микробиологическим институтом г. Казани. Мы начали ее применять с 1926 года довольно широко, но далеко не во всех случаях скарлатины, примерно в 31,6%, когда имелись явления интоксикации, хотя бы и нерезко выраженные. 776 случаев, леченных AS, мы подразделили на 3 группы (по классификации Мозера, Колтыпина): легкие формы—127 случаев, средней тяжести—482 случая и тяжелые формы—167 случаев.

Заболеваемость и смертность по возрастам за 6 лет.

Таблица № 8.

Возраст	Заболеваемость		Смертность	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	% от случ. заб.
От 0—12 мес. . . .	52	2,1	19	36,5
„ 1—4 лет . . .	99	39,9	146	14,9
„ 5—9 „ . . .	960	39,2	50	5,2
„ 10—14 „ . . .	234	9,6	7	2,9
„ 15 и выше . . .	226	9,2	4	1,8
Итого . . .	2451	100	226	9,2

Введение сыворотки производилось внутримышечное и в тяжелых случаях внутривенно, в среднем—в количестве от 50 до 100 куб. см. и больше.

В исключительно тяжелых случаях часть антискарлатинозной сыворотки (10 к. с.) вводилась интралимбально.

Применяемая нами сыворотка давала различный эффект в смысле улучшения общего состояния, понижения температуры и явлений интоксикации в зависимости от различной формы заболевания и дня введения сыворотки, что видно из таблицы № 9.

Результаты лечения AS в зависимости от дня инъекций при различных по тяжести формах заболевания.

Таблица № 9.

Дни инъекций	Случай средней тяжести		Тяжелые формы									Итого при всех тяже- лых формах			
			токсические			септические			смешанная						
	Всего	улуч- шений		Всего	улуч- шений		Всего	улуч- шений		Всего	улуч- шений				
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%	абс.	%	
От 1—3 дня .	283	259	91,5	24	12	50	13	2	15,4	22	8	36,4	59	22	37,3
После 3 дней .	199	172	86,4	35	13	37,1	44	3	6,8	29	3	10,3	108	19	17,6

В случаях средней тяжести скарлатины применение AS в первые 3 дня болезни давало значительное, резко бросающееся в глаза улучшение (в 91,5% случаев): критическое падение температуры на 2—3° в течение 24 часов, резкое увядание сыпи, стайвание налетов в зеве, исчезновение явлений интоксикации и значительное улучшение общего состояния больного.

Что касается случаев с тяжелым течением скарлатины, то при чисто токсических и смешанных формах ярко выступает благотворное действие AS

В токсических случаях, особенно при введении сыворотки в первые три дня, в 50% случаев все токсические синдромы быстро идут на убыль. Уже на вторые сутки после инъекции отмечается прояснение сознания, прекращение рвоты и признаков угнетения психики, критическое падение температуры до нормы, или же почти до нормы. Сыпь бледнеет на

второй день, исчезает же в среднем на четвертый. Налеты в зеве начинают ставать на другой же день.

Картина крови уже на 3—4-й день резко изменяется: отмечается появление моноцитов, сдвиг нейтрофилов вправо (по Шиллингу) и приближение к норме.

Влияние AS на септическую скарлатину дает незначительный % улучшений. Все же введение сыворотки в первые 3 дня дает % улучшений (15,4%), вдвое больше, чем в последующие дни (6,8%).

При смешанной форме влияние сыворотки ясно заметно, особенно при введении ее в первые дни болезни, когда она дает 36,4% улучшений.

Теперь коснемся вопроса о влиянии сыворотки на осложнения.

До сих пор по этому вопросу различные авторы приходили к различным и иногда даже прямо противоположным выводам, тогда как Doschez (Доше), Робб, Фридеман, Парк, Соколова, Штейн, Агафонов и Беляев утверждают, что сыворотка, введенная своевременно, облегчает течение болезни, уменьшает % осложнений, другие авторы: Bayer (Байер), Эгиз, Huster (Хюстер), Leuthe (Лейте), Лунин, американские авторы отрицают вышеупомянутое действие AS.

Мы имели на 776 леченных—593 осложненных случая, т. е. 76,4%. Для точного суждения об эффекте AS мы взяли для сравнения формы средней тяжести леченных и не леченных сывороткой, так как цифры по другим формам в отдельности малы для статистического сравнения.

Интересны данные по отдельным формам осложнений.

Таблица № 10.

		При скарлатине средней тяжести								
Дни		Число всех случаев	Отиты		Адениты		Нефриты		Пнеймонии	
			абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Леченные	1—3 дня	283	84	29,7	144	50,9	46	16,3	26	9,2
	после 3-го дня	199	78	39,2	114	57,3	38	19,1	30	15,1
Нелеченные		416	161	38,7	257	61,8	105	25,2	63	15,2

Сравнивая здесь различные, наиболее часто встречающиеся осложнения при средней форме у леченных AS, мы имеем картину резкого уменьшения, % осложнений в особенности поздних (нефрит, пнеймония) и ясно видим наступающий эффект от раннего введения сыворотки.

Что касается влияния на так называемое „скарлатинозное сердце“, то среди леченных AS „скарлатинозное сердце“ мы отмечали в 45% случаев, а у нелеченных в 46,6% случаев. Следовательно особого эффекта в этом отношении мы не видим.

Относительно течения самых осложнений у леченных сывороткой мы не можем пока дать определенных выводов, но все же должны указать на то, что больные, поступившие в больницу в первые дни болезни и получившие своевременно сыворотку, при заболеваниях нефритом переносили его легче и в более короткий срок, уремические явления у таких больных встречались значительно реже. Этот вопрос имеет большой интерес и требует дальнейшей разработки и подтверждения.

Теперь, касаясь смертности от скарлатины при лечении AS, мы приводим следующую таблицу.

Таблица № 11.

	Формы заболев.	Средней тяже- сти			Тяжелые формы								
					токсическая			септическая			смешанная		
		Число ле- чен. случ.	Число смерт. случаев		Число ле- чен. случ.	Абс. чис.	%	Число ле- чен. случ.	Абс. число умер.	%	Число ле- чен. случ.	Абс. число умерш.	%
	Дни инъекции		абс.	%									
У леченных	От 1-3 дня после 3 дня	283	9	3,2	22	12	54,5	13	12	92,4	22	14	63,7
У нелечен.		199	8	4,0	34	21	61,7	44	39	88,6	29	25	86,2
		416	24	5,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Отсюда можно сделать вывод, что при средней форме тяжести AS, введенная в первые три дня болезни, почти вдвое снижает % смертности по сравнению с нелечеными.

При токсических и смешанных формах % смертности несколько ниже при введении AS в первые три дня, чем при более позднем ее введении.

При септических же формах влияние AS на смертность не отмечается. Применяемая нами при скарлатине антитоксическая сыворотка и не может обладать антибактериальными свойствами. К сожалению мы не имеем опыта в применении сыворотки так называемого двойного действия, т. е. антитоксической и антибактериальной. В случаях септической скарлатины получаются лучшие результаты при применении сыворотки скарлатинозных реконвалесцентов.

Но все же сывороточное лечение скарлатины упирается в еще неразрешенный пока вопрос о лечении септической скарлатины, здесь мы бессильны. Нельзя скарлатину, как это делают некоторые американские авторы, всецело относить в группу токсемий и проводить почти полную аналогию с дифтерией. Патогенез этих инфекций резко отличен.

В заключение мы хотели несколько остановиться на *сывороточной болезни*.

Она наблюдалась нами в 31% случаев.

Надо оставить взгляд на невинность течения сывороточной болезни. В ряде случаев сывороточная болезнь послужила толчком к септическим осложнениям и к общему сепсису, неминуемо приведя больного к летальному исходу.

Из 182 больных сывороточной болезнью в 3-х случаях имеем смертельный исход.

Приводим краткие истории болезни.

а) Коля, 1 г. 1 м., поступил в инфекционную больницу со скарлатинной средней тяжести и с явлениями экссудативного диатеза. Было введено 75 куб. см. AS. Температура оставалась все время нормальной от дня введения сыворотки до 14-го дня, когда появилась сыпь уртикарного характера и температура повысилась до 39°.

На 15 день сыпь стала геморрагической, появились также геморрагии в толще слизистой рта. Состояние ребенка резко ухудшилось (рвота, понос, падение кровяного давления) и на 16 день ребенок скончался.

б) Павлик X, 1. 3 м., поступил в Инфекционную больницу на 2-й день скарлатины средней тяжести. Введено было 50 к. с. AS. Температура, упавшая на следующий день до нормы, оставалась нормальной и общее состояние удовлетворительным до 11-го дня. На одиннадцатый день появилась сывороточная сыпь, которая исчезла на другой же день, а затем опять появилась по всему телу и опять исчезла, оставляя после себя петехиальные пятна. На пятнадцатый день вновь появилась обильная сывороточная сыпь при удовлетворительной сердечной деятельности, но сильном возбуждении ребенка. Температура с 12-го дня от введе-

ния AS оставалась все время высокой (39,1—38,8) и наблюдался жидкий стул. На 16-й день сывороточная сыпь приняла геморрагический характер и ребенок скончался при нарастающей сердечной слабости.

в) Боря Н., 16 лет, поступил на 2-й день болезни со scarlatinной средней тяжести, с типичной равномерно рассеянной по всему телу сыпью, с фолликулярной ангиной, с нерезко выраженными явлениями интоксикации. Введено 100 к. с. AS серии № 10 внутримышечно. На 10-й день болезни появились боли в суставах, на 11-й — urticaria и отек верхних конечностей. На 15-й день носовое кровотечение, боли в животе, рвота, задержанный стул (при аутопсии — кровоизлияния в брыжжейку). На 16-й день — белок и кровь в моче, икота; сыпь стала геморрагической. На отеочной коже конечностей видны сплошные кровоизлияния. На 21-й день появились кровоизлияния в слизистую десен, в дальнейшем некроз и нома. На 2-й день болезни больной умер.

Приведенные случаи лишний раз подчеркивают необходимость пользования очищенными от белка и концентрированными сыворотками и на путь приготовления таких сывороток должны встать институты нашего Союза.

В ы в о д ы.

1. Имея в виду отрицательное побочное действие от применения лечебных сывороток, необходимо пользоваться очищенными от белка и концентрированными сыворотками.

2. Антискарлатинозная сыворотка должна применяться не во всех случаях заболеваний scarlatinной, а лишь в тех случаях, когда имеется интоксикация.

3. После 3-го дня от начала заболевания, особенно при септических формах эффект от применения AS незначителен.

4. При сывороточном лечении scarлатины, в особенности при раннем применении сыворотки, % осложнений значительно снижается.

5. Несмотря на наличие антиоксической сыворотки нельзя считать окончательно решенной проблему специфического лечения scarлатины.

6. Заболеваемость scarlatinной среди татарского населения ниже, чем среди русского населения.

7. Для большей эффективности активной иммунизации против scarлатины необходимо широко охватить ею детей наиболее раннего возраста, а также прививочную кампанию проводить в более короткий срок.

Из клиники детских болезней Казанского государственного мединститута
(Директор проф. В. К. Меньшиков).

Дизентерия по материалам детской клиники Мединститута за период с 1931 по 1933 включительно.

Асс. Р. А. Дивеева и Г. Я. Бабинская.

Несмотря на то, что смертность детей от желудочно-кишечных заболеваний, по последним статистическим данным, занимает уже не первое место среди других детских заболеваний, все-же летние поносы, в особенности дизентерию, можно считать бичом детского населения.

Поэтому мы считаем не лишним поделиться данными, полученными по материалам нашей клиники за последние три года.

При постановке диагноза мы руководствовались чисто клинической картиной болезни.

Бактериологические исследования производились в небольшом проценте случаев; при чем выяснилось, что этиологически дизентерия являлась далеко не однородной.