

щаго предсказаніе при ней, діагностическія ошибки или несвоевременное распознаваніе болѣзни являются тѣмъ болѣе нежелательными.

Мы не задаемся цѣлью изложить всѣ симптомы этой болѣзни, а только тѣ изъ нихъ, которые наблюдались въ описываемыхъ нами случаяхъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, установленнаго бактериологическимъ изслѣдованіемъ, подчеркивая тѣ, которые описываются, какъ наиболѣе постоянные и которые настолько по нашимъ наблюденіямъ характерны, что ими можно руководствоваться при постановкѣ діагноза въ тѣхъ условіяхъ, гдѣ произвести бактериологическое изслѣдованіе по какому бы то ни было причинамъ представляется невозможнымъ.

Помимо указаннаго общаго интереса одинъ изъ наблюдавшихся нами случаевъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита представляетъ еще интересъ казуистическій въ томъ отношеніи, что это заболѣваніе появилось у больного въ теченіе скарлатинозныхъ у него осложненій.

Случаи скарлатины съ клиническими проявленіями менингита безъ дѣйствительнаго менингита встрѣчаются довольно часто.

H. Sachs наблюдалъ ихъ въ 16 случаяхъ скарлатины изъ 400 (4%).

Не рѣдкость также совпаденіе цереброспинальнаго менингита со скарлатиной. Оно поражало своей частотой L. Lavegan'a, который считалъ такой менингитъ скарлатиной мозговыхъ оболочекъ, наблюдалось и многими другими авторами Lemoine, E. Weill et Schalier, René Benard и проч.)

Однако — въ тѣхъ случаяхъ, когда бактериологическимъ и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ съ несомнѣнностью былъ установленъ менингитъ при скарлатинѣ, возбудителемъ его являлся или пневмококкъ (Hutinel, Netter), или стрептококкъ (Weil et Schalierir), или, рѣже, другіе микроорганизмы, но ни въ одномъ изъ до сихъ поръ опубликованныхъ случаевъ менингита при скарлатинѣ не былъ найденъ признаваемый въ настоящее время почти всѣми, какъ единственный возбудитель эпидемическаго цереброспинальнаго менингита — *micrococcus intracellularis meningitidis* Weichselbaum'a (менингококкъ).

Слѣдовательно, всѣ наблюдавшіеся до сихъ поръ случаи менингита при скарлатинѣ должны быть отнесены къ вторичному менингиту, который вообще имѣетъ мѣсто, какъ осложненіе различныхъ инфекціонныхъ заболѣваній, при чемъ возбудителями являются или тѣ же самые микроорганизмы, которые вызвали первичное инфекціонное заболѣваніе, или другіе. Такъ, при менингитѣ осложнившемъ инфлюэнцу, въ цереброспинальной жидкости находили *bac. Pfeifferi* (Langer, Brem and Zeiler, J. Mya, Zamboni, Davis),

осложнившимъ тифъ—*bac. typhi* (David и Speik) осложнившими паратифъ—*bac. paratyphi*, В Schotmüller'a (Cl. Inelan, Boonacher и Gorter) осложнившимъ гоноррею-гонококкъ (*Josselin de Jong*) и проч.

Въ нашемъ случаѣ цереброспинальнаго менингита, появившагося въ теченіе скарлатины, вмѣсто ожидаемаго стрептококка мы получили въ цереброспинальной жидкости внутрикѣлочнаго диплококка, случай, какъ уже упомянуто, не встрѣчавшійся въ литературѣ, а потому первый и пока единственный.

Исторія болѣзни, касающаяся этого случая, вкратцѣ такова.

Сережа И., 5½ лѣтъ, сынъ мясника, живетъ съ родителями на Дегтарной улицѣ г. Казани въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ, именно: квартира состоитъ изъ одной комнаты около 6½ куб. саж., освѣщаемой однимъ окномъ, низкой, грязной и сырой, причѣмъ въ ней помѣщаются трое взрослыхъ и трое дѣтей.

23 Января 1912 года поступилъ въ скарлатинный баракъ Дѣтской клиники съ ясно выраженнымъ симптомокомплексомъ скарлатины на 3-ій день заболѣванія.

Питаніе больного выше средняго, тѣлосложеніе правильное, развитіе среднее. Вѣсъ тѣла 14.900,0.

Леченіе назначено симптоматическое.

Въ теченіе скарлатины у больного уже очень рано появляются осложнения.

На 5-ый день болѣзни (25/1) эндокардитъ и одновременно опуханіе лимфатическихъ зачелюстныхъ железъ.

На 7-ой день замѣтно увеличеніе печени, на 16-ый день (5/II) присоединяется нефритъ, на 30-ый день (20/II) появляется кровь въ мочѣ.

Температура въ первые дни болѣзни не представляетъ особенностей; она, какъ видно на кривой „а“ держится на высокихъ цифрахъ до 13 дня болѣзни, поддерживаясь наступившими осложнениями. На 13-ый день t^0 падаетъ до 37,5, характеризуя этимъ прекращеніе остраго періода эндокардита. Черезъ три дня вновь повышается, что соотвѣтствуетъ новому осложненію (нефриту).

Вторично t^0 падаетъ до 37,5° на 35-ый день болѣзни, но черезъ три дня (на 38-й день), 27/II повышается до 40°.

Повышеніе t^0 сопровождается рвотой, сильной головной болью; ребенокъ кричитъ тѣмъ своеобразнымъ крикомъ, при которомъ нѣтъ слезъ и который представляетъ изъ себя громкій протяжный стонъ. Выраженіе лица страдальческое. Брови сморщены. Ребенокъ раздражителенъ настолько, что сердится на нянь, когда тѣ ухаживаютъ за нимъ, гонитъ отъ себя всѣхъ, даже мать. При разспросахъ жалуется на головную боль, на всѣ другіе вопросы не отвѣчаетъ. Отъ пищи отказывается. Со стороны кишечника

запоръ. Сонъ безпокойный. Большой тяжело бредить. Контрактуры затылка нѣтъ. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

28/II. Явленія тѣ же. Рвота 4 раза. Наблюдается незначи- тельная ригидность шейныхъ мышцъ.

29/II. Рѣзко выраженная контрактура затылка.

Рвота 3 раза. Въ остальномъ явленія тѣ же.

1/III. Рвоты не было. Головная боль приступами, — крикъ. Аппетитъ плохой.

2/III. Надлюдилось 3 приступа сильной головной боли, со- провождающейся крикомъ.

3/III. 4 приступа сильной головной боли продолжительностью отъ $\frac{1}{2}$ ч. до 1 часа.

4/III. Опуханіе лѣваго колѣннаго сустава. Животъ впалый. Положеніе лягавой собаки. Обнаруживается симптомъ Кернига. Симптомъ Brudzinsk'аго отсутствуетъ. Состояніе апатичное.

5/III. Гиперѣстезія кожи.

При попыткѣ изслѣдовать, больной кричитъ, жалуется на боли.

6/III. Присоединилось опуханіе праваго локтевого сустава. Опуханіе лѣваго колѣннаго значительно меньше.

Зрачковые рефлексы нормальны, на свѣтъ зрачки реагируютъ хорошо.

При проведеніи пальцемъ по кожѣ быстро выступаютъ крас- ные полосы. На мѣстахъ кожи соприкасающихся съ постелью красныя пятна. Сухожильные и кожные рефлексы нормальны. Симптомъ Кернига на лицо Симптомъ Брузинскаго отсутствуетъ.

Температура за все указанное время (съ 27/II) держится на высокихъ цифрахъ. Пульсъ правильный, учащенъ. Дыханіе нѣ- сколько учащено, правильно.

Въ теченіе 9 дней (съ 27/II по 6/III) больной потерялъ въ вѣсѣ 1600,0, между тѣмъ какъ въ предыдущіе 31 день скарлатины съ ея тяжелыми осложненіями только 400,0.

Произведенное 6/III изслѣдованіе крови обнаружило лейкоци- тозъ. Оно дало слѣдующія цифры:

Нб	85 ⁰ / ₀
Красныхъ кров. тѣлецъ	4.300.000
Бѣлыхъ " "	22.500

Изъ нихъ:

Полинуклеаровъ	71 8 ⁰ / ₀
(въ томъ числѣ эозинофиловъ)	10,3 ⁰ / ₀)
Мононуклеаровъ	29,2 ⁰ / ₀
(въ томъ числѣ лимфоцитовъ)	17,7 ⁰ / ₀)

Паразитовъ маляріи нѣтъ. Клиническая картина съ несомнѣнною указывала на менингитъ, а потому. 7/ш въ 10 часовъ утра произведена люмбальная пункція. Выпущено около 30 куб. ст. жидкости. Жидкость вытекаетъ подъ повышеннымъ давленіемъ, мутная (по виду въ пробиркѣ она похожа на воду, къ которой прибавлено нѣсколько капель молока).

Послѣ выпуска жидкости измѣненія въ температурѣ не наблюдается. Самочувствіе больного улучшилось. Головная боль утихла. Ребенокъ уснулъ спокойно. Но съ 9 часовъ вечера снова появляется головная боль. Ночью безпокойный сонъ, бредъ.

8/ш. Жалобы на головную боль и боль въ животѣ.

Ислѣдованіе цереброспинальной жидкости обнаружило, что осадокъ состоитъ преимущественно изъ полинуклеаровъ съ включенными въ нихъ диплококками, напоминающими по своей формѣ гоококковъ, т. е. обращенныя другъ къ другу поверхности парныхъ кокковъ нѣсколько сплюснуты или даже вогнуты, что позволяетъ сравнивать ихъ по виду съ кофейными зернами или вѣскими булочками.

Найденный диплококкъ хорошо окрашивается основными анилиновыми красками, по Gramm'у обезцвѣчивается. При посѣвѣ на агаръ съ асцитической жидкостью (2 % агара 3 ч. — асцитич. жидкости 1 ч.) далъ хорошій ростъ. Колоніи его представляются ввидѣ прозрачныхъ капель съ перламутровымъ блескомъ.

Въ мазкахъ изъ колоній при микроскопическомъ ислѣдованіи онъ даетъ ту же морфологическую картину, какъ и въ цереброспинальной жидкости, располагаясь то попарно, то въ формѣ тетрады. Отношеніе къ краскамъ такое же.

При дальнѣйшихъ пересѣвахъ диплококкъ далъ ростъ на простомъ агарѣ, на бульонѣ, на свернутой сывороткѣ. Между прочимъ, при посѣвѣ на агаръ съ содержаніемъ гемоглобина человѣческой крови онъ далъ ясно выраженный гѣмолизъ.

Для дифференціального распознаванія диплококка мы воспользовались предложеннымъ Lingelsheim'омъ способомъ: сдѣлали посѣвъ на асцитическій агаръ съ винограднымъ сахаромъ и лакмусовымъ растворомъ. По Lingelsheim'у изъ всѣхъ сходныхъ по внѣшнему виду диплококковъ, каковы: gonococcus, micrococcus catarhalis, diplococcus pharyngis flavus и meningococcus Weichselbaum'a, только одинъ менигококкъ способенъ вызывать броженіе сахара съ образованіемъ кислоты, что выражается покраснѣніемъ среды.

Полученный нами изъ цереброспинальной жидкости диплококкъ, какъ показалъ этотъ способъ, броженіе вызываетъ, а потому діагнозъ эпидемического цереброспинального менингита долженъ считаться установленнымъ.

О случаяхъ заболѣванія дѣтей эпидемическимъ цереброспинальнымъ менингитомъ въ г. Казани мы не имѣемъ свѣдѣній за исключеніемъ наблюдавшихся въ Дѣтской клиникѣ.

Въ послѣдней же за все время существованія ея онъ былъ диагносцированъ только въ 3 случаяхъ, которые всѣ относятся къ послѣднимъ 2 $\frac{1}{2}$ годамъ.

1-ый случай. Зоя И., 2 лѣтъ 11 мѣсяцевъ, дочь пекаря, живетъ съ родителями въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ на Дегтярной ул.

Поступила въ Дѣтскую клинику 29 октября 1909 года на 4-й день заболѣванія, начавшагося внезапно рвотой, сильной головной болью, лихорадкой, безпокойнымъ состояніемъ; по временамъ наблюдалось затемненное сознаніе. Объективное изслѣдованіе показало, что дѣвочка питанія хорошаго, костный скелетъ представляетъ рахитическія измѣненія (нерѣзкія). Со стороны кожи и внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Въ зѣвѣ наблюдается легкая гиперемія.

Голова запрокинута назадъ. Ригидность шейныхъ мышцъ. Кожные и сухожильные рефлексы нормальны. Симптомъ Кернига отсутствуетъ. Сознаніе ясное. Пульсъ учащенъ, правильный. Со стороны кишечника—запоръ.

30/х. Ночь провела безпокойно. Бредила. Утромъ рвота. Отъ пищи отказывается. Кричитъ, жалуется на головную боль. Рѣзко выраженная контрактура затылка. Не позволяетъ изслѣдовать себя. Раздражительна, капризничаетъ. Стоитъ только войти въ ней въ палату, кричитъ: „не тронь, я спать хочу“.

31/х. Безъ перемѣнъ. Рвота 2 раза.

1/х¹. Рвоты не было. Опуханіе лѣвого локтевого и лучезапястного суставовъ, гиперестезія кожи нижнихъ конечностей. Сильная головная боль, и крики.

2/х¹. Самочувствіе лучше. Аппетитъ удовлетворительный. Паденіе t^0 при обильномъ потѣ. Пульсъ 160 при t^0 37,4. Съ 9 часовъ вечера сильная головная боль, крикъ, высокая t^0 .

3/х¹. Колебаніе $t^0=3^0$. Паденіе t^0 сопровождается обильнымъ потомъ.

4/х¹. Самочувствіе хорошее. Головной боли нѣтъ. Пассивное движеніе головы свободнѣе. T^0 безлихорадочная. Пульсъ 120 при t^0 36 $^{\circ}$ C.

5/х¹. Головная боль, крикъ. Животъ впалый, мягкій.

6/х¹. Положеніе лягавой собаки. Симптомъ Кернига отсутствуетъ. Головная боль и крикъ.

7/х¹. Самочувствіе лучше. Головная боль меньшей интенсивности. Крика нѣтъ.

8/х¹. Безъ перемѣнъ.

9/xi. Рѣзко выраженная ригидность затылка. Головная боль и крики. Опуханіе суставовъ незначительно. Возможны движенія въ нихъ. Сознаніе ясное.

10/xi. Безъ переменъ.

11/xi—12. Самочувствіе удовлетворительно.

13/xi. Рвота. Сильная головная боль. Лицо страдальческое.

14/xi. Рвота и головная боль. Движенія въ суставахъ свободны. Опуханія ихъ нѣтъ.

15/xi. Самочувствіе лучше.

16/xi. Головная боль, крикъ.

17/xi. Улучшеніе самочувствія, больная спокойна.

18/xi. Больная кричитъ. Жалуеться на боль.

19/xi. Спокойна

20/xi. Головная боль и крикъ. На кожѣ нижнихъ конечностей и туловища пузырьчатая сыпь, нѣсколько эфлоресценій пустулезныхъ.

При изслѣдованіи глазного дна специалистомъ найдено: контуры соска не ясны, вены расширены. Наблюдается внутреннее косоглазіе.

21/xi и 22/xi. Спокойна.

23/xi. Головная боль и крикъ.

24/xi. Спокойна.

25/xi. Слабый пульсъ, учащенъ. Головная боль и крики.

26/xi и 27/xi. Самочувствіе удовлетворительно.

28 xi. Головная боль, крикъ. Сознаніе помрачено. Въ мочѣ появился бѣлокъ — (слѣды).

Рвота 1 разъ. Клоническія судороги верхнихъ и нижнихъ конечностей. Ptosis правого вѣка.

29/xi. Спокойна. Пульсъ частый (144 при t° 36,9).

30/xi. Головная боль. Крикъ. Рвота и судороги.

1/xii. Взята родителями изъ клиники.

Больная за время пребыванія въ клиникѣ потеряла въ вѣсѣ 1500,0. Все время наблюдался запоръ.

Температура, какъ видно на кривой *b*, продержавшись 4 дня на высокихъ цифрахъ, въ дальнѣйшемъ принимаетъ перемежающійся характеръ, причемъ бросаются въ глаза рѣзкія колебанія ея. Каждое паденіе t° сопровождается обильнымъ потомъ.

Послѣ взятія изъ клиники больная была потеряна для наблюдений. Но черезъ 2 года 4 мѣс. мы снова встрѣтили ее въ амбулаторіи Дѣтской клиники. Изъ разспросовъ матери больной выяснилось, что въ тяжеломъ состояніи дѣвочка послѣ взятія изъ клиники находилась втеченіе около мѣсяца, а потомъ быстро начала поправляться: прекратился жаръ, появился аппетитъ, стала сидѣть, а недѣли черезъ $1\frac{1}{2}$ начала ходить по комнатѣ.

Послѣ перенесенной болѣзни дѣвочка, по словамъ матери, стала „не нормальной“. Бываютъ моменты, когда она совершенно не понимаетъ, что ей говорятъ, „сколько съ ней ни бейся“. Иногда смотритъ „во всѣ глаза, не мигая, и ничего не говоритъ. Очень пуглива, внезапный стукъ вызываетъ у нея настолько продолжительный плачь, что „унять нельзя“.

Въ настоящее время дѣвочкѣ 6 лѣтъ. При объективномъ изслѣдованіи констатировано: питаніе хорошее, мышцы развиты удовлетворительно. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Сухожильные рефлексы живые. Со стороны зрѣнія и слуха расстройствъ не замѣтно. Ведетъ себя спокойно: вертится, изгибается, руки все время въ движеніи.

Въ умственномъ развитіи дѣвочка замѣтно отстала отъ своихъ сверстниковъ. Выраженіе лица тупое. Прежде, чѣмъ отвѣтить на заданный вопросъ, она начинаетъ смѣяться, смотритъ на мать; на большинство вопросовъ отвѣчаетъ: „не знаю“. Говоритъ вяло, медленно. Вниманіе ея постоянно отвлекается чѣмъ нибудь, и она быстро забываетъ, о чемъ ее спрашивали. Когда предлагаешь сосчитать пальцы, она перебираетъ ихъ своей рукой, но считать не можетъ; подсказываніе нисколько не помогаетъ ей въ этомъ.

Несомнѣнно, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ ослабленіе умственныхъ способностей, какъ послѣдствіе перенесеннаго эпидемическаго цереброспинальнаго менингита.

2-ой случай. Шура Б. 1¹/₂ лѣтъ, сынъ вучера, живетъ съ родителями на Подлужной ул. въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ. Заболѣлъ внезапно при явленіяхъ сильнаго жара, частой рвоты, безпокойнаго состоянія. 3-ій день запоръ.

Отнять отъ груди 3 мѣсяца тому назадъ. Съ 6-го мѣсяца начали прикармливать манной кашей, тюрькой, коровьимъ молокомъ. Ходить началъ X мѣсяцевъ. Полгода тому назадъ заболѣлъ скарлатиной. Лечили дома. Родители здоровы.

Принятъ въ Дѣтскую клинику 16-го сентября 1911 года на 3-ій день болѣзни.

При объективномъ изслѣдованіи найдено:

16/ix. Питаніе удовлетворительное, развитіе среднее. Костный скелетъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Лимфатическія железы не увеличены. Со стороны легкихъ и сердца перкуторныхъ и аускультаторныхъ измѣненій нѣтъ.

Животъ мягкій. Селезенка не увеличена. Печень по l. mamillaris выдается изъ подъ края реберъ на 2 пальца.

Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ; зѣвъ гиперемированъ нерѣзко. Наблюдается насморкъ и ларингическій кашель. Ребенокъ безпокоенъ, кричитъ. Моча бѣлка не содержитъ. T° до 40°.

18/ix. Появилось незначительное напряженіе шейныхъ мышцъ. Гиперэстезія кожи.

19/ix. При возникшемъ подозрѣніи на менингитъ, произведена люмбальная пункция. Выпущено 15 куб. сант. Жидкость вытекаетъ подъ большимъ давленіемъ, мутная. Въ осадкѣ цереброспинальной жидкости обнаруженъ при микроскопическомъ изслѣдованіи вынукриклѣточный диплококкъ, давшій въ культурахъ характерныя особенності менингококка.

Леченіе проводилось пункциями при внутреннемъ назначеніи уротропина.

Всего сдѣлано шесть пункций съ промежутками отъ 2-хъ до 12 дней.

Выпускалось заразъ отъ 15 до 25 куб. сант. цереброспинальной жидкости. Каждый разъ жидкость вытекала подъ большимъ давленіемъ. Каждая послѣдующая пункция давала болѣе прозрачную жидкость, но всегда съ содержаніемъ менингококковъ, преимущественно расположенныхъ вынукриклѣточно.

1-я пункция произведена 19/ix. Выпущено 15 куб. сант. жидкости.

Весь день послѣ пункции ребенокъ спокоенъ. Appetitъ хорошій.

На другой день 20/ix рѣзко выраженная ригидность затылка, ребенокъ кричитъ, при изслѣдованіи его отбивается руками и ногами. Appetitъ хорошій.

21/ix. 2-я пункция. Выпущено 20 куб. сант. жидкости. Послѣ пункции ребенокъ весь день спалъ.

Сонъ спокойный.

22/ix. Ночь провелъ спокойно. Послѣ 2-хъ часовъ дня снова беспокоенъ, кричитъ, раздражается, когда подходятъ къ нему.

23/ix—25/ix. Безъ перемѣнъ.

29/ix. 3-я пункция. Выпущено около 25 куб. сант.

Послѣ пункции ребенокъ снова спокоенъ. Спалъ 6 часовъ. Сонъ спокойный. Послѣ сна appetitъ хорошій. Контрактура затылка выражена на такъ рѣзко. Симптомъ Брудзинскаго получаетъ. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

30/ix. Состояніе удовлетворительное. Appetitъ хорошій.

1/x. Расширенные зрачки. Внутреннее восоглазіе. Взглядъ неподвижный, сильно выраженная контрактура затылка. Appetitъ плохой. Ребенокъ кричитъ. Пульсъ частый, слабый.

2/x. Безъ перемѣнъ.

3/x. Рвота, ничего не ѣстъ.

4/x. Рвота.

5/x. 4-я пункция. Выпущено 20 куб. сант. жидкости. Послѣ пункции спокойный сонъ. Послѣ сна appetitъ удовлетворительный. Пульсъ хорошій.

6/х. Аппетитъ хорошій. Состояніе удовлетворительное, въ вечеру ухудшилось. Ребенокъ кричитъ.

7/х. Зрачки расширены. На свѣтъ не реагируетъ. Клоническія судорги нижнихъ конечностей.

8/х. Состояніе безъ перемѣнъ.

При офтальмоскопированіи глазного дна, произведенной спеціалистомъ (д-ромъ А. І. Кулебякинымъ) обнаружены нерѣзко выраженные застойныя явленія соска въ томъ и другомъ глазу; артеріи сужены, вены расширены.

9/х. Рвота 1 разъ.

10/х. Рвота 2 раза. Офтальмоскопированіе дало тѣ же результаты. Зрачки на свѣтъ реагируютъ. Внутреннее косоглазіе ясно выражено.

11/х. Рвоты нѣтъ. Болѣе спокойное состояніе больного.

12/х. Снова тяжелое состояніе. Неподвижный взглядъ.

13/х—17/х. Безъ перемѣнъ; наблюдается хемосис роговицы.

18/х. 5-я пункция. Выпущено 25 куб. сант. жидкости. Послѣ пункции спокойный сонъ въ теченіе 2-хъ часовъ. Аппетитъ удовлетворительный.

19/х. Кричитъ. Аппетитъ плохой, Клоническія судорги верхнихъ и нижнихъ конечностей.

20/х. Stratus idem.

21/х. Судорогъ нѣтъ.

24/х. Рвота 1 разъ.

25/х. Рвоты нѣтъ. Судороги верхнихъ и нижнихъ конечностей.

26/х. Рвота 4 раза. Судорги.

27/х. Рвота 4 раза. Судорги.

28/х. Рвота 2 раза. Судорги.

29/х. 6-я пункция. Выпущено 20 куб. сант. жидкости. Ребенокъ спокоенъ. Судорогъ нѣтъ. Рвоты нѣтъ. Ригидность затылка менѣе выражена. Появился аппетитъ.

30/х. Судорогъ и рвоты нѣтъ. Аппетитъ удовлетворительный. Больной спокоенъ.

31/х. Взятъ изъ клиники родителями. Потеря въ вѣсѣ равна 3,327 грм., что составляетъ $\frac{1}{3}$ вѣса при поступленіи въ клинику.

Температура (кривая с) въ теченіе первыхъ 10 дней пребыванія въ клиникѣ даетъ рѣзкія колебанія. Суточные колебанія до 3°.

Максимумъ температуры наблюдается въ различные часы. Паденіе t° каждый разъ сопровождается потомъ. Съ 11-го дня t° принимаетъ характеръ волнообразный, или, какъ иначе называютъ, толчкообразный (Feeg). Люмбальныя пункции замѣтнаго вліянія на температуру не оказываютъ.

Черезъ 3 дня послѣ взятія изъ клиники больной умеръ.

3-й случай описанъ вначалѣ, какъ казуистическій.

Общее для всѣхъ трехъ случаевъ то, что они относятся къ дѣтямъ бѣдняковъ, живущихъ въ тѣсныхъ, темныхъ, грязныхъ и сырыхъ квартирахъ, на грязныхъ и низменныхъ улицахъ.

Въ спорадическихъ случаяхъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита установить связь между отдѣльными случаями обычно не удается. Küster, напримѣръ, описываетъ цѣлый рядъ спорадическихъ случаевъ, при которыхъ были найдены въ цереброспинальной жидкости менингококки, но установить связи между отдѣльными случаями ему не удалось.

Намъ также не удалось установить связь между всѣми тремя случаями, но между первымъ и третьимъ, она несомнѣнно существуетъ: во 1-хъ оба они наблюдались въ районѣ одной улицы (Дегтарной.). Во 2-хъ Зоя и Сережа родственники, квартиры ихъ родителей не задолго до заболѣванія Сережи скарлатиной были въ сосѣднихъ домахъ и дѣти большую часть дня проводили вмѣстѣ, посѣщая другъ друга въ квартирахъ ихъ родителей.

Въ 3-хъ, еще большимъ и несомнѣннымъ подтвержденіемъ существованія связи служить то, что Зоя до настоящаго времени, т. е. спустя болѣе 2-хъ лѣтъ послѣ выздоровленія, является носительницей менингококка, что установлено нами бактериологическимъ изслѣдованіемъ слизи зѣва и носа у Зои, произведеннымъ 16-го апрѣля с. г.

Необходимо допустить такое предположеніе, что менингококкъ задолго или незадолго до заболѣванія Сережи скарлатиной находился у него какъ сапрофитъ до тѣхъ поръ, пока не наступило заболѣваніе скарлатиной съ рѣзко выраженными воспалительными явленіями зѣва, вслѣдствіе чего вирулентность менингококка усилилась, онъ проникъ въ мозговую оболочку и вызвалъ ихъ воспаление.

Это предположеніе имѣетъ свое основаніе въ многочисленныхъ сообщеніяхъ различныхъ авторовъ (Schiff, Heubner, Councilmann, Malbury и Wrigth, Albrech, Ghon и др.), что менингококкъ встрѣчается въ носовыхъ полостяхъ совершенно здоровыхъ лицъ и что вовсе не рѣдкость, когда на одного больного насчитывается 60 здоровыхъ носителей менингококка (Wassermann und Leber), на основаніи чего Weichselbaum высказалъ предположеніе, что менингококкъ произрастаетъ въ носовой слизи сапрофитически, но при случайныхъ предрасполагающихъ условіяхъ, напр., охлажденіи, или катарральныхъ явленіяхъ со стороны носа вирулентность этихъ сапрофитовъ усиливается и они проникаютъ въ мозговую оболочку и вызываютъ менингитъ.

Носоглоточная область, какъ входныя ворота для менингококка, признаются почти всѣми авторами. Катарральное состояніе

этой области наблюдается въ громадномъ большинствѣ случаевъ, какъ одинъ изъ начальныхъ симптомовъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита. Westenhöffer при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ умершихъ отъ этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ находилъ воспаленіе задней-носоглоточной полости и сосѣднихъ частей, причемъ воспаленіе было выражено рѣзче у умершихъ вскорѣ послѣ заболѣванія. Отсюда онъ дѣлаетъ выводъ, что менингококкъ по расширеннымъ лимфатическимъ сосудамъ вмѣстѣ съ лейкоцитами, въ которыхъ онъ заключенъ, проникаетъ въ мелкіе кровеносные сосуды, находящіеся съ лимфатическими въ тѣсномъ соприкосновеніи, а отсюда въ мягкую мозговую оболочку.

Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, по утвержденію Westenhöffer'a, начинается съ основанія въ области hypophysis.

Относительно леченія эпидемическаго цереброспинальнаго менингита въ описанныхъ случаяхъ необходимо сказать, что въ 1-мъ случаѣ, вслѣдствіе противодѣйствія со стороны родителей больной, не было произведено люмбальной пункціи даже съ диагностической цѣлью, диагнозъ долгое время оставался невыясненнымъ, поставленъ онъ былъ на основаніи клинической картины и только спустя болѣе 2-хъ лѣтъ произведенное бактериологическое изслѣдованіе слизи зѣва и носа больной подтвердило этотъ диагнозъ. Больная получила исключительно antinervina.

Во 2-мъ случаѣ на выборъ лечебныхъ средствъ оказала вліяніе случайность. Диагнозъ былъ установленъ въ первые дни болѣзни, было намѣреніе провести сывороточное леченіе, но въ Казани нельзя было въ то время достать противоменингококковой сыворотки и леченіе проводилось люмбальными пункціями и назначеніемъ внутрь уротропина.

Въ послѣднемъ случаѣ была примѣнена противоменингококковая сыворотка Ruppel'я, приготовляемая фабрикой Meister Lucius und Brüning Hoechst am Main.

По вопросу о сывороточномъ леченіи эпидемическаго цереброспинальнаго менингита въ настоящее время имѣется довольно обширная литература, въ которой этотъ методъ леченія подвергается различной оцѣнкѣ.

Одни авторы совершенно отрицаютъ значеніе ея какъ лечебнаго средства (Matthes), другіе заявляютъ, что они не видѣли ухудшеній отъ примѣненія сыворотки, но не видѣли и значительныхъ улучшеній (Crosso).

Нѣкоторые, наблюдая хорошіе результаты послѣ выпрыскиванія сыворотки, приписываютъ ихъ не самой сывороткѣ, а связанному съ этимъ методомъ леченія выпусканію цереброспинальной жидкости (Mann).

Нѣкоторые отрицаютъ специфическое вліяніе на болѣзненный процессъ противоменингококковой сыворотки (Friesinger und Ma-

гге), объясняя дѣйствіе ея (по сравненію съ нормальной сывороткой) антипротеолитической ея силой. Другіе придаютъ ей такое же значеніе, какъ и всякой другой сывороткѣ простой лошадиной или противодифтерійной.

Встрѣчаются сообщенія и о томъ, что сыворотка одного приготовления оказываетъ благопріятное вліяніе на болѣзненный процессъ, сыворотка другого приготовления такого дѣйствія не оказываетъ (Merle, J. Comby).

Всѣ перечисленные сообщенія, однако, или малочисленны, или единичны, нѣкоторыя изъ этихъ сообщеній стоятъ въ противорѣчій съ болѣе многочисленными аналогичными наблюденіями другихъ изслѣдователей.

Большинство авторовъ даетъ въ высшей степени благопріятныя отзывы о лечебномъ дѣйствіи специфической сыворотки (Flexner, Dopfer, Wassermann und Leber, Baecher, Orth, Debré, Latéines, Waillard, Smidt, Schepelmann, Fischer и др.).

Одни изъ авторовъ, признавая значеніе для терапіи только специфической противоменингококковой сыворотки, отрицаютъ ко-свенное вліяніе всякой другой сыворотки; на примѣръ, обыкновенной лошадиной, благопріятное дѣйствіе которой на организмъ больного все-таки самое большее, по ихъ мнѣнію, можетъ быть, объяснено усиленіемъ лейкоцитоза (Baecher).

Относительно способа дѣйствія специфической сыворотки противъ менингококковой инфекціи во взглядахъ авторовъ нѣтъ полного согласія. Одни (Kolle и Wassermann) на первый планъ выставляютъ бактерицидные свойства сыворотки, другіе (Kraus и Doerg) ея антитоксическія свойства и третьи (Neufeld) бактериотропныя.

Самый принципъ приготовления сыворотки состоитъ въ томъ, что для полученія антиинфекціонныхъ свойствъ животное (лошадь) иммунизируютъ, вводя подкожно вначалѣ убитыя нагрѣваніемъ до 60°С культуры менингококка въ видѣ эмульсіи въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, постепенно повышая дозы, затѣмъ живыя; далѣе замѣняютъ подкожныя впрыскиванія интравенозными въ томъ же порядкѣ.

Для полученія поливалентной сыворотки пользуются культурами различныхъ породъ менингококка.

Для полученія антитоксическихъ (антиэндогенныхъ) свойствъ пользуются вытяжками изъ культуръ. Смертельная доза вытяжки передъ началомъ иммунизации опредѣляется на морскихъ свинкахъ, всѣмъ въ 150,0. Иммунизацию лошади начинаютъ съ впрыскиванія 10 смертельныхъ для морской свинки дозъ вначалѣ подкожно, потомъ внутривенно (Wassermann und Leber).

Большимъ тормазомъ при приготовленіи противоменингокок-

ковой сыворотки служить быстрое пониженіе вирулентности менингококка въ культурахъ.

Опредѣленіе достоинства полученной сыворотки встрѣчаютъ также большія препятствія, потому что нѣтъ метода, который былъ бы для этого пригоденъ.

Методъ провѣрки на лабораторныхъ животныхъ оказывается непригоднымъ, потому что съ одной стороны лабораторныя животныя неодинаково воспріимчивы къ менингококковой инфекціи, съ другой—различныя колоніи менингококка не представляютъ постоянной величины въ отношеніи ихъ вирулентности.

Kolle и Wassermann пользуются для опредѣленія достоинства сыворотки реакціей отклоненія комплемента, но работы другихъ авторовъ показываютъ, что эта реакція не идетъ параллельно съ содержаніемъ въ сывороткѣ бактериотропныхъ (Neufeld), агглютинирующихъ (Neufeld, Krumbein und Schatloff) и антитоксическихъ (Krumbein und Diehle) свойствъ.

На этомъ же основаніи опредѣленіе достоинства сыворотки по реакціи агглютинаціи не можетъ считаться достаточнымъ.

Вообще всѣ методы, примѣнявшіеся съ этой цѣлью имѣютъ значеніе лишь приблизительное, съ чѣмъ необходимо считаться при терапевтическомъ примѣненіи сыворотки.

Имѣющіяся въ литературѣ свѣдѣнія о терапевтическомъ примѣненіи сыворотки указываютъ во 1-хъ на то, что она совершенно безвредна, т. е. не вызываетъ разстройствъ въ организмѣ больного, если не считать сывороточныхъ явленій, которыя наблюдались какъ при подкожномъ, такъ и при интрадуральномъ введеніи противоменингококковой сыворотки (Netter et Debré).

Во 2-хъ, сыворотка понижаетъ $\%$ смертности.

Процентъ смертности при эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ въ различныя эпидеміи различенъ, колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ. Средняя цифра равна приблизительно 60%. Въ Россіи во время эпидеміи 190⁵/₆ года проф. Н. Я. Чистовичемъ вычисленъ $\%$ смертности равнымъ 56,5.

При примѣненіи сыворотки $\%$ смертности значительно палъ.

Wassermann und Leber сообщаютъ, напр., что смертность въ Рейнской провинціи, доходившая безъ специфическаго леченія до 78%—80%, пала до 12%—15% при примѣненіи большихъ дозъ специфической сыворотки.

Fischer сообщаетъ, что примѣненіе Flexner'овской сыворотки въ Нью-Йоркѣ понизило $\%$ смертности съ 64—80% до 20—25%;

Во 3-хъ, сыворотка сокращаетъ продолжительность болѣзни.

По продолжительности болѣзни эпидемическій цереброспинальный менингитъ дѣлать на 3 формы: *)

а) молниеносная или злокачественная, при которой смерть наступаетъ въ 1-я же сутки, рѣже на 2-я.

б) обыкновенная, острая или подострая форма; болѣзнь въ острой формѣ продолжается отъ 1—3 недѣль, въ подострой—отъ 3—6 недѣль.

в) затяжная—отъ 1½ до 6 мѣсяцевъ. Необходимо отмѣтить, что форма заболѣванія не даетъ надежныхъ признаковъ въ смыслѣ предсказанія: и случай, начавшійся тяжелыми явлениями, можетъ кончиться выздоровленіемъ и случай, начавшійся легкими явлениями можетъ кончиться смертью (Брейтманъ). По Dopter'у сыворотка сокращала продолжительность болѣзни до 8—12 дней.

Въ 4-хъ, сыворотка уменьшаетъ тяжелыя осложненія.

Среди осложненій какъ самыя тяжелыя и неизлечимыя отмѣчаются—потеря зрѣнія и слуха. Если потеря слуха развилась у ребенка, не научившагося говорить, то послѣдствіемъ этого будетъ глухонѣмота.

Изъ другихъ осложненій наблюдаются: слабоуміе, душевныя болѣзни, падучая, потеря рѣчи, стойкіе параличи.

°/о осложненій у выздоровѣвшихъ опредѣляется различно. По однимъ авторамъ онъ равенъ 30°/о и менѣе, по другимъ составляетъ 100°/о.

По статистическимъ даннымъ Dopter'a °/о осложненій при примѣненіи сыворотки палъ до 6,2—7,5°/о съ 23°/о наблюдавшихся ранѣе. То же паденіе °/о осложненій отмѣчаютъ и другіе авторы (Netter, Flexner).

Какъ необходимое условіе дѣйствія сыворотки большинствомъ авторовъ указывается ея интрадуральное или интравенозное примѣненіе. Превосходство интрадурального впрыскиванія объясняютъ тѣмъ, что наряду съ общимъ дѣйствіемъ происходитъ при этомъ ближайшее мѣстное дѣйствіе на возбудителя болѣзни.

Статистическая таблица Dopter'a, составленная по наблюденіямъ различныхъ авторовъ, указываетъ, что подкожное примѣненіе сыворотки нисколько не вліяетъ на °/о смертности.

*) Абортивная и амбулаторная форма не упоминаются здѣсь, какъ нетипичныя.

ТАБЛИЦА Dopter'a

Смертность по	безъ сывороточ. леченія.	при подкожн. примѣнен. сывор.
Schulz	53,7 ⁰ / ₀	56,3 ⁰ / ₀
Tobben	56,7 ⁰ / ₀	54,5 ⁰ / ₀
Huber	—	55,9 ⁰ / ₀
Ch. Müller	73,3 ⁰ / ₀	78,0 ⁰ / ₀
G. Robb	72,3 ⁰ / ₀	74,0 ⁰ / ₀
Currie	70,1 ⁰ / ₀	64,7 ⁰ / ₀

Первоначальные не особенно поощрительнаго свойства результаты, полученные съ сывороткой при подкожномъ ея примѣненіи, сторонники сывороточнаго леченія объясняютъ именно подкожнымъ ея примѣненіемъ (Wassermann und Leber).

2-ое условіе—необходимо возможно раннее примѣненіе сыворотки.

Изъ собраннаго Dopter'омъ статистическаго матеріала видно, что при примѣненіи сыворотки въ первые 3 дня смертность наблюдалась=7,14—14,9⁰/₀ отъ 4—7 дней=11,1—22⁰/₀ и послѣ 1-ой недѣли=23,5—36,4⁰/₀.

3-е условіе: сыворотку слѣдуетъ примѣнять повторно.

Обязательное явленіе, наблюдаемое всѣми, примѣнявшими сыворотку, состоитъ въ томъ, что наступившее послѣ впрыскиванія сыворотки улучшеніе непостоянно, черезъ нѣсколько дней оно смѣняется ухудшеніемъ, которое исчезаетъ послѣ 2-го впрыскиванія и вновь наступаетъ и т. д., а потому впрыскиванія сыворотки необходимо производить до тѣхъ поръ, пока не получится стойкое улучшеніе.

Руководясь этими данными, послѣ точнаго установленія діагноза, мы и примѣнили въ нашемъ послѣднемъ случаѣ противоменингококковую сыворотку, причемъ считаемъ необходимымъ упомянуть, что одновременно съ этимъ больной получалъ иротгорин.

Впрыскиванія сыворотки производились въ позвоночный каналъ послѣ выпусканія соответствующаго количества цереброспинальной жидкости въ сидячемъ положеніи ребенка. Игла вводилась между 3 и 4 поясничными позвонками. Сыворотка передъ впрыскиваніемъ нагревалась по 37—40°С.

1-ое впрыскиваніе произведено 9/ш, на 12-ый день болѣзни. Выпущено 30 куб. сант. цереброспинальной жидкости. Введено 22 куб. сант. противоменингококковой сыворотки.

Черезъ 10 минутъ послѣ впрыскиванія ребенокъ жалуется на сильную головную боль, кричитъ. Черезъ 20 минутъ боль утихаетъ.

Ребенокъ спокоенъ. T° съ $39,7^{\circ}$ (кривая „а“) въ 1-мя полчаса пала на 1° , а черезъ 4 часа была $35,9^{\circ}$. Паденіе t° сопровождалось обильнымъ потомъ. Состояніе ребенка улучшилось настолько, что онъ началъ обращать вниманіе на игрушки, охотно разговаривалъ со всѣми, аппетитъ улучшился настолько, что онъ съ удовольствіемъ съѣлъ супъ и манную кашу и просилъ еще висела. Словомъ, ребенокъ сдѣлался неузнаваемъ.

Ригидность затылка безъ измѣненій. Симптомъ Кернига получается.

10/ш. Ночь провелъ спокойно. Самочувствіе удовлетворительное. Аппетитъ тоже удовлетворительный. На боли не жалуется.

11/ш. При разспросахъ жалуется на головную боль. Однако, интенсивность боли менѣе значительна, чѣмъ ранѣе. Это боль не вызываетъ крика. Аппетитъ удовлетворительный. Сонъ спокойный.

12/ш. Головной боли нѣтъ. Жалуется на боль въ животѣ.

13/ш. Жалобъ на боли нѣтъ. Контрактура затылка менѣе значительна. Можетъ самъ производить движеніе головой.

14/ш. Безъ перемѣнъ.

15/ш. Ночью былъ бредъ. Сонъ безпокойный. Контрактура затылка выражена рѣзко. Больной кричитъ, жалуется на головную боль. Аппетитъ отсутствуетъ. 2 раза была рвота. Симптомъ Кернига на лицо.

Ислѣдованіе крови обнаружило лейкоцитозъ умѣренный. Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ найдено 18000 въ 1 куб. милл. Температура, начиная съ 1-го дня вырсыкиванія, принимаетъ характеръ ремиттирующій; паденіе t° каждый разъ сопровождается потомъ. Наблюдаются значительныя суточные колебанія t° .

Вѣсъ тѣла съ 9—14 марта постоянный.

Въ виду наступившаго рѣзкаго ухудшенія въ состояніи больного. 16/ш произведено 2-ое вырсыкиваніе.

Послѣ предварительнаго выпускаванія 35 куб. сант. cerebrospinalной жидкости введено 30 куб. сант. сыворотки.

Сильная головная боль и крикъ тотчасъ послѣ вырсыкиванія. Черезъ 15 минутъ боль утихла, ребенокъ уснулъ. Спалъ 3 часа. Сонъ спокойный. Послѣ сна самочувствіе хорошее. Аппетитъ удовлетворительный. Температура въ теченіе первыхъ 6-ти часовъ повышается съ $37,8^{\circ}$ до $38,7^{\circ}$, затѣмъ при обильной потѣ падаетъ до $36,2^{\circ}$ и въ послѣдующіе 3 дня держится на не высокихъ цифрахъ. Максимумъ ея въ эти дни $37,4^{\circ}$.

17/ш. Самочувствіе хорошее. Аппетитъ удовлетворительный. Жалобъ на боли нѣтъ. Контрактура затылка выражена не рѣзко. Больной самъ можетъ сгибать голову. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

18/III и 19/III. Самочувствіе хорошее. Никакихъ жалобъ.

Исслѣдованіе глазного дна, произведенное Д-ромъ А. І. Кулебякинымъ, обнаружилъ: контуры сосца зрительнаго нерва ясны. Сосокъ розоватаго цвѣта. Вены значительно наполнены.

Исслѣдованіе крови дало слѣдующія цифры:

Нв	85% ₀ .
Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ	
въ 1 куб. миллим.	4,200.000
Бѣлыхъ кровян. тѣлецъ	22.850
Изъ нихъ	
полинуклеаровъ	86,6% ₀
(въ томъ числѣ	
эозинофиловъ	1,2% ₀)
Мононуклеаровъ	13,4% ₀
(въ томъ числѣ	
лимфоцитовъ	7,8% ₀)

20/III. Вечеромъ жалобы на головную боль, которую больной переноситъ безъ крика. t^0 повысилась до 39^0C . Наблюдается сухой кашель и насморкъ. Въ легкихъ жесткое дыханіе и сухіе хрипы. Пульсъ слабый, аритмичный.

21/III. Пульсъ аритмичный, частый и малый. Рѣзкое колебаніе t^0 (на 3^0C). При паденіи t^0 обильный потъ. Контрактура затылка не значительная. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

22/III. Кашель сильнѣе. Въ остальномъ безъ перемѣнъ.

23/III. Status idem.

24/III. Status idem. Больной взятъ изъ клиники родителями, опасавшимися, что онъ умретъ.

Наступившія осложненія ввидѣ катарральныхъ явленій со стороны дыхательныхъ путей несомнѣнно происхожденія инфекціоннаго, а потому оказали вліяніе на t^0 , пульсъ и состояніе больного. Появленіе этого осложненія мы слонны объяснить присоединеніемъ гриппа, которымъ около этого времени заболѣло въ клиникѣ нѣсколько дѣтей.

Несмотря на тяжелое состояніе больного, у него не было тѣхъ рѣзкихъ менингеальныхъ явленій, которыя наблюдались при ухудшеніи, бывшемъ на 7-ой день послѣ 1-го выпрыскиванія. Не было сильной головной боли, не было рвоты, не было усиленія ригидности шейныхъ мышцъ, а напротивъ наблюдалось нѣкоторое уменьшеніе ея.

Черезъ 3 дня послѣ взятія изъ клиники t^0 у болного окончательно пала, контрактура затылка исчезла совершенно, черезъ 2 дня послѣ этого онъ началъ сидѣть, а еще 2 недѣли спустя онъ

пѣшкомъ пришелъ въ амбулаторію Дѣтской клиники, причемъ какъ единственное осложненіе перенесенной болѣзни у него наблюдалась гиперэкстензія въ колѣнномъ суставѣ лѣвой ноги съ пониженіемъ электровозбудимости мышцъ голени и бедра лѣвой ноги на фарадической и гальванической токѣ и съ повышеніемъ колѣннаго рефлекса на той же ногѣ.

У насъ нѣтъ достаточныхъ данныхъ, чтобы приписать выздоровленіе въ данномъ случаѣ примѣненію специфической сыворотки, но благотворное вліяніе сыворотки не подлежитъ сомнѣнію.

Если сравнить между собою вліяніе люмбальныхъ пункций и тѣхъ же пункций съ введеніемъ противоменингококковой сыворотки въ указанныхъ нами случаяхъ, то замѣтимъ, что какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, наступало улучшеніе. Но въ 1-мъ случаѣ улучшеніе не было такъ рѣзко замѣтно и не было такъ продолжительно, какъ во 2-мъ.

Несомнѣнно, что выпусканіе цереброспинальной жидкости дѣйствуетъ благотворно путемъ уменьшенія давленія на мозгъ, но какъ только жидкость снова накопится, улучшеніе исчезаетъ и болѣзненный процессъ идетъ впередъ, прибавляются все новые и новые симптомы. При примѣненіи же сыворотки, несмотря на наступавшія ухудшенія, мы не видали этого нарастанія симптомовъ: не было измѣненій со стороны глазъ, не было судорогъ. Если сравнить паденіе вѣса тѣла въ томъ и другомъ случаѣ, получится колоссальная разница. При леченіи пункциями вѣсъ тѣла неудержимо падалъ, при сыворотомъ леченіи между 1-мъ и 2-мъ выпрыскиваніемъ онъ оставался постояннымъ.

Излишне, конечно, говорить, какъ велико значеніе сохраненія вѣса тѣла (питанія) при леченіи эпидемического цереброспинальнаго менингита, при которомъ большинство больныхъ умираетъ отъ истощенія.

На основаніи наблюдаемыхъ нами явленій при сывороточномъ леченіи мы можемъ сказать, что сыворотка улучшаетъ состояніе больныхъ, уменьшая болѣзненные симптомы.

Сократила ли сыворотка въ данномъ случаѣ продолжительность болѣзни?

Полагаемъ, что да. Къ какой бы формѣ ни отнести болѣзнь въ данномъ случаѣ: къ затяжной или обыкновенной подострой, выздоровленіе черезъ 2 недѣли отъ начала выпрыскиваній можно считать быстрымъ.

Оказала ли сыворотка вліяніе на осложненія?

Наблюдавшіяся у нашего больного: гиперэкстензія колѣннаго сустава и пониженіе электровозбудимости мышцъ должно считать осложненіемъ эпидемического цереброспинальнаго менингита. Но сказать на основаніи этого, что сыворотка не вліяетъ на осложненія,

нельзя. Необходимо считаться съ тѣмъ, что 1-ое впрыскиваніе сыворотки было произведено на 12-й день заболѣванія, а потому вполне допустимо предположеніе, что осложненія появились вслѣдствіе позднаго примѣненія сыворотки.

Благотворное вліяніе сыворотки въ данномъ случаѣ становится еще болѣе очевиднымъ, если принять во вниманіе, что мы имѣли больного ослабленнаго предшествующей скарлатиной съ ея тяжелыми осложненіями.

Полученные результаты по нашему мнѣнію вполне достаточны для того, чтобы высказаться за цѣлесообразность специфическаго сывороточнаго леченія эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, которое слѣдуетъ примѣнять немедленно послѣ установленія діагноза.

Послѣдній съ несомнѣнностью устанавливается люмбальной пункцией и бактериологическимъ изслѣдованіемъ цереброспинальной жидкости.

Изъ клиническихъ же симптомовъ большинство является общими какъ для эпидемическаго, такъ и для менингита другого происхожденія.

Съ большимъ вѣроятіемъ за эпидемическій цереброспинальный менингитъ, какъ указываютъ нѣкоторые авторы (Feeg и др.) и какъ можно судить по описаннымъ случаямъ, говорить при наличности общихъ менингеальныхъ явленій:

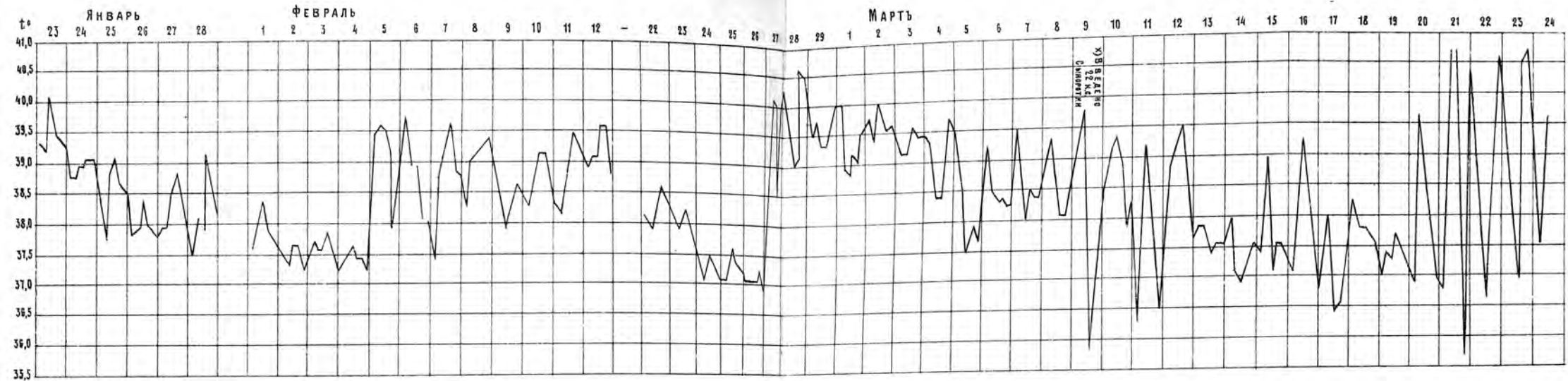
- 1) внезапное начало болѣзни при высокой t° ,
- 2) скорѣ наступающія очень рѣзкія колебанія t° (до 3°) и обильный потъ при паденіи t° ,
- 3) въ высшей степени сильная раздражимость больныхъ,
- 4) гиперѣстезія,
- 5) катарральныя явленія со стороны зѣва въ началѣ болѣзни.
- 6) Пузырчатая сыпь на кожѣ.
- 7) Опуханіе суставовъ.

Приношу глубокую благодарность многоуважаемому профессору Виктору Константиновичу Меньшикову за руководительство, разъясненія и совѣты при производствѣ наблюденій и изслѣдованій и многоуважаемымъ товарищамъ по клиникѣ за ихъ помощь при этомъ.

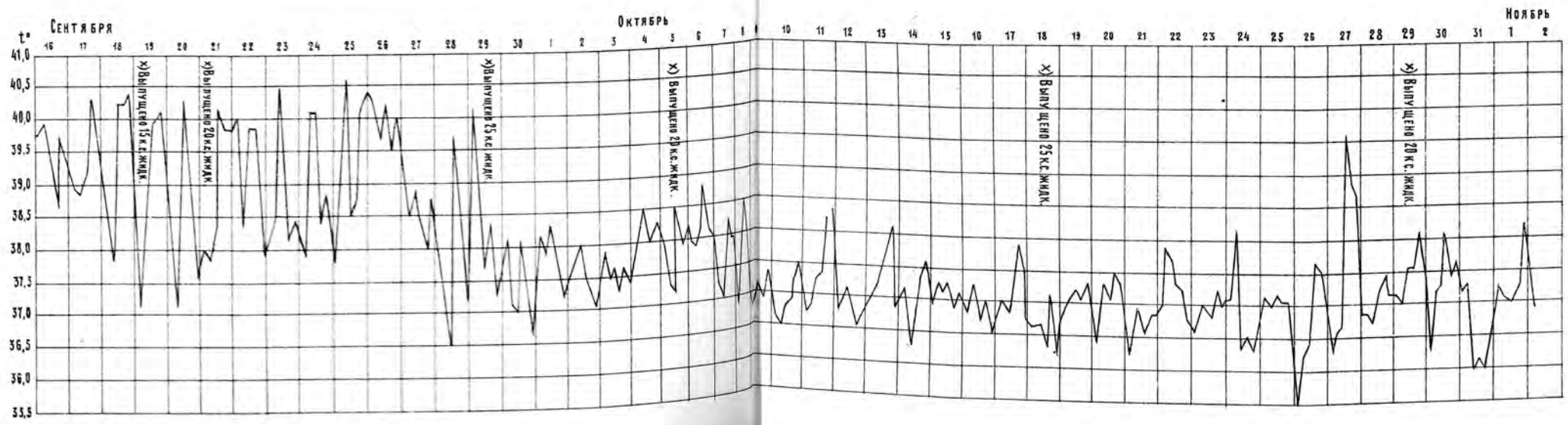
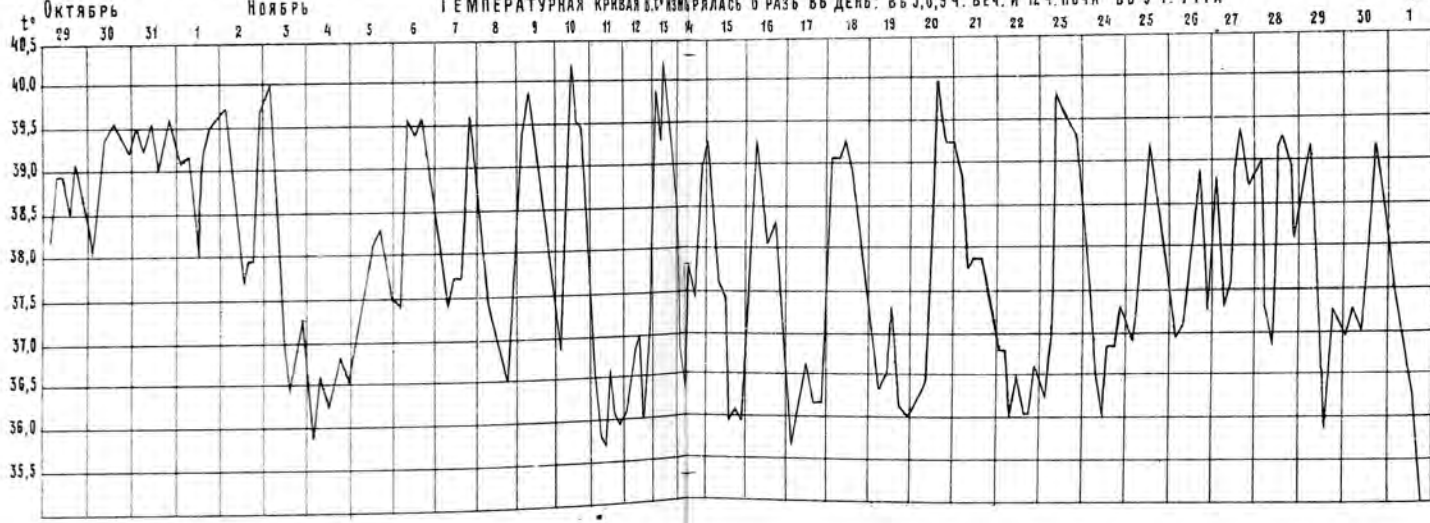
Л и т е р а т у р а.

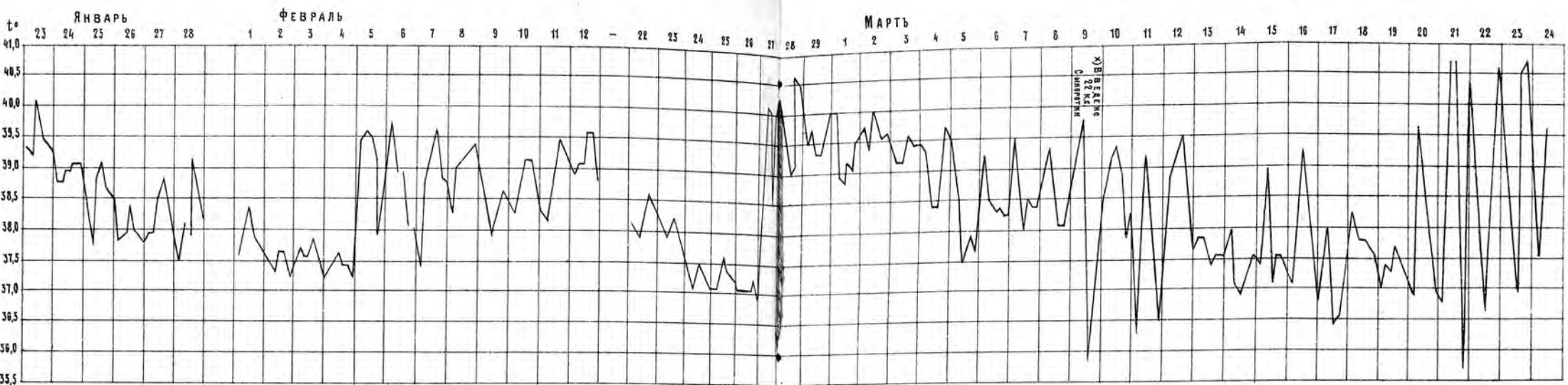
- Baecher.* Meningokokkenserum. Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. 1910.
- H. Sachs.* Meningismus bei Scharlach. Jahrb. für Kinderheilk. Bd 23.
- R. Benard.* Die Meningen beim Scharlach (Revue de medec 1909) Реф. Arch. f. Kinderheilkunde Bd 54.
- Hutinel.* Uraemische und scarlatinöse Meningitis (La pathol. infant. VI. 8) Реф. Arch. f. Kinderheilk. Bd 54.
- Brem and Zeiler.* Two cases of Influenzal meningitis patients treated with Hexamethylenamin (Amerik Journ. of diseases of children 1911).
- J. Mya.* Ein neuer Fall von Meningitis cerebrospinalis durch Infection mit dem Influenzabacill. Rivista di clinica Pediatr 1903. (Реф. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54.
- Zamboni.* Sulla meningite cerebrospinale de bacillo di Pfeiffer. Rivista di Clinica pediatr. 1911.
- Davis.* Influenzalmeningitis With especial reference to its pathology and bacteriology. Amer. Journ. of diseases of children 1911.
- David und Speik.* Meningitis typhosa. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1911.
- Cl. Inclin.* Paratyphöse Meningitis. Prensa medica de la Habana 1910.
- Josselin de Jong.* Ein Fall von Meningitis gonorrhoeica. Centralblatt für Bacteriologie, 1907.
- Küster.* Münch. med. Wochenschrift 1906.
- Langer.* Jahrb. f. Kinderheilk. Bd 53.
- Crocco.* Sopra dieci casi di meningite cerebrospinale epidemica. Gazzdegli ospedali 1909.
- Ghon.* Meningokokken und verwandte Bacterien. Wiener klin. Wochenschr. 1907.
- Wassermann und Leber.* Серотерапія эндемическаго менингита Соврем. клиника и терапія. 1910.
- Weichselbaum.* Über die Aethiologie der acuten Meningitis cerebrospinalis. Fortschr. d. Med. 1887. V.
- Westenhöffer.* Pathologische Anatomie und Infectionsweg bei der Genickstarre. Berl. Wochenschr. 1905.
- Nicolaier.* Experimentelles und Klinisches über Urotropin. Zeitschr. f. Klinisch. Medic. 1899.
- Weinrich.* Beitrag zur Kenntniss der Urotropinsecretion und Resorption im Liguor cerebrospinalis u. s. w. Monatschr. f. Kinderh. 1912. XI.
- Matthes.* Medicinisch. Klinik. 1908.
- Friesinger und Marie.* Le ferment poteolytique etc. Compt. rendde la societ. de Biol. 1909.
- H. Koplík.* Die Serumtherapie der cerbrospinalmeningitis n. s. w. (Medical Record 1908) Реф. Arch. f. kinderkeilk. Bd 54.

- Fischer.* Klinische Beobachtungen über Meningitis cerebrospinalis und die Resultate der Behandlung mit *Fleaxner*-serum in New York. Arch. f. Kinderheilkunde Bd 52.
- J. Comby.* Meningite cérébrospinale épidémique. Arch. de medec. des enfants 1910. Bd XIII.
- E. Merle.* Sur deux cas de meningite cerebrospinale. Arch. de medec. des enfants. 1910. Bd XIII.
- Fleaxner.* Concerning a serum Therapy for experimental infectio with diplococcus intracellularis. The Journ. of experim. med. 1907.
- Dopter.* Actio antiendotoxique du serum antimeningococcique etc. Compt. rend de la Soc. de Biol. 1909.
- Orth.* Beitrag Zur Serumtherapie der Meningit. Cereprosp. epidemic Münch. med. Wochenschr. 1908.
- Debré.* Le principaux Caradères clinque de la mening. cerebrosp. Presse med. 1909.
- Lateiner.* O leczeniu nadmiedno Zapolaniu opon mozgowo-rdzeniowych. Za pomoca surowicu swoistej. Tigodn. Lek 1910.
- Waillard.* Sur l'emploi de la serotherapie dans le traitement de la meningite cérébrospinale. Arch. de Med. et de Phartacie 1909.
- Smidt.* Ein mit Serum behandelter Fall von Genickstarre. Deutsch. Militärärztl. Zeitschr. 1907.
- Schepelmann.* Genickstarre und Heilserum. Wilner klinische Wochenschi. 1911.
- Kolle und Wossermann.* Versuche zur Gewinnung und Werbestimmung eines Meningokokken—serums. Deutsch. med. Wochenschr. 1906.
- Netter et Debré.* Les eruptions serique après injections intrarachidiennes de serum antimeningosoccique. C. R. de lu soc. de Biol. t. LXVI—LXVII
- Kraus und Doerr.* Ueber Meningokokkengifte und Gegengifte. Wien. klin. Wochenschr 1908.
- Neufeld.* Ueber die Wrkungsweise und die Wertbestimmung des Genickstarreserums. Med. Klinic 1908.
- Krumbein und Schatiloff.* Untersuchungen über das Meningokokkenserum. Deutsch. med. Wochenschr. 1908.
- Baecher und Hachla.* Nur Kritik der Prüfungsmethoden dis Meningokokkenserums. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 1910. Bd. V
- Krumbein und Dichl.* Neue Untersuchungen zur Wertbestimmung des Meningococcenserums. Arb. aus dem Institut. zur Erforsch. der Infectionskrankh. in Bern. 1908 Bd. II.
- Mann.* Klinische Beobachtungen bei Genickstarre. Munch. med. Wochenschr. 1911 № 36.
- Feer.* Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1911.
- Гавенъ-Горня.* Примѣненіе поясничнаго прокола при энид. цереброспин. менин. Русск. Врачъ. 1906.
- Проф. Черновъ.* Врачебн. Газ. 1906.
- Брейтманъ.* эпидемич. переброспинальный менингитъ. Прил. къ Врач. Газ. 1905.



(23/1 в 10 ч. у.) 1 г. Б. Шура 5½ СЕРЕЖА Зоя И. 2 л. ть И. м. б. Scarlatina Meningitis cerebrospinalis epidemica





(23/г в 10 ч.у.) 1 г. Б. Шура 5½ СЕРЕЖА Зоя И. 2 лть 11 мвс. Scarlatina Meningitis cerebrospinalis epidemica

Октябрь Ноябрь Декабрь

29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1

ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ В.т. изменялась 6 разъ в день: въ 3,6,9 ч. ввч. и 12 ч. ночи въ 9 ч. утра

