

11/281
1275
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1894—95 учебномъ году.

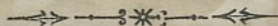
№ 120. ✓

КЪ ЭТИОЛОГІИ
И
КЛИНИЧЕСКОЙ БАКТЕРІОЛОГІИ КОРИ
И ЕЯ ОСЛОЖНЕНІЙ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
лекаря В. М. ВАРШАВСКАГО.

Изъ клинико-бактеріологической лабораторіи проф. М. И. Аванасьева при Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи Академіи, были профессора: Н. И. Быстровъ, В. Н. Сиротининъ и приватъ-доцентъ Академіи клинической профессоръ М. И. Аванасьевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Центральная типо-литографія М. Я. Минкова, Лиговская 35.

1895.

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1894—95 учебномъ году.

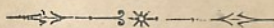
№ 120.

КЪ ЭТИОЛОГИИ
И
КЛИНИЧЕСКОЙ БАКТЕРІОЛОГИИ КОРИ
И ЕЯ ОСЛОЖНЕНІЙ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
лекаря В. М. ВАРШАВСКАГО.

Изъ клинико-бактеріологической лабораторіи проф. М. И. Аванасьева при Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи Академіи, были профессора: Н. И. Быстровъ, В. Н. Сиротининъ и приватъ-доцентъ Академіи клинической профессоръ М. И. Аванасьевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Центральная типо-литографія М. Я. Минкова, Лиговская 35.

1895.

81264

Введенъ въ 1970 г.

Введенъ въ 1985 г.

616.0

616.053.2

1378

19018

Докторскую диссертацию лекаря В. М. Варшавскаго подъ заглавіемъ „*Къ этиологии и клинической бактериологии кори и ея осложненій*“ печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы, по напечатаніи ея, 125 экземпляровъ было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи, а остальные 375 экземпляровъ въ Академическую Библиотеку. С.-Петербургъ, апрѣля 29 дня 1895 года.

Ученый Секретарь профессоръ А. Діакинъ

Императорская Военно-Медицинская Академія

Секретарь

ГЛАВА I.

Историческій очеркъ.

Корь, наравнѣ съ нѣкоторыми инфекціонными болѣзнями, какъ напр. дифтеритомъ, скарлатиной и другими, присущими главнымъ образомъ дѣтскому возрасту, считается болѣзью контагіозною, заразительною. Корь была извѣстна еще въ древней медицинѣ; такъ, по мнѣнію Hirsch'a, арабскій врачъ Rhazes въ IX вѣкѣ подробно описалъ ее подъ названіемъ Hashbah. По Fuchs'у ¹⁾, болѣе точныя свѣдѣнія о кори и коревыхъ эпидеміяхъ даютъ намъ Forest (1563 г.), Lange (1565 г.) Ballanius (1574), Schenk (1600), Morton, и Sydenham (1670—1674 г.). Послѣдній авторъ, описаніе эпидемій котораго вообще составило реформу въ ученіи объ острыхъ сыпяхъ, вполне отчетливо выдѣлилъ корь отъ другихъ остролихорадочныхъ болѣзней. Не смотря, однако, на это, корь еще вплоть до второй половины XVIII-го столѣтія смѣшивалась съ другими формами сыпныхъ болѣзней, главнымъ образомъ со скарлатиной. Со второй половины XVIII-го столѣтія на корь смотрѣли уже, какъ на самостоятельную и притомъ контагіозную болѣзнь. Ея специфичность была доказана впервые Номе ²⁾ въ 1758 году успѣшными прививками коревой крови. Этотъ авторъ клалъ на кожные разрѣзы здоровыхъ людей тряпочки, смоченныя кровью коревыхъ больныхъ и вызывалъ этимъ корь. Въ виду того, что вызванная этимъ путемъ корь обыкновенно протекала болѣе слабо, нежели бывшая въ то время злокачественная эпидемія, нашлись многіе послѣдователи прививокъ кори.

Такъ, въ 1822 году Speganza ³⁾ привилъ корь самому себѣ и другимъ. Въ 1842 году Katona ⁴⁾ привилъ корь 1122 лицамъ, и только семи изъ нихъ съ отрицательными результатами. Случаи съ прививкой у Katona протекали слѣдующимъ

образомъ: прививка производилась иногда смѣсью крови съ содержимымъ пузырьковъ сыпи, иногда слезной жидкостью. На мѣстѣ укола образовывался красный вѣнчикъ, мало помалу исчезающій и дѣлавшійся незамѣтнымъ; между тѣмъ на 7-й день появлялась лихорадка, а затѣмъ обнаруживался продромальный періодъ кори, который наступалъ на девятый или десятый день послѣ прививки. На четырнадцатый день послѣ прививки исчезала большею частью лихорадка, а на семнадцатый день привитые были вполне здоровы.

Многими другими авторами также предпринималась прививка кори, причемъ для прививки они брали кровь, либо содержимое пузырьковъ сыпи, либо слезную жидкость или слюну дѣтей, страдавшихъ корью. Такъ, въ 1854 году *Vigolini* ⁵⁾ предпринялъ въ Италіи нѣкій рядъ опытовъ съ прививкою кори и получилъ положительные результаты. Опыты его были провѣрены его соотечественниками и также съ положительными результатами, таковы опыты *Locatelli*, *Horst'a*, *Rossi* и другихъ.

На ряду, однако, съ этими положительными результатами у нѣкоторыхъ авторовъ получались и отрицательные. Такъ, *Thommen* ⁵⁾ въ 1816 году производилъ прививки кори, но безъ всякихъ положительныхъ результатовъ. Къ такому-же отрицательному результату пришли нѣкоторые врачи Филадельфіи, прививая въ 1801 году съ коревыхъ больныхъ кровь, слезную жидкость и слюну. Нѣкоторые, какъ напр. *Albers*, объясняли успѣшность прививокъ кори, произведенныхъ *Home* 'омъ тѣмъ, что имъ производились опыты въ госпиталѣ, гдѣ постоянно находились коревые больные и гдѣ, слѣдовательно, зараженіе могло произойти и другимъ путемъ.

Кромѣ положительныхъ результатовъ, полученныхъ многими авторами при прививаніи кори и доказывающихъ, слѣдовательно, ея контагіозность, эта послѣдняя доказывается еще и сильною заразительностью ея. Всѣмъ хорошо извѣстно, какъ корь легко передается отъ больного ребенка здоровому. *Ranum* ⁶⁾ въ своей статьѣ: „*Beobachtungen über das Masern-contagium*“, касаясь вопроса „считать-ли корь болѣзнью контагіозною или-же мiasmатическою“, склоняется въ пользу перваго на основаніи того, что во всѣхъ его случаяхъ онъ могъ доказать, что зараженіе происходило отъ человѣка къ чело-

вѣку, отъ одной деревни къ другой, причемъ зараженіе это вызывалось либо общеніемъ съ больнымъ, либо путемъ инфицированнаго платья и т. д. На основаніи своихъ наблюденій, что зараженіе корью, собственно появленіе сыпи у заражающагося, происходитъ ровно черезъ 13 или 14 дней послѣ того, какъ появилась сыпь у заражающаго, Рапун приходитъ къ заключенію, что контактіи вибрируетъ только тогда въ организмъ, когда у больного, отъ котораго происходитъ зараженіе, сыпь выступила или цвѣтеть; отсюда слѣдуетъ, говорить Рапун, что корь не заразительна до тѣхъ поръ, пока контактіи остается скрытымъ.

Проф. Bartels⁷⁾, говоря о коревомъ контактіи, замѣчаетъ, что контактіи этотъ очень летучъ, что онъ болѣе летучъ, нежели скарлатинозный, т. е. что онъ быстрѣе и дальше распространяется, чѣмъ этотъ послѣдній.

Если, слѣдовательно, съ одной стороны—принять во вниманіе полученные у многихъ экспериментаторовъ положительные результаты прививанія кори, съ другой—ея заразительность, то нельзя сомнѣваться въ томъ, что корь есть болѣзнь контактіозная, что она не можетъ развиваться самопроизвольно, а что для появленія кори необходимо присутствіе специфически болѣзнетворнаго яда, проникающаго въ организмъ и развивающагося въ немъ въ томъ случаѣ, когда онъ находитъ благоприятныя для своего развитія условія.

Въ виду того, что для прививокъ бралась кровь, слюна, слезная жидкость, носовая слизь, естественно было предполагать, что коревой контактіи находится именно въ этихъ средахъ, такъ какъ прививками ихъ получались положительные результаты.

И вотъ начинается рядъ изслѣдованій въ этомъ направленіи, въ ограниченномъ, правда, количествѣ—изслѣдованій, имѣющихъ цѣлью выяснить натуру коревого контактіа. Первые изслѣдованія эти относятся къ началу семидесятыхъ годовъ, когда бактериологія находилась еще въ самомъ юномъ своемъ возрастѣ, и продолжаютъ до послѣдняго времени, причемъ до сихъ поръ бактериологіи, владѣющей въ настоящее время такими усовершенствованными методами изслѣдованія, культивированія, выдѣленія микробовъ въ чистомъ видѣ, не удалось выдѣлить микроба кори! О немъ мы не можемъ еще говорить такъ, какъ говоримъ о тифозномъ, холерномъ, сибир-

рѣзвенномъ и другихъ. Причина этого кроется, какъ намъ кажется, во 1-хъ, въ дѣйствительной трудности выдѣленія неизвѣстныхъ намъ еще микробовъ, а во 2-хъ, въ маломъ количествѣ предпринимавшихся по этому вопросу изслѣдованій, что въ свою очередь, объясняется тѣмъ, что на корь вообще смотрять, какъ на болѣзнь не опасную и легко переносимую. Между тѣмъ временами бываютъ такія злокачественныя эпидеміи, во время которыхъ смертность отъ кори доходитъ до 50% и даже до 75%, какъ это наблюдалъ докторъ Гутцейтъ въ Россіи въ эпидемію 1861 года. Въ Елизаветинской дѣтской клинической больницѣ на 135 больныхъ, пользовавшихся въ 1894-мъ году въ коревомъ отдѣленіи, пришлось 35 смертныхъ случаевъ, что составляетъ около 26%.

Штрюмпель ⁸⁾ въ своемъ учебникѣ въ статьѣ о кори говоритъ, что „корь есть неизбѣжное, но легко переносимое зло“. Но во всякомъ случаѣ, слѣдовательно, это есть зло, съ которымъ нужно считаться и причину котораго необходимо по мѣрѣ возможности стараться узнать.

Бактеріологія, приносящая въ настоящее время несомнѣнную пользу клинической медицинѣ, должна и въ данномъ случаѣ придти ей на помощь въ вопросѣ о непосредственной причинѣ, производящей корь, контагіозность которой признана всѣми съ давнихъ временъ.

Такъ какъ вопросъ о коревомъ микробѣ до сихъ поръ остается еще не рѣшеннымъ, благодаря разнорѣчивымъ даннымъ, полученнымъ изслѣдователями, то мы и рѣшили взять настоящую тему, предложенную намъ многоуважаемымъ проф. М. Ив. Аванасьевымъ, съ цѣлью, насколько возможно, провѣрить то, что до сихъ поръ сдѣлано въ этомъ направленіи по вопросу о коревомъ микробѣ, приступивъ къ работѣ безъ всякой предвзятой идеи въ ту или другую сторону.

Въ послѣдующемъ нашемъ очеркѣ мы вкратцѣ остановимся на литературѣ специально о коревомъ микробѣ до девяностыхъ годовъ и болѣе подробно разберемъ работы по этому вопросу, начиная съ пятидесятаго года по настоящее время.

Въ 1868-мъ году Hallier ⁹⁾ изслѣдовалъ мокроту и кровь коревыхъ больныхъ. Какъ въ мокротѣ, такъ и въ крови этимъ авторомъ были найдены въ довольно большомъ количествѣ свободно плавающіе микрококки, большею частью съ хвостобразнымъ окончаніемъ; микрококки эти обладали движеніемъ

и въ крови располагались главнымъ образомъ въ плазмѣ; въ кровяныхъ шарикахъ они попадались изрѣдка, но встрѣчались и такіе, которые были переполнены этими микрококками. Культивируя ихъ на разныхъ питательныхъ средахъ, Hallier'у удавалось получать ихъ размноженіе, причемъ микрококки эти производили всегда одинъ и тотъ-же грибокъ (*mucor mucedo verus*).

Vogel ¹⁰⁾ въ своей работѣ: «Ueber die pathogenetische Bedeutung der kleinsten Organismen der Infectionskrankheiten» критически относится къ методу изслѣдованія и выводамъ Hallier'a. Эти послѣдніе онъ считаетъ на столько рискованными, что, не входя даже въ спеціальнѣйшій разборъ ихъ, самымъ рѣшительнымъ образомъ оспариваетъ доказательность наблюденій упомянутаго автора.

Salisbury ⁵⁾ считалъ производителемъ кори споры грибка, развивающагося на гниющей соломѣ. По наблюденіямъ этого автора прививаніе этого грибка производитъ сыпь, чрезвычайно похожую на коревую. Salisbury утверждаетъ, что помѣщая лицъ, у которыхъ корь была вызвана экспериментально путемъ прививки этого грибка, съ людьми здоровыми, не перенесшими еще кори, онъ наблюдалъ у этихъ послѣднихъ, по истеченіи семи-четырнадцатидневной инкубаціи, корь; между тѣмъ какъ у лицъ, работавшихъ съ гнилою соломою, корь показывалась уже черезъ 34—70 часовъ.

Kennedy ¹¹⁾ подтвердилъ эти опыты Salisbury. Повѣрочные опыты производилъ также и Pepper ⁵⁾, причемъ онъ привилъ означенный грибокъ 22 лицамъ, не имѣвшимъ еще кори, и во всѣхъ 22 случаяхъ получилъ отрицательный результатъ.

Coze и Feltz ¹²⁾, изслѣдуя кровь коревыхъ больныхъ, находили многочисленныя бактеріи весьма малыхъ размѣровъ, обладавшія движеніемъ. Эти авторы утверждаютъ, что самая богатая бактеріями кровь получается изъ тѣхъ мѣстъ кожи, гдѣ сыпь всего сильнѣе выражена. Тѣ же бактеріи вышеупомянутые авторы находили въ слизи носа въ теченіи перваго періода болѣзни. Прививая кровь коревыхъ больныхъ кроликамъ, Coze и Feltz наблюдали у нихъ двухъ-трехъ дневную лихорадочную болѣзнь, отъ которой они скоро выздоравливали и которая, очевидно, была совсѣмъ другого характера, чѣмъ корь у человѣка.

Въ 1873—74 годахъ Klebs ¹³⁾ опубликовалъ свои работы о коревомъ грибокѣ. Онъ слѣдующимъ образомъ описываетъ свои опыты разведенія этого грибка: «Микрококкъ кори брался изъ дыхательнаго горла и сердечной крови дѣтскихъ труповъ. Послѣдняя, заключенная въ плоскія волосныя трубочки, развивала шары микрококковъ изъ первоначально невидимыхъ зачатковъ; въ дыхательномъ-же горлѣ были прямо микрококки и бактеріи въ большомъ количествѣ. Въ камерѣ (т. е. въ стеклянной камерѣ аппарата) сначала образовывались блѣдныя мелкозернистыя микрококковыя кучки, которыя вскорѣ затѣмъ превращались въ чрезвычайно подвижныя бактеріи. Послѣднія скоро переселялись къ периферіи и здѣсь, на разстояніи около 1—2 мм. отъ центра развитія, ложились параллельно одна къ другой въ направленіи движенія, составляли замкнутый узкій поясъ, по виду похожій на плетень. Отсюда возникали новыя кучки микрококковъ и подвижныя бактеріи, дальнѣйшую судьбу коихъ нельзя было прослѣдить, такъ какъ правильное расположеніе уже болѣе не повторялось».

Въ 1881 году появилась работа Babesiu ¹⁴⁾: «Ueber Bacterien, welche die Masern-Pneumonie verursachen». Къ сожалѣнію, мы могли воспользоваться только рефератомъ этой работы.

Babesiu находилъ у многихъ пациентовъ, страдавшихъ корью, какъ во время коревого процесса, такъ и по окончаніи его, бактеріи въ крови, отдѣленіяхъ, на поверхностныхъ слояхъ носовой и конъюнктивальной слизистой оболочки, также въ мокротѣ при бронхитѣ у коревыхъ больныхъ, равно какъ и при катарральной пневмоніи. Въ пневмоническихъ очагахъ при катарральной пневмоніи послѣ кори авторъ находилъ тѣ же бактеріи, представлявшія всегда вполне характеристическую форму сферической бактеріи (*Sphaerobacterium*) и производившія какъ корь, такъ и послѣдовательныя послѣ кори заболѣванія.

Въ 1883 году въ парижской академіи наукъ докторомъ Le Bel'емъ ¹⁵⁾ было сдѣлано сообщеніе: «Sur un vibriion observé pendant la rougeole». Найденный этимъ авторомъ вибрионъ имѣлъ видъ палочки (*bâtonnet*), слегка согнутой, сильно преломляющей свѣтъ, величиною въ 1 μ . въ діаметрѣ и обладающей весьма медленными движеніями. Длина палочки не постоянная. Болѣе короткія имѣютъ наклонность распо-

лагаться близко другъ къ другу въ косомъ направленіи. Палочки эти имѣютъ споры, протоплазма которыхъ мало по малу исчезаетъ, и на ея мѣстѣ остается зона слизистаго строенія. Le Bel различаетъ два вида вибрионовъ и споръ. Первый видъ характеризуется тѣмъ, что какъ вибрионы, такъ и споры находятся въ мочѣ только нѣсколько дней и исчезаютъ съ прекращеніемъ лихорадки; этотъ видъ встрѣчается главнымъ образомъ въ легкихъ случаяхъ кори. Вибрионы второго вида отличаются тѣмъ, что они остаются въ мочѣ очень долгое время, въ теченіи недѣль и даже мѣсяцевъ, и наблюдаются въ тяжелыхъ случаяхъ кори. Такъ, у одного взрослого больного споры можно было еще констатировать на 35 день болѣзни. Этотъ видъ вибрионовъ открывается въ мочѣ въ періодѣ шелушенія.

Моча слабо-кислой реакціи представляетъ очень удобную среду для сохраненія и развитія вибрионовъ.

Д-ръ Le Bel впрыснулъ морской свинкѣ культуру второго вида; культура была приготовлена изъ смѣси бульона и мочи. Животное осталось здоровымъ, но на второй день авторъ нашелъ въ мочѣ большое количество очень тонкихъ и сильно согнутыхъ вибрионовъ, исчезнувшихъ на слѣдующій день.

Въ чистой культурѣ и даже совмѣстно съ *micrococcus ureae* микрофитъ Le Bel'я развивается очень хорошо, какъ въ бульонѣ, такъ и въ Либиховскомъ экстрактѣ, причѣмъ въ послѣднемъ онъ принимаетъ форму булавы.

Не допуская возможности, чтобы найденный въ мочѣ вибрионъ оказался какимъ-нибудь постороннимъ и случайнымъ паразитомъ, авторъ считаетъ его специфичнымъ для кори, тѣмъ болѣе, что ни въ мочѣ здоровыхъ, ни въ мочѣ scarlatinозныхъ и дифтеритныхъ больныхъ открыть его присутствіе ему не удалось.

Докторъ Tschamer ¹⁶⁾ того мнѣнія, что въ мочѣ коревыхъ больныхъ имѣются тѣ же микрококки, которые были найдены въ мочѣ scarlatinозныхъ и дифтеритныхъ больныхъ. По этому автору, найденный имъ микрококкъ въ культурахъ превращается въ бактерію и даже въ плѣсень (вида *verticillium* или *sporotrichum*).

Въ 1885 году Thаon ¹⁷⁾ бактеріоскопически изслѣдоваль легкія при коревыхъ бронхопневмоніяхъ у дѣтей. При изслѣдованіи пораженныхъ мѣсть легкихъ и именно узелковъ, которыми

обыкновенно начинается коревая бронхопневмония, Thаon находилъ въ интраальвеолярныхъ клѣткахъ большое количество круглыхъ микробовъ въ видѣ диплококковъ, цѣпочекъ, состоявшихъ изъ трехъ, пяти или семи зеренъ. Кромѣ этихъ круглыхъ микробовъ, авторъ находилъ въ альвеолахъ кучи бациллъ одинаковой длины, не превышающей 5 μ . безъ вершистаго строенія и расположенныхъ отдѣльно, не кучками.

Указывая далѣе на то, что и при коревыхъ пневмоніяхъ большіе участки соединительной ткани находятся въ стадіи пролифераціи и загромождены эмбриональными клѣтками, Thаon это измѣненіе приписываетъ раздраженію, вызываемому микробами, которые скопляются въ лимфатическихъ сосудахъ, расположенныхъ вокругъ бронхъ и кровеносныхъ сосудовъ и въ большихъ промежуткахъ соединительной ткани легкаго; въ лимфатическихъ сосудахъ эти микробы образуютъ иногда настоящія тромбы, обуславливая этимъ лимфангоиты и перилимфангоиты. Видя, говоритъ Thаon, эти гнѣзда микробовъ, расположенныхъ въ воспаленныхъ альвеолахъ въ первые же стадіи воспаленія, видя ихъ лежащими въ клѣточныхъ элементахъ эксудата и постепенно распространяющимися на бронхи, нельзя не признать за ними первенствующей роли въ произведеніи болѣзни, тѣмъ болѣе, что тѣ же самыя микробы не встрѣчаются ни при обыкновенной фибринозной пневмоніи, ни при туберкулезной, ни при другихъ вторичныхъ пневмоніяхъ, какъ напр. тифозныхъ.

Въ 1886-мъ году Manfredi¹⁸⁾ изслѣдовалъ два случая крупозной пневмоніи послѣ кори и въ обоихъ случаяхъ выдѣлилъ, кромѣ фридлендеровскаго пневмококка, особый видъ микрококка, названный имъ „Micrococcus der progressiven Lymphome oder Granulome im Thierkörper“. Этотъ микрококкъ по своей формѣ обыкновенно походитъ на удлинненный микрококкъ съ закругленными или тупоугольными концами. Иногда онъ является въ видѣ одиночнаго кокка, иногда въ формѣ диплококка. Длина его колеблется въ предѣлахъ между 0,4—0,6 μ . у одиночныхъ кокковъ, у диплококковъ же—между 0,6 и 0,8 μ ; болѣе длинныя достигаютъ до 1,0 μ . Съ теченіемъ времени характеристическія свойства этого микрококка измѣняются не много. Въ культурахъ, простоявшихъ нѣсколько дней, бациллоподобные элементы начинаютъ исчезать; диплококки въ большомъ числѣ случаевъ развива-

ются слабо, между тѣмъ какъ одиночные кокки преобладаютъ. Микрококкъ этотъ растетъ почти на всѣхъ употребительныхъ питательныхъ средахъ. 10% мясопептонъ-желатина представляетъ наиболѣе удобную среду для его развитія, причемъ онъ желатины не разжижаетъ. При прививкѣ этого микрококка на бульонѣ, этотъ послѣдній черезъ 12—24 часа дѣлается опалесцирующимъ, а черезъ 3—4 дня совершенно мутнымъ. Если бульонъ оставить стоять, то онъ снова нѣсколько просвѣтляется, а на днѣ сосуда образуется сѣроватый осадокъ. Въ бульонныхъ культурахъ микрококкъ этотъ нерѣдко является въ видѣ большей или меньшей величины цѣпочекъ.

На картофелѣ ростъ скудный. На уплотненной или жидкой бычачьей кровяной сывороткѣ микрококкъ растетъ одинаково хорошо. Что касается культуры этого микрококка, то на желатиновыхъ пластинкахъ, оставленныхъ при t° 18—24° спустя 16—24 ч. появляются маленькія сѣровато-бѣлыя шаровидныя образованія. Колоніи растутъ и на поверхности и представляются не гомогенными, но мѣстами гранулированными; форма ихъ не вполне круглая. Микрококкъ этотъ, изолированный и впрыснутый животнымъ, оказался въ высшей степени патогеннымъ: онъ причинялъ постоянно заболѣваніе. Животныя умирали спустя нѣсколько дней послѣ впрыскиванія и постоянно обнаруживали значительную припухлость паренхиматозныхъ органовъ, въ особенности селезенки и лимфатическихъ узловъ, болѣе или менѣе интенсивную пневмонію и значительную диссеминацію изъ творожистыхъ узелковъ, инфекціонной натуры, большею частью во всѣхъ органахъ, главнымъ же образомъ въ селезенкѣ. Авторъ самъ лично отказывается рѣшить вопросъ—имѣетъ-ли найденный имъ микроорганизмъ причинную связь съ началомъ коревой пневмоніи или же онъ представляетъ случайную находку. Дальнѣйшее изученіе многихъ случаевъ коревой пневмоніи, говоритъ Manfredi, связанное съ необходимыми контрольными опытами относящихся сюда аутопсій (авторъ изслѣдовалъ только мокроту, откуда и выдѣлилъ этотъ микрококкъ), можетъ рѣшить этотъ вопросъ.

Докторъ Tobeitz¹⁹⁾ въ 1887 году, изслѣдуя патолого-анатомически и гистологически 7 случаевъ коревой пневмоніи, въ трехъ изъ нихъ нашелъ микрококковъ. Чаще всего кокки располагались цѣпочками, иногда и кучками. Большею частью

они встрѣчались въ бронхахъ и вокругъ нихъ и сосудовъ. Эти микрококки найдены были T o b e i t z'омъ въ тѣхъ именно 3 случаяхъ, въ которыхъ вскрытіе обнаружило поверхностный и распространенный некрозъ слизистой оболочки глотки и гортани. Въ одномъ случаѣ присутствіе кокковъ можно было прослѣдить до альвеоль, гдѣ они главнымъ образомъ располагались въ большомъ количествѣ и большими кучками на центральныхъ частяхъ воспалительныхъ очаговъ. Въ другихъ же четырехъ случаяхъ, гдѣ въ верхнихъ воздухоносныхъ путяхъ не было никакого распространеннаго воспалительнаго некроза, этихъ микроорганизмовъ въ легкихъ нельзя было найти.

T o b e i t z того мнѣнія, что видѣнные имъ въ трехъ случаяхъ микрококки не принадлежатъ коревому процессу какъ таковыя, иначе говоря—не специфичны для кори.

Прежде, чѣмъ перейти къ обзору литературы послѣднихъ годовъ, мы нѣсколько остановимся на оцѣнкѣ вышеприведенныхъ работъ.

Раньше всего необходимо замѣтить, что всѣ эти изслѣдованія не отвѣчаютъ требованіямъ современной бактериологіи; работы эти скорѣе могутъ быть названы бактериоскопическими, нежели бактериологическими; если же нѣкоторые авторы и говорятъ о выдѣленныхъ ими микробахъ, то остается совершенно неизвѣстнымъ, какими методами культивированія пользовались они для этого. Большинство изъ авторовъ не указываютъ на морфологическія и біологическія свойства выдѣленныхъ ими микробовъ, другіе ограничивались тѣмъ, что видѣли микробовъ только на микроскопическихъ препаратахъ. Поэтому намъ кажется, что этимъ работамъ мы въ бактериологическомъ отношеніи не можемъ придавать особенно серьезнаго значенія.

A priori трудно допустить, чтобы грибокъ гнѣющей соломы могъ вызывать у людей корь, какъ объ этомъ говоритъ S a l i s b u r g y, равно, какъ трудно допустить, чтобы грибокъ H a l l i e r 'а былъ специфиченъ для кори. Этотъ послѣдній авторъ находилъ, какъ извѣстно, при многихъ заразныхъ болѣзняхъ—кори, оспѣ, скарлатинѣ и др.—микрококковъ, изъ которыхъ ему всегда удавалось культивировать соответственный грибокъ или водоросль. Отсюда H a l l i e r и заключилъ, что всѣ миазмы и контакіи суть микрококковыя формы плѣсени или водорослей. Причину же того, что зараженіе обуславливаютъ

только производныя этихъ плѣсней, Hallier объяснялъ тѣмъ, что только эти производныя, т. е. микрококки, благодаря своей ничтожной величинѣ, способны проникать черезъ стѣнки капилляровъ. Повѣрочныя изслѣдованія, произведенныя въ этомъ направленіи Brefeld'омъ, Sohn'омъ, В. А. Манасеинымъ и другими совершенно пошатнули теорію Hallier'a, доказавъ, что никакой генетической связи между плѣсенями и бактеріями не существуетъ и что полученные имъ результаты основаны на ошибочности метода и наблюденія*). Hallier получалъ въ культурахъ не микрококки, найденныя въ тканяхъ, а случайныя загрязненія.

Не отрицая такимъ образомъ факта находженія Hallier'омъ въ выдѣленіяхъ микрококковъ при кори, мы должны скептически отнестись къ выдѣленному имъ въ чистой культурѣ коревому грибку.

То же самое мы можемъ сказать и о коревомъ грибкѣ Klebs'a.

Что касается изслѣдованій Coze и Feltz'a, Babesiu, Thаon'a, Tobeitz'a, то эти авторы, по всей вѣроятности, имѣли дѣло съ гноеродными бактеріями, цѣпочнымъ коккомъ — streptococcus и гроздевиднымъ коккомъ — staphylococcus, бактеріями, присущими многимъ другимъ болѣзненнымъ процессамъ, слѣдовательно, не специфичными для данной болѣзни, бактеріями, найденными и другими авторами при кори. Намъ остается еще сказать объ изслѣдованіяхъ Le Vel'я и Manfredi.

Первый изъ нихъ выдѣлилъ въ двухъ случаяхъ кори вибриона въ мочѣ, второй въ мокротѣ при коревой крупозной пневмоніи микрококкъ, названный имъ „Micrococcus der progressiven Lymphome oder Granulome im Thierkörper“. По нашему мнѣнію, недостатокъ обѣихъ работъ заключается въ очень маломъ количествѣ случаевъ изслѣдованія. Такъ, докторъ Le Vel изслѣдовалъ мочу всего только двухъ коревыхъ больныхъ, причѣмъ выдѣленные имъ въ этихъ двухъ случаяхъ вибрионы отличались другъ отъ друга нѣкоторыми характерными свойствами. Въ то время, какъ вибрионъ перваго вида оставался въ мочѣ короткое время и исчезалъ съ прекращеніемъ лихорадки, присутствіе вибриона втораго вида Le Vel могъ кон-

*) Eulenburg—Аванасевъ. Р. Энци. Мед. Наукъ, Т. 1, стр. 681.

статировать еще на 35 день болѣзни. Если такимъ образомъ предположить, что Le Vel имѣлъ дѣло дѣйствительно съ коревымъ контакіемъ, то можно отсюда вывести заключеніе, что корь должна быть заразительна въ теченіи такого долгаго времени, въ виду того, что заразительное вещество остается въ организмѣ такъ долго. Между тѣмъ извѣстно, что корь заразительна главнымъ образомъ въ періодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи, отчасти и въ продромальномъ періодѣ. Что касается періода шелушенія, то большинствомъ признается, что въ этомъ періодѣ корь не заразительна. Считая такимъ образомъ со дня выѣдренія коревого контакія въ организмѣ до появленія сыпи двѣ недѣли, періодъ высыпанія и цвѣтенія равнымъ нѣсколькимъ днямъ, мы получимъ, что maximum, въ теченіи котораго контакій можетъ оставаться въ организмѣ и въ теченіи котораго корь, слѣдовательно, можетъ быть заразительна равенъ тремъ недѣлямъ. Присутствіе же вибриона въ мочѣ на 35 день болѣзни ясно говоритъ противъ его специфичности для кори.

Работа Manfredi рѣзко отличается отъ всѣхъ вышеприведенныхъ тѣмъ, что авторъ этотъ примѣнилъ коховскій способъ разьединенія микробовъ въ мокротѣ двухъ пневмониковъ посредствомъ разливокъ на пластинкахъ съ мясопептоновой желатиной. Этотъ способъ въ настоящее время является наиболѣе вѣрнымъ, а потому изслѣдованія Manfredi заслуживаютъ большаго довѣрія. Къ сожалѣнію, количество изслѣдованныхъ случаевъ очень незначительно, чтобы по нимъ можно было вывести какое—нибудь заключеніе о специфичности выдѣленнаго имъ микрококка;—съ этимъ согласенъ и самъ авторъ. Далѣе, то обстоятельство, что *post mortem* не было произведено бактериологическаго изслѣдованія, что повѣрочныхъ наблюденій при пневмоніяхъ послѣ другихъ инфекціонныхъ болѣзней Manfredi не дѣлалъ, что изслѣдованія его до сихъ поръ никѣмъ не подтверждены, не даетъ намъ пока еще права считать микрококкъ Manfredi специфичнымъ для кори.

Приступая теперь къ обзору литературы послѣднихъ пяти лѣтъ, мы прежде всего остановимся на работѣ Cognil'я и Babes'a²⁰). Эти авторы изслѣдовали у коревыхъ больныхъ кровь, катарральный секретъ носа, conjunctiv'ы и бронховъ. Въ крови на препаратахъ, окрашенныхъ метиль-віолетомъ, они находили большое количество круглыхъ микробовъ (*des*

microbes ronds), имѣвшихъ въ диаметръ 0,6 μ ., очень часто соединенныхъ по два (въ видѣ цифры 8) или въ маленькія цѣпи, безъ движенія, блестящихъ и весьма трудно окрашивающихся. Въ желатиновыхъ культурахъ эти микробы представлялись соединенными главнымъ образомъ по два въ видѣ цифры 8 (*diplococcus*). Въ одномъ случаѣ кровь содержала на ряду съ этими комками и нѣсколько очень короткихъ бацилл (*des bacilles très courts*). Въ отдѣленіяхъ носа и *conjunctiv*ы авторы находили громадное количество бактерій, по величинѣ и формѣ соответствующихъ найденнымъ въ крови, кромѣ многихъ другихъ бактерій. Точно также въ мокротѣ дѣтей, страдавшихъ коревымъ бронхитомъ, постоянно встрѣчались тѣ же формы круглыхъ бактерій, равно какъ и въ формѣ цифры 8. На срѣзахъ кожи, окрашенныхъ сафраниномъ, авторы наблюдали нѣсколько микрококковъ въ расширенныхъ капиллярахъ сосочковъ и вокругъ нихъ.

Изслѣдуя бактериоскопически легкія дѣтей, умершихъ отъ коревой пневмоніи, *Cornil* и *Vabes* находили большое количество круглыхъ микробовъ, располагавшихся главнымъ образомъ въ лимфатическихъ сосудахъ междольчатой ткани и въ окружности ихъ; иногда въ сосѣдствѣ съ перилобулярной соединительной тканью нѣкоторыя альвеолы также содержали ихъ, причѣмъ эти послѣдніе являются либо изолированными, либо въ формѣ цифры 8, либо въ видѣ небольшихъ цѣпочекъ. У одного ребенка, умершаго отъ бронхопневмоніи, послѣдовавшей за корью и коклюшемъ, *Cornil* наблюдалъ большое количество маленькихъ бацилл на ряду съ круглыми микробами. Бациллы эти имѣли видъ частью прямыхъ, частью не прямыхъ палочекъ, располагавшихся часто кучками, толщиной въ 0,3—0,4 μ . и длиною въ 2—3 μ . Бациллы эти располагались главнымъ образомъ на поверхности плевры и въ ея утолщенной и воспаленной соединительной ткани; въ меньшемъ количествѣ онѣ попадались на поверхности и внутри мелкихъ бронхъ, равно какъ и въ полостяхъ альвеолъ. Бациллы эти, говоритъ *Cornil*, очень подходили на дифтеритныя, но ребенокъ, о которомъ идетъ рѣчь, не представлялъ никакихъ симптомовъ дифтерита.

Что касается бактериологическаго изслѣдованія, то такому *Vabes* подвергалъ кровь коревыхъ больныхъ и воспалительные продукты лимфатическихъ узловъ, легкаго и плевры.

„Приходилось часто, говорить авторъ, наблюдать и культивировать на агарѣ, при соблюденіи известной чистоты и при температурѣ тѣла, стрептококкъ, дававшій на человѣческой или бычачьей сывороткѣ тонкій, поверхностный, едва замѣтный слой. Четкообразные членники этого стрептококка приближаются къ микрококкамъ въ видѣ цифры 8, описаннымъ выше. Въ культурахъ стрептококкъ этотъ очень похожъ на гнойный. Возможно, что по его величинѣ, свойству сохранять свою уплощенную форму при соединеніи по два и по своему интрацеллюлярному мѣстопребыванію его можно отличить отъ гнойнаго стрептококка и приблизить скорѣе къ микробу, описанному позднѣе Weichselbaum'омъ подъ именемъ *menigosoccus intracellularis*. Привитый подъ кожу носа морской свинки, онъ вызвалъ красноту кожи, лихорадку и слизисто-гнойный конъюнктивитъ. Тотъ же результатъ получился прививкой морской свинкѣ крови отъ ребенка, болѣвшаго корью». Авторъ также культивировалъ кровь морской свинки, зараженной кровью коревого больного. На бычачьей сывороткѣ онъ получилъ культуру, состоявшую всецѣло не изъ кокковъ, а изъ гомогенныхъ палочекъ, въ высшей степени тонкихъ, которыя, будучи привиты на агаръ-агарѣ давали легкое сѣроватое пятно. Кромѣ этихъ микроорганизмовъ, авторамъ приходилось въ другихъ случаяхъ выдѣлять изъ плеврального и легочнаго экссудатовъ капсулированные микробы (*microbe capsulé*), дѣйствовавшіе смертельно на кроликовъ.

Итакъ, мы видимъ, что при изслѣдованіи крови, разныхъ выдѣленій и нѣкоторыхъ органовъ коревыхъ больныхъ, цитируемымъ авторомъ не удалось ни бактериоскопически, ни бактериологически остановиться на одномъ какомъ-нибудь видѣ микробовъ, который они могли бы признать специфическимъ для кори. Эти изслѣдователи находили и отдѣльные кокки, и диплококки, стрептококки и, наконецъ, палочки, о биологическихъ свойствахъ которыхъ они не упоминаютъ.

Выдѣленный изъ крови больного стрептококкъ и привитый подъ кожу носа морской свинки вызвалъ у этой такія же явленія (краснота кожи, лихорадка, слизисто-гнойный конъюнктивитъ), какія получились у другой свинки отъ прививки ей крови коревого больного. Между тѣмъ, культивируя кровь этой послѣдней свинки Babes получилъ не стреп-

тококка, а палочку, которой ни изъ крови, ни изъ другихъ выдѣлений больныхъ ему выдѣлить не удалось. Авторъ даже не упоминаетъ, походили ли эти палочки по виду на тѣ, которыя встрѣчались на микроскопическихъ препаратахъ срѣзовъ легкихъ. Такъ что бацилламъ, которыя видѣли *Cornil* и *Vabes* нельзя придать какого нибудь значенія уже потому только, что бациллы эти были констатированы авторами всего два раза: одинъ разъ—въ крови, другой—на срѣзахъ легкихъ ребенка, умершаго отъ бронхопневмоніи послѣ коклюша и кори. Были ли идентичны эти палочки между собою, неизвѣстно; неизвѣстно также, походили ли эти палочки на выдѣленные у морской свинки, которой была привита кровь отъ корового больного.

Что касается другого вида микробовъ—кокковъ, выдѣленныхъ въ одномъ случаѣ изъ крови и въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ разныхъ отдѣлений, то очевидно, что эти кокки не представляютъ собою ничего специфическаго для кори; авторы имѣли дѣло съ гноероднымъ стрептококкомъ, диплококкомъ и пр. Заканчивая свою статью, *Cornil* и *Vabes* говорятъ: „выдѣленія при болѣзняхъ, слѣдующихъ непосредственно за корью, заключаютъ въ себѣ различнаго рода патогенныя бактеріи, между которыми дипло—и стрептококки заслуживаютъ наибольшаго вниманія“.

Въ 1892 году *Сапон* и *Pielicke* ²¹⁾ изслѣдовали кровь 14 коревыхъ больныхъ и во всѣхъ случаяхъ находили одну и ту же бациллу. Препараты крови приготавливались ими слѣдующимъ образомъ *): капля крови, добытая уколомъ въ палецъ, наносилась на вполне чистое покрывное стеклышко; другое стеклышко накладывалось на первое, и тотчасъ же оба они разъединялись; препараты высушивались на воздухѣ, затѣмъ клались на 5—10 минутъ въ абсолютный алкоголь. Для окрашиванія употреблялась нѣсколько измѣненная краска Хенцинскаго, а именно:

Концентрированный водный растворъ *Methylenblau*—80,0.
1/4% растворъ *Eosin'a* (въ 70% алкоголь) 20,0.

Въ этой краскѣ препараты оставались въ теченіи двухъ-трехъ часовъ и ставились въ термостатъ при *t.* 37° C.

*) Способъ тотъ же, который употреблялся ими при инфлуэнцѣ.—
Deutsche medic. Wochenschrift. 1892, № 11.

Величина бациллъ, найденныхъ Сапoн'омъ и Рielicke, весьма разнообразна: въ то время, какъ однѣ очень малы, такъ что выглядятъ какъ диплококки, другія обладаютъ значительной величиной, достигая величины радіуса и даже діаметра краснаго кровяного шарика. Въ началѣ болѣзни палочки представляются прямыми, къ концу—изогнутыми. Количество ихъ въ крови также не постоянно: въ нѣкоторыхъ случаяхъ авторы насчитывали ихъ единицами, въ другихъ—все поле зрѣнія уже съ перваго взгляда представлялось какъ-бы усѣяннымъ бациллами. Располагаются онѣ большею частью кучками, состоящими изъ 8—20 отдѣльныхъ индивидуумовъ; въ кучкѣ онѣ ложатся часто параллельно другъ къ другу, иногда соприкасаются другъ съ другомъ, образуя тупой уголъ. Вышеупомянутой краской бациллы окрашивались въ голубой цвѣтъ, причемъ окраска ихъ неравномѣрная: на концахъ своихъ онѣ сильнѣе окрашены, тогда какъ среднія ихъ части выглядятъ блѣднѣе; бациллы значительной величины окрашиваются очень слабо, въ особенности концы ихъ. Относительно времени нахождения этихъ бациллъ въ крови Сапoн и Рielicke высказываются въ томъ смыслѣ, что онѣ содержатся въ крови во время всего теченія кори; въ одномъ даже случаѣ они могли констатировать присутствіе ихъ на 3-й день послѣ окончанія лихорадки, причемъ здѣсь онѣ были даже въ большемъ количествѣ. Кромѣ этихъ 14 случаевъ, авторами были изслѣдованы еще 7 случаевъ; кровь бралась отъ дѣтей, у которыхъ либо была еще сыпь, но уже блѣдная, либо корь приходила къ концу. Во всѣхъ этихъ случаяхъ изслѣдованіе крови дало отрицательные результаты; такіе-же результаты дало изслѣдованіе крови одного ребенка спустя десять часовъ послѣ смерти, послѣдовавшей непосредственно отъ кори.

Что касается культивированія этихъ бациллъ, то Сапoн'у и Рielicke удалось культивировать ихъ на бульонѣ и всего только въ трехъ случаяхъ; во всѣхъ остальныхъ, слѣдовательно, 19-ти случаяхъ, получились отрицательные результаты. Бульонъ, въ которомъ получилась культура бациллъ, первое время оставался прозрачнымъ; внизу получался осадокъ, который обусловливался излишнимъ количествомъ привитой крови; черезъ нѣсколько дней получалась слабая муть и образовывались маленькіе хлопья, выступавшіе при встряхиваніи пробирки. Полученныя въ этихъ культурахъ бациллы пред-

ставляли разнообразіе формъ: то въ видѣ диплококковъ, то въ видѣ двойныхъ бациллъ, нѣкоторыя окрашивались равномерно. По длинѣ нѣкоторыя превосходили самыхъ длинныхъ изъ тѣхъ, которыя авторы видѣли на препаратахъ крови; въ нѣкоторыхъ случаяхъ авторы могли распознать, что онѣ состояли изъ большого числа образований, расположенныхъ одно за другимъ. Бациллы, какъ на препаратахъ, такъ и изъ бульонныхъ культуръ, по Граму не окрашивались. Одновременныя прививки крови этихъ-же 3-хъ больныхъ на агарѣ, глицеринъ-агарѣ, кровяной сывороткѣ и молокѣ дали отрицательные результаты.

Бациллы прямой формы, которыя Сапон и Pielicke находили въ крови, находимы были ими и въ мокротѣ, секретѣ носа и конъюнктивы коревыхъ больныхъ.

Сапон и Pielicke существенно отличаютъ найденныя ими бациллы въ крови коревыхъ больныхъ отъ тѣхъ микроорганизмовъ, которые были описаны до нихъ, и считаютъ ихъ возбудителями кори.

Изъ изслѣдованій Сапон'а и Pielicke мы можемъ такимъ образомъ вывести заключеніе, что эти авторы видѣли подъ микроскопомъ, какъ въ крови, такъ и въ разныхъ выдѣленіяхъ при кори, палочки, принимаемыя ими за возбудителей кори. Кромѣ того, въ трехъ случаяхъ имъ удалось получить тѣ же (?) палочки въ бульонныхъ культурахъ.

Спрашивается, на основаніи какихъ данныхъ авторы приходятъ къ тому выводу, что найденныя ими бациллы суть возбудители кори?

На микроскопическихъ препаратахъ бациллы Сапон'а и Pielicke не были во всѣхъ случаяхъ одинаковы: то онѣ представлялись въ видѣ очень маленькихъ палочекъ, то длиною своею превышали діаметръ краснаго кровяного шарика; въ началѣ болѣзни бациллы являются прямыми, къ концу—изогнутыми. Изъ 22 изслѣдованныхъ авторами случаевъ (одинъ случай изслѣдованъ *post mortem*), только въ трехъ изъ нихъ имъ удалось получить культуру этихъ бациллъ, и то въ жидкой средѣ—на бульонѣ; на плотныхъ средахъ выдѣлить ихъ имъ не удалось. Такое количество положительныхъ результатовъ сравнительно съ отрицательными (3 и 19) весьма незначительно, для того, чтобы высказаться въ томъ смыслѣ, что найденныя ими бациллы суть возбудители кори. 2*

Затѣмъ полученныя въ бульонныхъ культурахъ бациллы представляли разнообразіе формъ: то онѣ походили на диплококковъ, то на двойныхъ бациллъ; нѣкоторыя изъ палочекъ значительно превышали по длинѣ своей самыхъ длинныхъ изъ видѣнныхъ авторами на микроскопическихъ препаратахъ крови, между тѣмъ нѣкоторыя изъ этихъ послѣднихъ превышали собою діаметръ краснаго кровяного шарика. Спрашивается, какая можетъ быть идентичность между бациллами, представляющимися въ видѣ диплококковъ, и такими, величина которыхъ превышаетъ діаметръ кровяного шарика? Можемъ-ли мы допустить заявленіе авторовъ, что они имѣли дѣло дѣйствительно съ чистой культурой? Мы вправѣ тогда только говорить о чистой, съ бактериологической точки зрѣнія, культурѣ, когда бактеріи той или другой культуры представляются намъ на микроскопическихъ препаратахъ всегда одинаковыми, когда морфологическія и біологическія свойства ихъ при многихъ изслѣдованіяхъ оказываются постоянно идентичными. Въ виду этого мы думаемъ, что трудно допустить, чтобы культуры, полученныя авторами, содержали въ себѣ только одинъ видъ микробовъ; разнообразіе ихъ формъ скорѣе говорить за то, что здѣсь имѣлись разныхъ видовъ бациллы.

Прививокъ изъ этихъ бульонныхъ культуръ авторы не дѣлали, а потому мы не знаемъ, получался-ли ростъ этихъ выдѣленныхъ бациллъ на М. П. агарѣ, желатинѣ и пр., или же нѣтъ; если же получался, то намъ остается неизвѣстнымъ, каковъ былъ ихъ ростъ на этихъ питательныхъ средахъ. Авторы упоминаютъ только о томъ, что одновременныя прививки *крови* (нашъ курсивъ) на плотныхъ питательныхъ средахъ дали отрицательные результаты! Если-бы авторамъ удалось доказать, что какъ прививки крови, такъ и прививки выдѣленныхъ въ бульонѣ въ чистой культурѣ бациллъ давали на плотныхъ средахъ отрицательные результаты, тогда въ этомъ можно было-бы видѣть тождественность; тотъ-же фактъ, что, прививая кровь на бульонѣ, они получали бациллы, а прививая на плотныхъ средахъ—тѣхъ-же бациллъ не получали, даетъ возможность предположить, не имѣли-ли авторы дѣло съ случайно занесенными въ бульонъ бактеріями, такъ какъ трудно допустить, чтобы эти послѣднія, давая ростъ на бульонѣ, не давали-бы въ то же время роста на М. П.-агарѣ или желатинѣ—на средахъ, въ составъ которыхъ входитъ тотъ-же бульонъ.

Между случаями, изслѣдованными авторами, былъ одинъ, окончившійся летально, причемъ смерть произошла отъ самой кори, во время существованія еще сыпи. Кажется-бы, что разъ Сапон и Рielicke находили въ крови бациллы даже по прекращеніи лихорадки (въ одномъ случаѣ даже три дня послѣ прекращенія лихорадки), то, изслѣдуя органы и ткани этого больного 10 часовъ спусти послѣ смерти, авторы могли найти бациллы въ этихъ послѣднихъ, такъ какъ по аналогіи съ другими бактерійными формами болѣзней возможно предположить, что изъ крови бактерии отлагаются въ органахъ и тканяхъ. Между тѣмъ изслѣдованіе крови и органовъ дало имъ въ этомъ случаѣ отрицательные результаты.

Наконецъ, повѣрочныхъ опытовъ на животныхъ съ выдѣленными бациллами авторы не дѣлали, поэтому и съ этой стороны работа не можетъ считаться законченной, а значитъ и заключеніе, выведенное авторами о специфичности найденныхъ ими бациллъ, является, какъ намъ кажется, въ виду всего вышесказаннаго, нѣсколько преждевременнымъ.

Въ томъ-же 1892 году Josias ²²⁾ опубликовалъ результаты своей работы, которую онъ предпринялъ съ цѣлью провѣрить изслѣдованія Сапон'а и Рielicke. Я привожу здѣсь въ переводѣ дословно результаты изслѣдованій этого автора:

„Мои наблюденія я произвелъ на двадцати четырехъ дѣтияхъ, пораженныхъ корью, въ періодѣ полного высыпанія, причемъ у большинства дѣтей ^{т^о} была значительно повышена. Мы строго придерживались техники Сапон'а и Рielicke. Кровь изслѣдовалась въ свѣжемъ состояніи и послѣ окрашивания. Но ни въ одномъ изъ взятыхъ нами случаевъ обстоятельное и болѣе продолжительное изслѣдованіе крови не дало намъ возможности констатировать присутствіе бациллъ Сапон'а и Рielicke или какого-нибудь другого микроба. Кровь отъ которыхъ нашихъ маленькихъ паціентовъ была собираема при соблюденіи наивозможной чистоты и прививаема на различныхъ питательныхъ средахъ (бульонѣ, молокѣ, пептонъ-желатинѣ, картофелѣ и т. д.). Всѣ эти прививки остались безплодными. Эти вполне отрицательные результаты позволяютъ, по крайней мѣрѣ, усумниться въ той специфической роли, какую Сапон и Рielicke приписываютъ открытой имъ бациллѣ“.

М. Laweran ²³⁾ пришелъ къ тѣмъ-же отрицательнымъ результатамъ, хотя авторъ такъ же, какъ и докторъ Josias слѣдовалъ техникѣ Сапон'а и Pielicke.

Въ 1892 году у насъ въ Россіи появилась работа доктора Чайковскаго ²⁴⁾ «О микроорганизмахъ въ крови и слизистомъ отдѣленіи носа у больныхъ корью».

Авторъ изслѣдовалъ кровь и слизистое отдѣленіе носа только бактеріоскопически у 38 больныхъ и результаты во всѣхъ этихъ случаяхъ получались совершенно одинаковыя. Методъ изслѣдованія крови употреблялся тотъ-же, какъ у Сапон'а и Pielicke съ тою только разницею, что окрашенные препараты оставались стоять не въ тепломъ термостатѣ, а при комнатной t° на 24 часа; кромѣ того, препараты, послѣ промывки ихъ въ водѣ, обезцвѣчивались анилиновымъ масломъ. Во всѣхъ случаяхъ Чайковскій находилъ одинъ и тотъ-же видъ микроорганизмовъ, представлявшихъ въ видѣ короткихъ палочекъ, длиною въ 0,5—0,7 μ ., съ тупыми закругленными концами; толщина ихъ не достигала половины длины. Палочки, такъ же, какъ у Сапон'а и Pielicke, окрашивались довольно трудно, причемъ срединная ихъ часть оставалась либо совсѣмъ неокрашенной, либо слабо окрашенной, такъ что палочки эти при маломъ увеличеніи представлялись въ видѣ диплококковъ. Микроорганизмы эти располагались въ крови главнымъ образомъ въ одиночку, рѣже—парно и очень рѣдко—цѣлыми группами. Въ самой крови палочки лежали преимущественно свободно между красными шариками, иногда даже какъ-бы прилипшими къ кровяному тѣльцу; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ лежали какъ-бы въ протоплазмѣ бѣлаго кровяного шарика. На препаратахъ изъ слизистаго отдѣленія носа палочки обнаруживали нѣкоторую разницу: въ то время, какъ на препаратахъ изъ крови длина ихъ представляла незначительныя колебанія, на препаратахъ изъ слизистаго отдѣленія носа, наоборотъ, длина ихъ значительно колебалась, хотя такихъ длинныхъ палочекъ, какія наблюдали Сапон и Pielicke, Чайковскій не встрѣчалъ; кромѣ того, здѣсь палочки располагались группами въ нѣсколько десятковъ штукъ или-же рядами, ложась нерѣдко между другими многочисленными микроорганизмами, коими изобилуетъ отдѣленіе носа.

Авторъ, кромѣ того, изслѣдовалъ также и коревья папулы, для чего ножницами онъ вырѣзывалъ кусочки кожи съ папулой, уплотнялъ ихъ въ алкогольѣ, погружалъ въ парафинъ и приготавливалъ срѣзъ, окрашивая ихъ по способу Weigerta и способу Kuehne (карминъ метиленовая синька). Изъ многочисленныхъ препаратовъ, приготовленныхъ по послѣднему способу, нѣкоторые какъ будто содержали микроорганизмы, похожіе на тѣ, которые встрѣчались въ крови и слизистомъ отдѣленіи носа.

Окончательныхъ выводовъ авторъ не дѣлаетъ; для этого, говоритъ Чайковскій, необходимы прививки этихъ микроорганизмовъ человѣку. Тѣмъ не менѣе на основаніи присутствія этихъ палочекъ въ крови при кори и отсутствія ихъ при оспѣ, скарлатинѣ, брюшномъ тифѣ и лихорадкѣ, авторъ считаетъ возбудителями кори пока эти микроорганизмы.

Такимъ образомъ и Чайковскій такъ же, какъ и Сапон и Pielicke, находилъ въ крови и слизистомъ отдѣленіи носа палочки, которыя, однако, отличались отъ палочекъ послѣднихъ авторовъ: длина палочекъ Чайковскаго значительно меньше, она не представляла такихъ рѣзкихъ колебаній, какъ это наблюдали Сапон и Pielicke; въ крови палочки попадались не въ большихъ количествахъ и располагались въ одиночку, очень рѣдко—группами; это послѣднее имѣло мѣсто только на препаратахъ изъ слизистаго отдѣленія носа.

Не отрицая того факта, что авторъ видѣлъ во всѣхъ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ палочки, мы въ то же время не можемъ согласиться съ его мнѣніемъ относительно специфичности этихъ микроорганизмовъ для кори. Если авторъ ограничился однимъ только микроскопическимъ изслѣдованіемъ, то намъ кажется, что описаніе морфологій видѣнныхъ авторомъ палочекъ очень сжато, неопредѣленно; ни на какія характеристическія особенности видѣнныхъ палочекъ авторъ не указываетъ; къ тому палочки на препаратахъ изъ носовой слизи не были идентичны съ таковыми изъ крови, такъ какъ первыя представляли значительныя колебанія въ длинѣ и располагались группами въ противоположность вторымъ; авторъ не упоминаетъ о томъ, обращалось-ли вниманіе на краску, которой окрашивались препараты и которая сама могла содержать въ себѣ микроорганизмы. Кромѣ того, мы не согласны съ

самимъ методомъ добыванія крови, употреблявшимся авторомъ: послѣдній бралъ большею частью кровь изъ уха, рѣже—изъ другой части тѣла; предъ уколомъ данная часть тѣла промывалась одной только дистиллированной водой! Намъ кажется, что такая промывка не вполне достаточна для того, чтобы быть увѣреннымъ, что смыты всѣ бактеріи, находящіяся обыкновенно на нашей кожѣ и могущія быть занесенными очень легко въ изслѣдуемую каплю крови, хотя, съ другой стороны, авторъ говоритъ, что повѣрочныя изслѣдованія крови при другихъ болѣзняхъ дали отрицательные результаты.

Здѣсь мы дѣлаемъ маленькое отступленіе въ хронологическомъ порядкѣ, считая болѣе умѣстнымъ изложить сначала работу доктора Григорьева, появившуюся въ 1893 году. Работу же доктора Doehle объ изслѣдованіи крови при кори, сдѣланную имъ въ 1892 году, мы помѣстимъ послѣ обзора работъ Сапон'а и Pielieke, Чайковскаго и Григорьева, какъ рѣзко отличающуюся по своимъ результатамъ изслѣдованія. Докторъ Григорьевъ²⁵⁾ изслѣдовалъ кровь бактериологически и бактериоскопически у тринадцати больныхъ корью.

При изслѣдованіи микроскопическихъ препаратовъ, приготовленныхъ по методу, котораго придерживались Сапон и Pielieke, авторъ убѣдился въ существованіи въ крови всѣхъ 13 больныхъ особыхъ палочекъ. Палочки эти по своей длинѣ и толщинѣ немного превосходятъ дифтеритныя бациллы Klebs-Löffler'a. Что касается ихъ окраски, то у доктора Григорьева палочки окрашивались синькой очень интенсивно и довольно равномерно, такъ какъ лишь въ двухъ-трехъ случаяхъ автору удалось видѣть палочки, у которыхъ концы были окрашены очень рѣзко, а середина оставалась почти совсѣмъ неокрашенной. Число бациллъ въ каждомъ отдѣльномъ препаратѣ было очень незначительно, причемъ онѣ располагались изолированно, лежа или свободно между кровяными шариками или заключенными въ бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ.

Для бактериологическаго изслѣдованія докторъ Григорьевъ бралъ стерилизованной платиновой иглой 2—3 капли крови и вносилъ ихъ въ пробирки съ стерилизованнымъ говяжьимъ бульономъ. Для посѣвовъ крови каждаго изъ больныхъ брались по 3 пробирки и лишь изрѣдка 4. У 4 больныхъ кровь была взята на 2-й день высыпанія, у трехъ—на 3-й день, у трехъ—

на 4-й день отъ начала высыпанія, у двухъ на 5-й день и еще у одного на 6-й день.

Приводимъ дословно результаты бактериологическаго изслѣдованія: «тотчасъ послѣ посѣва пробирки ставились въ термостатъ при 37° Ц. Въ большинствѣ случаевъ уже черезъ 3 сутокъ можно было замѣтить на днѣ пробирки бѣлое круглаго очертанія пятно. При встряхиваніи пробирки получалась муть; если же ее опять оставить въ покоѣ, то вновь образовывалось такое же пятно. Стерилизованной платиновой иглой мы брали частицу этого пятна, размазывали ее по тщательно очищенному покровному стеклышку и препараты окрашивали обыкновеннымъ способомъ метиленовой синькой». На всѣхъ этихъ микроскопическихъ препаратахъ авторъ всегда видѣлъ тѣ же палочки, которыя онъ находилъ въ кровяныхъ препаратахъ. Палочки окрашивались равномерно, располагаясь то подъ прямымъ угломъ другъ къ другу, то въ видѣ цѣпей. Изъ 13 случаевъ культуры у автора получились въ десяти. Непосредственныя прививки крови на Löffler'овскую сыворотку, равно какъ перевивки на сыворотку изъ бульонныхъ культуръ дали отрицательные результаты.

Не допуская возможности загрязненія, авторъ полагаетъ, что полученныя въ бульонѣ культуры развились изъ внесенной туда крови. Относительно того специфичны-ли для кори полученныя бациллы, авторъ пока не беретъ утверждать.

Изъ работы доктора Григорьева видно, что и онъ, также какъ Сапон, Pielicke и Чайковскій, находилъ въ крови при кори палочки, которыя, однако, по своимъ морфологическимъ свойствамъ отличались отъ палочекъ вышеупомянутыхъ авторовъ. Палочки Григорьева по своей длинѣ и толщинѣ немного превосходятъ дифтеритныя бациллы Klebs-Löffler'a; окрашивались онѣ, въ противоположность палочкамъ Сапон'a, Pielicke и Чайковскаго, хорошо и равномерно; количество ихъ на препаратахъ было не велико.

Что касается бактериологическаго изслѣдованія, то и изслѣдованію этого автора мы не можемъ придать рѣшающаго значенія, такъ какъ бациллы культивировались только на жидкой средѣ—на бульонѣ, что въ настоящее время не можетъ считаться доказательнымъ въ смыслѣ выдѣленія тѣхъ или другихъ микробовъ. Выдѣляя эти послѣдніе на жид-

кихъ средахъ очень легко получить загрязненіе, между тѣмъ, какъ способъ Коха разъединенія бактерій на плотныхъ питательныхъ средахъ является въ настоящее время наиболѣе лучшимъ, наиболѣе доказательнымъ: получая въ разливахъ во всѣхъ разжиженіяхъ даже всего по двѣ или три одинаковыхъ колоніи, мы вправѣ говорить о дѣйствительно выдѣленныхъ тѣхъ или другихъ микробахъ, въ особенности, если тѣ же колоніи повторяются и при слѣдующихъ разливахъ.

Докторъ Григорьевъ однако не допускаетъ возможности, чтобы выдѣленные имъ микробы представляли случайное занесеніе ихъ въ бульонъ, такъ какъ послѣдній тщательно стерилизовался, всѣ инструменты, съ которыми приходилось имѣть дѣло, также тщательно стерилизовались жаромъ, руки ребенка, также, какъ и руки автора тщательно вымывались спиртомъ.

Авторъ утверждаетъ, что изслѣдуя препараты изъ бульонныхъ культуръ онъ находилъ всегда одни и тѣ же палочки, походившія на тѣ, которыя встрѣчались на кровяныхъ препаратахъ. Спрашивается, чѣмъ руководствовался авторъ, утверждая, что бациллы, полученные въ бульонныхъ культурахъ, были всегда одни и тѣ же. Культивируя бациллы на бульонѣ, авторъ не могъ изучить подробно ихъ біологическихъ свойствъ; слѣдовательно, указаніе на то, что бациллы были одного и того же вида основано только на микроскопическомъ изслѣдованіи ихъ; между тѣмъ мы знаемъ, что изученіе микробовъ только по ихъ наружному виду, по наружнымъ ихъ свойствамъ, является не вполне точнымъ и даже рискованнымъ, ибо очень легко впасть въ ошибку: тѣ бактеріи, которыя по своему наружному виду кажутся намъ совершенно тождественными, при ближайшемъ изученіи ихъ морфологическихъ и біологическихъ свойствъ могутъ оказаться видами значительно отличающимися другъ отъ друга и не имѣющими между собою, кромѣ только наружной ихъ формы, ничего общаго.

Что касается осадка полученнаго авторомъ въ пробиркахъ съ бульономъ, въ которыхъ онъ культивировалъ колоніи бациллъ, то авторъ объясняетъ его ростомъ колоній и не допускаетъ возможности, чтобы осадокъ зтой представлялъ собою свернувшуюся кровь!

Въ 1892 году докторъ Doehle²⁶⁾, какъ мы уже упомянули выше, сдѣлалъ свое предварительное сообщеніе объ изслѣ-

дованіи крови при кори, а затѣмъ въ томъ-же году появилась его работа: „Zur Aetiologie von Masern, Pocken, Scharlach, Syphilis“.

Авторомъ изслѣдована кровь у двѣнадцати коревыхъ больныхъ, изъ нихъ 4 случая авторъ оставляетъ неописанными, изъ остальныхъ-же восьми—въ 5 случаяхъ изслѣдовалась живая кровь, въ остальныхъ трехъ только на сухихъ препаратахъ.

Изслѣдованіе крови производилось главнымъ образомъ, спустя одинъ или два дня послѣ появленія сыпи; въ одномъ случаѣ на 4-й или 5-й день.

Въ свѣжей крови, изслѣдованной въ висячей канлѣ, докторъ Doehle находилъ большее или меньшее число движущихся тѣлецъ, располагавшихся, какъ въ плазмѣ крови, такъ и въ кровяныхъ шарикахъ. Въ этихъ послѣднихъ тѣльца производятъ медленные, во исполнѣ явные движенія, при которыхъ они мѣняютъ свои мѣста по всѣмъ направленіямъ, но на ограниченномъ протяженіи кровяного шарика. На холоду движенія эти прекращались, но возобновлялись при нагрѣваніи даже два дня спустя.

Тѣльца эти величиною отъ $\frac{1}{2}$ до 1 μ . въ окружности имѣютъ свѣтлый ободокъ, въ центрѣ болѣе темное лежащее ядро. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ они представлялись нѣскольکو большей величины, имѣли овальную форму, нѣскольکو измѣнявшуюся при ихъ движеніи и два темноватыхъ ядра; движенія этихъ формъ вялы.

Окрашивая сухіе препараты крови по Flemming'у (оранжъ и генціана—фіолеть) внутри лежащее ядро этихъ тѣлецъ окрашивалось въ интенсивно фіолетовый цвѣтъ, красное кровяное тѣлце въ желтоватый или буроватый, рѣзко ограниченный ободокъ (Zona) тѣлецъ не окрашивался. Кромѣ тѣлецъ круглой формы, на сухихъ препаратахъ встрѣчались и овальные, содержащія въ себѣ чечевицеобразное, окрашенное въ фіолетовый цвѣтъ, ядро или два такихъ; наконецъ, на препаратахъ попадались еще болѣе крупныя формы, перекрещивающіяся поперечникъ которыхъ равнялся отъ 1,5 до 2,5 μ . и фіолетовое содержимое которыхъ представляло форму, состоящую изъ 4 равныхъ частей элипса. Кромѣ этого авторъ наблюдалъ и такія тѣльца, которыя содержали вмѣсто окрашенныхъ ядеръ нѣправильныя фигуры, относи-

тельно которых Dohle отказывается дать какое либо заключеніе.

Кровяные шарики, въ которыхъ лежали всё описываемыя формы тѣлецъ, казались иногда измѣненными, какъ бы надорванными.

Для разъясненія механизма движенія авторъ искалъ при датковъ. Помощью Леффлеровскаго способа окрашиванія жгутиковъ ему удалось найти интенсивно окрашенные красные круглые и овальные шарики, снабженные однимъ болѣе длиннымъ или двумя болѣе короткими извитыми нитеобразными отростками.

Подобныя же тѣла авторъ наблюдалъ и при скарлатинѣ и оспѣ.

Авторъ на основаніи результатовъ своихъ изслѣдованій приходитъ къ тому заключенію, что для упомянутыхъ трехъ сыпныхъ формъ характерно присутствіе въ крови, а при оспѣ и въ содержимомъ пустулѣ, протоплазматическихъ тѣлъ, чуждыхъ нормальному человѣческому организму. Эти тѣла авторъ разсматриваетъ какъ различные, но сходные виды паразитарныхъ Protozoa, являющихся возбудителемъ этихъ болѣзней. Отличаясь другъ отъ друга своей вполне развитой формой, они имѣютъ, однако, общій стадій развитія, именно стадій шариковъ, снабженныхъ жгутикомъ, но и въ этомъ стадіи можно ихъ отличать другъ отъ друга по величинѣ шариковъ, образованію вѣнчика и длинѣ жгутиковъ.

Докторъ Behla²⁷⁾, изучая въ 1893 г. бактериологически ящуръ и молочницу у животныхъ на ряду съ этимъ изслѣдовалъ также кровь и нѣкоторыя отдѣленія у людей, болѣвшихъ разными сыпными болѣзнями.

Изслѣдуя на ряду съ другими сыпными болѣзнями кровь и коревыхъ больныхъ, авторъ находилъ въ началѣ и во время высыпанія маленькія кругловатыя протоплазматическія тѣльца, окруженныя свѣтлымъ ободкомъ; будучи не одинаковой величины, тѣльца эти располагались то въ одиночку, то по два, то по нѣсколько вмѣстѣ и показывали на живыхъ препаратахъ крови амёбовидныя движенія; нѣкоторыя изъ нихъ двигались между красными кровяными шариками, другія казались двигающимися внутри ихъ. Въ описываемыхъ тѣльцахъ Behla могъ констатировать присутствіе бичей. Такія же тѣльца авторъ наблюдалъ и въ крови скарлатиноз-

ныхъ больныхъ во время цвѣтенія сыпи и въ крови при краснухѣ.

На основаніи своихъ наблюдений, а также изслѣдованій другихъ авторовъ, находившихъ подобныя-же тѣльца при другихъ сыпныхъ болѣзняхъ (Левашевъ, Pffeifer), авторъ считаетъ, что между острыми сыпными болѣзнями и этими организмами, по всей вѣроятности, существуетъ этиологическая связь.

Авторъ относитъ эти микроорганизмы къ протоплазматическимъ лишеннымъ оболочки амебовиднымъ формамъ, приближая ихъ къ маларійнымъ паразитамъ. Получить эти микроорганизмы при соответствующихъ заболѣваніяхъ въ чистой культурѣ до сихъ поръ не удалось. Въ виду того, что автору приходилось видѣть на микроскопическихъ препаратахъ описываемые имъ микроорганизмы, расположенными то въ одиночку, то по два, три и четыре, онъ допускаетъ возможность, что бактеріи, описываемыя другими авторами, при кори, какъ напр. кокки *Manfredi*, диплококки *Cornil'a* и *Babes'a*, *Thaon'a*—были именно тѣ микроорганизмы которые наблюдалъ авторъ.

Такимъ образомъ два послѣднихъ автора, въ противоположность всѣмъ предшествовавшимъ, возбудителемъ кори считаютъ не обыкновенныя бактеріи, а микроорганизмы, принадлежащія къ представителямъ животнаго царства—Protozoa, причемъ видѣныя ими протоплазматическія тѣла обуславливаютъ собою не только корь, но и другія инфекціонныя сыпныя болѣзни, какъ скарлатину, оспу, краснуху.

Наблюденія этихъ авторовъ требуютъ, конечно, дальнѣйшихъ изслѣдованій и подтвержденій, тѣмъ болѣе, что тѣ-же формы наблюдались авторами и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, чѣмъ слѣдовательно, какъ упоминаетъ *Behla*, устанавливается этиологическая связь между этими амебовидными протоплазматическими тѣлами и острыми сыпными болѣзнями. Если-же принять во вниманіе, что при изслѣдованіи крови морфологическіе элементы ея, вслѣдствіе-ли тѣхъ или другихъ патологическихъ состояній, или-же по причинѣ искусственныхъ образованій, могутъ очень легко симулировать собою различнаго рода микроорганизмы, то необходимость въ подтвержденіи результатовъ изслѣдованій вышеупомянутыхъ авторовъ сдѣлается еще очевиднѣе.

Нѣсколько несомнѣннымъ является предположеніе Behla, что кокки Manfredi, диплококки Cornil'a и Thаon'a суть именно тѣ микроорганизмы, которые были наблюдаемы авторомъ. Manfredi разводками на плотныхъ питательныхъ средахъ выдѣлилъ микроорганизмъ, который онъ наблюдалъ при крупозной коревой пневмоніи, и изучилъ его біологическія свойства, такъ что трудно допустить тождество между коккомъ, описываемымъ Manfredi и микроорганизмомъ Behla. Точно также трудно усмотрѣть идентичность между этими послѣдними и диплококками описанными Cornil'емъ, Babes'омъ и Thаon'омъ.

Изъ представленнаго обзора работъ, имѣющихся по настоящее время о коревомъ микробѣ, мы видимъ, что вопросъ о немъ до сихъ поръ остается еще не рѣшеннымъ, такъ какъ ни одному изъ авторовъ не удалось, въ точности, по требованіямъ современной бактериологіи, доказать специфичность микроорганизмовъ, принимаемыхъ каждымъ изъ нихъ за возбудителя кори.

ГЛАВА II.

Методы изслѣдованія.

Въ виду тѣхъ разнорѣчивыхъ данныхъ, которыя имѣются по настоящее время о коревомъ микробѣ, въ виду того, что всѣ предшествовавшія работы по этому вопросу производились не въ томъ объемѣ, который предъявляетъ намъ современная бактериологія, мы, въ нашихъ методахъ изслѣдованія, поставили себѣ цѣлью точно слѣдовать тѣмъ требованіямъ, которыя впервые въ свое время предъявилъ Кохъ по отношенію къ тому или другому микроорганизму и которыя приняты въ настоящее время современной бактериологіей. Требования эти, какъ извѣстно, слѣдующія: 1) микроскопическое констатированіе одного вида бактерий во всѣхъ случаяхъ извѣстной болѣзни и только при ней одной 2) разводки этого вида бактерий внѣ организма и 3) успѣшно произведенныя при помощи этихъ культуръ перенесеніе и воспроизведеніе той-же самой болѣзни.

Изъ этихъ трехъ положеній вытекаетъ, слѣдовательно, то, что мы тогда только можемъ говорить о специфичности того или другого микроба, когда намъ удастся констатировать его на микроскопическихъ препаратахъ во всѣхъ случаяхъ данной болѣзни, когда путемъ разводокъ на твердыхъ питательныхъ средахъ, опираясь на замѣтныя особенности роста или строения того или другого микроба, и тѣмъ умѣя отличить его отъ другихъ видовъ, удастся доказать, что этотъ одинъ совершенно опредѣленный видъ бактерій соответствуетъ исключительно только данной опредѣленной болѣзни и, наконецъ, когда имѣется возможность перенесеніемъ этихъ культуръ на животныхъ воспроизвести ту же самую болѣзнь у нихъ. Не всегда, конечно, удается удовлетворять всѣмъ этимъ требованіямъ; мы знаемъ, что въ настоящее время имѣются такіе микроорганизмы, специфичность которыхъ доказана для соответствующихъ болѣзней, между тѣмъ въ чистой культурѣ они не получены. Но, приступая къ изученію неизвѣстнаго еще микроба, такая послѣдовательность въ работѣ казалась намъ наиболѣе вѣрной.

Въ первой части нашей работы: „къ вопросу объ этиологіи кори“ мы ограничились изслѣдованіемъ одной только крови, исходя изъ того положенія, что разъ корь есть болѣзнь контагіозная, контагіей ея, проникая въ организмъ, долженъ, слѣдовательно, находиться и въ крови.

Согласно вышеприведеннымъ тремъ положеніямъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ кровь изслѣдовалась прежде всего микроскопически.

Затѣмъ къ микроскопическому изслѣдованію мы присоединяли въ каждомъ случаѣ и бактериологическое, прививая кровь отъ коревыхъ больныхъ на разныя питательныя среды. Что-же касается 3-го положенія, т. е. перенесенія культуръ даннаго микроба на животныхъ и воспроизведенія у нихъ той-же самой болѣзни, то мы принуждены были его нѣсколько измѣнить въ томъ смыслѣ, что прививали непосредственно кровь отъ коревыхъ больныхъ животнымъ съ цѣлью во 1-хъ узнать, удастся-ли намъ вызывать у нѣкоторыхъ изъ нихъ болѣзнь идентичную съ корью, а во 2-хъ, если удастся, то не удастся-ли у животныхъ выдѣлить микробъ, обуславливающій данную болѣзнь.

Основаніемъ для прививокъ крови послужили намъ то

обстоятельство, что еще въ прошломъ столѣтїи прививаемъ крови коревыхъ больныхъ здоровымъ удавалось получать корь, чѣмъ, слѣдовательно, было доказано, что кровь содержитъ въ себѣ какое-то инфицирующее неизвѣстное еще намъ вещество, вызывающее соответствующую болѣзнь.

Переходимъ теперь къ описанію методовъ нашихъ изслѣдованій.

Кровь изслѣдована нами въ 21 случаѣ. Микроскопически изслѣдовалась, какъ живая кровь, такъ и на сухихъ окрашенныхъ препаратахъ. Мы пользовались кровью больныхъ въ разные періоды болѣзни: періодъ высыпанія, цвѣтенія сыпи и въ начальномъ періодѣ шелушенія, во время паденія t° . Кровь добывалась нами слѣдующимъ образомъ: ланцетовидная игла, которой мы производили уколъ, передъ каждымъ уколомъ прокаливалась на огнѣ спиртовой лампочки.

Большею частью мы производили уколъ въ кожу одного изъ пальцевъ той или другой руки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣстомъ для укола мы избирали спину; такъ какъ на спинѣ обыкновенно коревыя папулы выражены очень хорошо, то мы и пользовались этимъ для того, чтобы уколъ производить непосредственно въ папулу. Выбранное для укола то или другое мѣсто промывалось тщательно дистиллированной водой съ мыломъ; затѣмъ растворомъ сулемы (1:1000), послѣ этого 95% спиртомъ; чтобы смыть съ поверхности спиртъ, а также съ цѣлью анестезіи вымытый участокъ кожи обильно орошался эфиромъ. Если для укола брался палецъ, то выше-сказаннымъ образомъ промывался не только этотъ, но и сосѣдніе съ нимъ; если бралась спина, то промывался большой участокъ ея; наши руки промывались тѣмъ-же порядкомъ. Покровныя стекла промывались раньше въ 25% растворѣ сѣрной кислоты, а затѣмъ чистыми хранились въ баночкѣ съ 95% спиртомъ; предъ употребленіемъ они тщательно вытирались, проводились на огнѣ спиртовой лампочки и помѣщались подъ стеклянный колпакъ. Предметныя стекла только предъ употребленіемъ промывались въ спирту и проводились на огнѣ спиртовой лампы, послѣ чего помѣщались подъ колпакъ. Для полученія живыхъ препаратовъ крови мы поступали слѣдующимъ образомъ: по полученіи уколомъ иглы крови, первую каплю ея мы удаляли стерилизованнымъ ватнымъ шарикомъ, слѣдующія капли наносились непосредственно на предметныя

стекла и тотчасъ-же прикрывались покровнымъ стеклышкомъ. Во избѣжаніе высыханія препаратовъ крови мы сейчасъ-же обводили края покровнаго стеклышка сначала вазелиномъ, который впослѣдствіи замѣняли растопленнымъ парафиномъ; вазелинъ предпочитается нѣкоторыми въ виду того, что имъ быстрѣе можно обвести края стекла и, такимъ образомъ, препаратъ крови подвергается высыханію меньшее время; но въ то-же время вазелинъ неудобенъ тѣмъ, что онъ загрязняетъ препаратъ, а также и объективъ микроскопа при изслѣдованіи масляной системой; при быстромъ обведеніи парафиномъ мы большею частью получали хорошіе препараты и только въ тѣхъ случаяхъ, когда обведеніе парафиномъ по чему либо замедлялось, мы дѣйствительно получали измѣненные кровяные шарики. За то парафинъ имѣетъ то преимущество, что препаратъ остается совершенно чистымъ. Для сухихъ препаратовъ крови добытую вышесказаннымъ способомъ каплю мы наносили на покровное стекло; сейчасъ-же это стекло покрывалось другимъ и однократнымъ быстрымъ сдвиганіемъ одного стеклышка надъ другимъ производилась размазка препарата; послѣ этого стекла подвергались высыханію на воздухѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда слой крови тонкій, высыханіе происходитъ очень быстро; когда-же слой получался болѣе толстый, мы слегка проводили препаратъ высоко надъ пламенемъ горѣлки; лучшіе препараты получаются, когда не приходится подогрѣвать надъ пламенемъ. Затѣмъ сухіе препараты крови фиксировались въ абсолютномъ спиртѣ. Вначалѣ мы также фиксировали препараты крови въ теченіи 5—10 минутъ, какъ это дѣлали Сапон, Pielicke, Григорьевъ и др., но впослѣдствіи мы нашли болѣе удобнымъ и лучшимъ въ смыслѣ полученія лучшихъ препаратовъ крови фиксацію производить отъ 1/2 до 1 часа. Послѣ этого препараты вынимались изъ спирта, подвергались высыханію и затѣмъ окраскѣ. Слѣдую технику Сапон'а и Pielicke, мы для окрашиванія кровяныхъ препаратовъ употребляли краску Хенцинскаго нѣсколько измѣненную ими, а именно:

Концентрированный водный растворъ Methylenblau	80,0
1/4 растворъ Eosin'a (въ 70% спиртѣ)	20,0

Первоначальная краска Хенцинскаго *), которую авторы употребляли, изслѣдуя кровь больныхъ инфлуэнцей слѣдующаго состава:

Концентрированный водный растворъ Methylenblau	40,0
$\frac{1}{2}\%$ растворъ Eosin'a (въ 70% алкоголь)	20,0
Aquae destillatae.	40,0

Приготовляя препараты крови этой краской, мы впоследствии убѣдились, что процентное отношеніе Eosin'a въ этой краскѣ очень слабо и что съ пользою можно употреблять не $\frac{1}{4}\%$ растворъ Eosin'a, а полупроцентный и даже однопроцентный. При такомъ количествѣ Eosin'a намъ удавалось получать очень хорошіе препараты, причемъ красные кровяные шарики окрашивались въ яркокрасный цвѣтъ, а бѣлые—въ голубой. Препараты въ краскѣ Сапоп-Реліске помещались въ теплый термостатъ на нѣсколько часовъ, иногда на 18—20 ч.; послѣ такого продолжительнаго окрашиванія красные кровяные шарики оставались иногда очень слабо окрашенными; когда же мы увеличили процентное количество Eosin'a, то двухчасовая окраска при обыкновенной комнатной t° оказалась вполне достаточной. Вообще нужно замѣтить, что съ этой краской очень трудно получать хорошіе препараты. Такъ какъ приходится имѣть насыщенный растворъ метиленовой синьки, то всегда получаютъ осадки въ краскѣ, поэтому заготовлять въ прокъ этой краски нельзя, а необходимо передъ непосредственнымъ окрашиваніемъ имѣть свѣжеприготовленную и брать ее непременно фильтрованную. Докторъ Григорьевъ рекомендуетъ болѣе простой способъ окраски, а именно: послѣ фиксаціи опускать препаратъ на 3 минуты въ 1% растворъ Eosin'a въ 60% спиртѣ, смѣшанный съ равною частью дистиллированной воды, затѣмъ послѣ промывки препаратъ опускается на $\frac{1}{2}$ минуты въ концентрированный растворъ метиленовой синьки съ равною частью дистиллированной воды и послѣ этого тщательно прополаскивается въ водѣ. Съ пользою мы употребляли для окрашиванія препаратовъ крови и анилиновыя краски, въ особенности 1% водный гентіана-віолетъ.

*) Deutsche medic. Wochenschrift. 1892, № 11. Цит.: „Le Bulletin medical“, 1892. P. 48.

Отъ каждаго больного мы приготавливали 4—5 препаратовъ живой крови (исключеніе представляютъ первые 7 случаевъ, гдѣ живыхъ препаратовъ крови не готовили) и 8—10 сухихъ препаратовъ.

На ряду съ бактеріоскопическими изслѣдованіями крови производились и бактеріологическія. Прокаленной на огнѣ платиновой петлей мы брали по нѣсколько капель крови и прививали ее у постели больного на различныхъ питательныхъ средахъ: мясо-пептонъ-бульонѣ, мясо-пептонъ-желатинѣ, косомъ агарь-агарѣ, глицеринъ-агарѣ и на желтковой средѣ доктора Настюкова*). Собирая такимъ образомъ кровь на этихъ питательныхъ средахъ, (обыкновенно кровь прививалась одновременно въ нѣсколько пробирокъ съ питательными средами), мы производили затѣмъ разливы на плотныхъ питательныхъ средахъ—М. П. Ж. и М. П. А.

Разливы дѣлались въ чашечкахъ Петри и по способу д-ра Шульцъ**). Мы предпочитали первоначальныя прививки крови отъ больного дѣлать на М. П. Ж., такъ какъ, дѣлая разливы на плотныхъ питательныхъ средахъ, пробирка съ Ж., куда была привита кровь, служила у насъ для 1-го разжиженія, безразлично, дѣлали-ли мы разливы на М. П. Ж. или А. Въ послѣднемъ случаѣ растворенный агаръ вливался въ пробирку съ желатиной или наоборотъ. Чашечки Петри, равно какъ и всѣ среды брались вполне стерилизованныя. Кромѣ чашечекъ Петри, для разливы мы часто пользовались также и способомъ Н. К. Шульцъ, причѣмъ этотъ послѣдній служилъ намъ не столько для выдѣленія изъ разливокъ отдѣльныхъ колоній, сколько для контрольных изслѣдованій. Этотъ, такъ называемый нами, контрольный способъ разливокъ заключается въ слѣдующемъ***). Имѣя уже привитыми три разжиженія, питательныя среды выливаются изъ нихъ въ чашечки Петри не вполне. Пробирки всѣхъ трехъ разжиженій съ оставшимся въ нихъ нѣкоторымъ количествомъ питательной среды ставятся въ наклонномъ положеніи до пол-

*) Настюковъ. Къ вопросу объ этиологии и клинической бактеріологій инфлуэнцы. (Дис. 1894. № 50).

***) Шульцъ. Видоизмѣненіе Коховскаго способа выдѣленія бактерій въ чистомъ видѣ (Врачъ 1894. № 39).

****) Д-ръ Пресманъ упоминаетъ объ этомъ способѣ въ своей диссертаци: „Матеріалы къ клинической бактеріологій мочевого пузыря“. 1894 г.

наго застыванія среды. Такъ что одновременно получаютъ двѣ разливки: одна въ чашечкахъ Петри, другая въ пробиркахъ по способу Шульцъ. Намъ кажется, что этотъ контрольный способъ разливки имѣетъ большое значеніе: здѣсь изъ одной и той-же прививки мы получаемъ двѣ разводки; слѣдовательно, всегда имѣется возможность сравнивать, получились-ли одинаковыя колоніи въ чашкахъ Петри и въ пробиркахъ; получая загрязненіе въ чашкахъ Петри, мы можемъ его не получить въ пробиркахъ, и такимъ образомъ у насъ сохраняется разводка. Наконецъ, получая какія-нибудь колоніи въ одной изъ этихъ двухъ разводовъ и не получая ихъ въ другой, у насъ можетъ скорѣе явиться подозрѣніе, не имѣется-ли въ данномъ случаѣ загрязненія. Способъ этотъ весьма нехлопотливъ и имѣетъ то преимущество, что во 1) одновременно получаютъ 2 разводки, а во 2) производя разводки и по способу д-ра Шульцъ, мы болѣе гарантированы отъ могущаго получиться загрязненія. Этими методами разливокъ мы пользовались и при разливахъ мокроты и другихъ отдѣленій.

Что касается экспериментовъ на животныхъ, то въ выборѣ ихъ мы, главнымъ образомъ, остановились на поросятахъ, такъ какъ у нихъ, благодаря ихъ бѣлому цвѣту кожи и отсутствію шерсти, хорошо можно наблюдать измѣненія на ней. Кромѣ того, нами руководило и то, что доктору Behla, работу котораго мы цитировали, удалось вызвать у одного поросенка вполне характеристическую коревую сыпь, прививъ ему носовую слизь коревого больного на слизистую оболочку носа и рта. Мы прививали только кровь. Изъ прежнихъ работъ надъ прививками кори людямъ и животнымъ, мы знаемъ, что прививка эта дѣлалась такъ, что тряпочку, смоченную кровью либо слизью коревого больного прикладывали къ ранкѣ здороваго ребенка, либо животнаго. Мы сочли неудобнымъ этотъ способъ прививки, такъ какъ при такой манипуляціи легко возможно внести въ рану, а слѣд. и въ кровь какіе-либо микробы изъ воздуха. Поэтому, съ цѣлью прививки крови животнымъ нами употреблялся слѣдующій способъ: безнаказанно для больного мы брали у него цѣлый Pravatzевскій шприцъ крови *); обеззаразивъ тыльную поверхность руки послѣдовательно

*) Проф. Левашевъ, прививая кровь отъ больныхъ сыпнымъ тифомъ на питательныя среды, въ послѣднее время добывалъ ее непосредственно изъ вѣнъ. Рукъ Pravatz'евскимъ шприцемъ. Врачъ 1894 № 21, стр. 613.

водою, сулемою (1 : 1000), спиртомъ и эфиромъ, мы непосредственно шприцемъ входили въ одну изъ поверхностныхъ кожныхъ венъ тыльной верхности кисти руки. Шприць съ азбестовымъ поршнемъ предварительно стерилизовался до 120°, игла обертывалась въ стерилизованную вату; набравши полный шприць крови, наконечникъ иглы вновь обматывался кускомъ стерилизованной ваты и тутъ-же этотъ-же шприць впрыскивался тому или другому животному въ то или другое мѣсто, причемъ это послѣднее также дезинфекцировалось, какъ и рука ребенка. Самый уколъ въ вену мы производили такимъ образомъ, что кисть руки сжималась въ кулакъ, вслѣдствіе чего вены, въ особенности на дѣтскихъ рукахъ, очень рельефно выдаются; затѣмъ, для большаго наполненія и для воспрепятствованія тока крови, надавливалось пальцемъ какое нибудь мѣсто выше мѣста укола (центральный конецъ вены); игла втыкалась по направленію сверху внизъ (въ периферическій конецъ). . Необходимо продѣлывать все это быстро, дабы избѣжать свертыванія крови въ шприць; при быстромъ исполненіи эта манипуляція удается очень легко; послѣ вкола кроветечение у больного останавливается въ теченіи одной минуты прямымъ надавливаніемъ; затѣмъ на руку больного накладывался сулемовый компрессикъ; мѣсто-же вкола животному залеплялось іодоформеннымъ коллодіемъ. Затѣмъ отъ животныхъ, по мѣрѣ надобности, бралась изъ ушныхъ венъ кровь, какъ для бактеріоскопическаго, такъ и для бактеріологическаго изслѣдованія; и здѣсь соблюдалась та-же промывка, которую мы производили на больныхъ; всѣ инструменты тщательно стерилизовались. Прививка на питательныхъ средахъ и разливка производились точно также, какъ описано выше.

Что касается осложненій кори, то, будучи въ зависимости отъ матеріала, мы изслѣдовали только нѣкоторыя изъ нихъ; всего изслѣдовано 21 случай, изъ нихъ—6 случаевъ бронхита, 2—катаррального воспаленія легкихъ 3—крупознаго воспаленія легкихъ, 5—гнойнаго воспаленія средняго уха, два—слизисто гнойнаго воспаленія конъюнктивы, 2—насморка съ гнойнымъ отдѣленіемъ, 1—воспаленія подчелюстной железы.

Малое, сравнительно, количество изслѣдованныхъ катарральныхъ пневмоній объясняется во 1-хъ тѣмъ, что вообще количество осложненій этой болѣзнию въ Елисаветинской кли-

нической больницѣ для малолѣтнихъ дѣтей, больными которой мы пользовались, было не велико за періодъ производства нашей работы, а во 2-хъ той трудностью, съ которой сопряжено добываніе мокроты у маленькихъ дѣтей.

Бронхиты изслѣдованы у болѣе взрослыхъ больныхъ, пользовавшихся въ городской барачной въ память Воткина больницѣ. Кромѣ того, нами изслѣдованы также микроскопически и бактериологически органы двухъ больныхъ, умершихъ отъ воспаления легкихъ послѣ кори.

Добываніе и изслѣдованіе мокроты при легочныхъ заболѣваніяхъ производились слѣдующимъ образомъ: а) у взрослыхъ: полость рта тщательно вытиралась смоченнымъ въ 3% растворомъ борной кислоты и хорошо выжатымъ кускомъ стерилизованной ваты; затѣмъ больной послѣдовательно прополаскивалъ ротъ дистиллированной водой и 3% растворомъ борной кислоты; послѣ этого кашлевыми толчками больной выхаркивалъ мокроту, которая собиралась въ стерилизованную пробирку; б) у дѣтей: ротъ, насколько возможно, промывался ватнымъ стерилизованнымъ шарикомъ смоченнымъ 2% растворомъ борной кислоты; затѣмъ стерилизованнымъ ватнымъ шарикомъ, вдѣтымъ на предварительно обезпложенный металлическій корнцангъ, мы входили въ гортань; такое механическое раздраженіе вызывало кашлевые толчки и появлявшаяся мокрота собиралась, такимъ образомъ, на ватномъ шарикѣ. Затѣмъ, корнцангъ съ ватнымъ шарикомъ вносился въ большую пробирку съ стерилизованной питательной средой, обыкновенно съ мясо-пептонъ-желатиной, и постепенными встряхиваніями корнцанга мы заставляли стекать мокроту съ ватнаго шарика; количество добываемой такимъ образомъ мокроты очень незначительно, но вполне достаточно для послѣдующихъ разливокъ. Собирать мокроту у дѣтей въ пустую стерилизованную пробирку очень неудобно, такъ какъ то незначительное количество мокроты, которое стекаетъ съ ватнаго шарика, присыхаетъ быстро къ стѣнкамъ пробирки; между тѣмъ, внося мокроту въ жидкую питательную среду, какъ бульонъ или разжиженную М. П. Желатину, мы предотвращаемъ ее отъ высыханія. Оставшуюся затѣмъ мокроту на ватномъ шарикѣ мы собирали прокаленной платиновой петлей и наносили на покровныя стеклышки; покрывая одно стеклышко другимъ, мы растирали препаратъ, подвергали

его высыханию, фиксировали его на огнѣ и окрашивали. Мокрота взрослыхъ изъ стерилизованной трубки, въ которой она собиралась, выливалась въ чашечку и послѣдовательно три раза одинъ за другимъ промывалась въ стерилизованной водѣ; затѣмъ петлей бралась порція изъ внутренняго комка мокроты для разливокъ и для микроскопическихъ препаратовъ. Разливка производилась точно также, какъ и разливка крови.

Для изслѣдованія гноя при воспаленіи средняго уха, ушная раковина промывалась растворомъ сулемы (1:1000), ухо проспирцовывалось 3% растворомъ борной кислоты и затыкалось кускомъ стерилизованной ваты; по истеченіи 2—3 часовъ прокаленной платиновой петлей мы набирали гной и вносили его въ пробирку съ какой нибудь питательной стерилизованной средой, откуда уже и производили разливки. Для микроскопическихъ препаратовъ петлей наносилась капля гноя на покровное стеклышко; дальнѣйшія манипуляціи тѣ-же, что и при мокротѣ.

Для полученія отдѣленія *Conjunctivæ* глаза этотъ послѣдній проспирцовывался 2% растворомъ борной кислоты, послѣ чего на глазъ накладывалась повязка изъ обезпложенной ваты; на слѣдующее утро прокаленной петлей добывалась изъ внутренняго угла глаза капля гноя, которая вносилась въ пробирку съ питательной средой.

Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія производились какъ и при изслѣдованіяхъ гноя изъ уха. Гнойное отдѣленіе слизистой оболочки носа мы добывали, входя непосредственно петлей въ полость носа, стараясь доводить петлю какъ можно выше. Полость носа предварительно проспирцовывалась 3% растворомъ борной кислоты. Въ дальнѣйшемъ—методы изслѣдованія тѣ-же. Гнойное отдѣленіе подчелюстной железы было собрано непосредственно послѣ разрѣза въ стерилизованную пробирку; изъ пробирки былъ взятъ гной для микроскопическаго и бактериологическаго изслѣдованій.

Изслѣдованіе органовъ производилось такимъ образомъ, что органъ разрѣзался прокаленнымъ скальпелемъ; затѣмъ раскаленнымъ скальпелемъ прижигалась поверхность разрѣза; параллельно этому разрѣзу производился второй, поверхность котораго также прижигалась; въ глубину полученнаго такимъ образомъ обрѣзка, сквозь прожженную поверхность, вты-

калась прокаленная петля, которая, по полученіи на ней сока, вносилаь тутъ-же въ пробирку съ стерилизованной питательной средой, служившей для перваго разжиженія разливки. Одновременно съ этимъ капля сока наносилась на покрывное стеклышко для микроскопическаго изслѣдованія.

Разливки производились на плотныхъ питательныхъ средахъ—М. П. Ж. и М. П. А.

Микроскопическіе препараты крови окрашивались по методу Сапон'а и Pielicke, а нѣкоторые—анилиновыми красками, преимущественно 1% воднымъ растворомъ гентіана-виолетъ. Препараты мокроты и гноя—разными анилиновыми красками и по способу Грама.

Какъ колоніи, такъ и микроскопическіе препараты разсматривались микроскопомъ Leitz'a, первыя при слабомъ увеличеніи: ок. 3, объект. 3. (Увеличеніе въ 80 разъ), вторые масляно-погружной системой—ок. 3. (Увеличеніе въ 700 разъ).

ГЛАВА II.

Клиническія наблюденія.

Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія.

При выборѣ больныхъ мы главнымъ образомъ руководствовались свѣжестью случая и ясно выраженной картиною болѣзни.

Всѣхъ случаевъ приводится нами 27, изъ нихъ кровь изслѣдывана у 21 больного, осложненія (21) у 17 *).

Случай I.

Марья Тихонова—дѣвочка 14 лѣтъ. № пр. ж. 5492. Поступила въ больницу 28 октября 1894 г. День болѣзни 2-й.

Diagnosis: Morbilli.

По всему тѣлу сыпь въ видѣ круглыхъ пятенъ, слегка возвышающихся надъ уровнемъ кожи. Т° при поступленіи утр. 38,5, веч. 40,3. Осложненій со стороны органовъ нѣтъ никакихъ. 29 октября т° утр. 38,7, веч. 39,1. Съ 30-го паденіе т°. Шелушеніе. Выписалась здоровой.

Кровь добыта у больной 31 октября, на пятый день послѣ высыпанія. (Сыпь совсѣмъ исчезла, осталась одна мраморность кожи. Шелушеніе. Т° 36,8).

*) Случаи отъ 1-го до 8-го включительно, 10, 11, 12, 15, 19 и 27 наблюдались въ городской барачной въ память Боткина больницѣ. Остальные—въ Елисаветинской Клипической больницѣ для малолѣтнихъ дѣтей.

Кровь привита на М. П. Ж. Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическое и бактериологическое изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

На микроскопическихъ препаратахъ замѣтно увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, какъ одноядерныхъ, такъ и многоядерныхъ.

С л у ч а й П.

Гальмаръ Вальфрідъ—мальчикъ 15 лѣтъ. № пр. ж. 5480. Поступилъ въ больницу 27 октября 1894 г. День болѣзни 8-й.

Diagnosis: Morbilli. Pneumonia scoprosa dextra.

На лицѣ и туловищѣ поблѣднѣвшая коревая сыпь. Конъюнктивы воспалены. Въ зѣвѣ краснота. Жалобы на кашель и насморкъ. Въ легкихъ выслушиваются разсѣянные хрипы. Т° утр. 38,8, веч. 40,1. Съ 28-го по 31-ое сыпь совсѣмъ исчезла; т° въ предѣлахъ 37,2 и 39,1. 31 октября т° утр. 38,3, веч. 39,7. Сильный кашель. Въ верхнихъ доляхъ легкихъ выслушиваются мелкопузырчатые хрипы.

1 ноября. Т° утр. 39,3, веч. 39,3. Грубый кашель съ отдѣленіемъ гнойной мокроты. Аускультативныя явленія тѣ же. Мѣстами шелушеніе. Небольшой потъ.

2 ноября т° утр. 38,7, веч. 39,7. Сильный кашель. Въ правомъ легкомъ, въ особенности въ правой подмышечной области выслушиваются мелкопузырчатые разбросанные хрипы. Одышка. Мокрота въ большомъ количествѣ—гнойнаго характера. Общій павозъ. Потъ.

3 ноября. Т° утр. 38,7, веч. 39,6. Въ лѣвой подмышечной области мелкопузырчатые хрипы. Въ правой дыханіе принимаетъ бронхиальный оттѣнокъ.

4 ноября. Т° утр. 38,1, веч. 38,1. Справа въ подключичной области перкусія даетъ притупленіе съ тимпаническимъ оттѣнкомъ. Въ правой подмышечной области выслушиваются бронхиальное дыханіе, крепитирующие и созвучные хрипы. Мокрота принимаетъ нѣсколько жравый оттѣнокъ. Жалобы на болѣзненность при лежаніи на правомъ боку.

5 ноября. Т° утр. 36,5, веч. 36,4. Status idem.

6 ноября. Т° утр. 36,2, веч. 36,0. Капляетъ меньше. Голосъ громкій и чистый. Въ легкихъ въ задней правой нижней долѣ и въ подмышечной области небольшое количество мелкопузырчатыхъ крепитирующихъ хриповъ. Бронхиальное дыханіе едва слышно. Въ остальныхъ мѣстахъ дыханіе чистое. Appetitъ хорошій.

Въ послѣдующіе дни постепенное улучшеніе, замѣна бронхиальнаго дыханія везикулярнымъ; больной выписался вполне здоровымъ.

Мокрота изслѣдована 1 и 4 ноября 1894 г.

На микроскопическихъ препаратахъ найдены кокки, располагающіеся небольшими кучками и диплококки, окруженные сумкой, которая на нѣкоторыхъ мѣстахъ представляется окрашенной.

Въ разливахъ обнаружены колоніи двоякаго рода.

I. На агаровыхъ пластинкахъ ростъ при т° 37,0 II. на т орой день. Колоніи замѣтны на глазъ, круглой формы, вы-

ступаютъ на поверхность; въ началѣ онѣ представляются бѣлыми, но спустя 2—3 дня принимаютъ золотистый колоритъ и совершенно приобрѣтаютъ золотисто-желтоватый цвѣтъ. Подъ микроскопомъ колоніи представляются въ видѣ довольно большихъ кругловатыхъ дисковъ, съ острыми гладкими, болѣе свѣтлыми нежели центръ краями, зернистаго строенія, темнокоричневаго цвѣта.

На желатиновыхъ пластинкахъ ростъ ихъ при комнатной t° не столь быстрый. Хотя и здѣсь на второй уже день замѣтны образованія, но они представляются въ видѣ маленькихъ бѣловатыхъ точекъ; на третій день вокругъ каждой такой колоніи замѣтна каемочка на желатинѣ—начало разжиженія ея. Одновременно съ этимъ колоніи доростають до поверхности и вполне разжижаютъ вокругъ себя питательную среду. Подъ микроскопомъ колоніи круглыя, желтоватаго цвѣта, съ ровными краями и мелко зернистостью; при начинающемся разжиженіи онѣ представляются темнобурными, съ неровными краями; зернистость не видна.

Ростъ въ пробиркѣ съ Агаромъ происходитъ вдоль всего укола, причемъ уже на второй день наблюдается ростъ на поверхности въ видѣ круглаго бѣловато-желтаго налета; налетъ этотъ въ послѣдующія дни увеличивается, причемъ и цвѣтъ его постепенно измѣняется, получая на 3-й—4-й день вполне золотисто-желтый оттѣнокъ.

При перевивкѣ колоній этихъ на желатину уже на второй день вдоль всего укола появляется очень характерный ростъ, причемъ замѣтно незначительное разжиженіе желатины; на 3—4 дни разжиженіе желатины все увеличивается по направлению сверху внизъ, причемъ разжиженіе получаетъ видъ воронки, въ узкой части которой помѣщаются освѣвшія сверху внизъ колоніи бактерій. Цвѣтъ ихъ, вначалѣ бѣлый, держится довольно долго и только спустя 7—8 дней получаетъ золотистый оттѣнокъ, не столь рѣзкій, однако, какъ на Агаровыхъ прививкахъ. Черезъ недѣли двѣ воронка исчезаетъ и вся плотная желатина превращается въ жидкую вслѣдствіе ея полного разжиженія.

Въ бульонѣ ростъ колоній довольно быстрый; уже на второй день получается довольно замѣтное помутнѣніе среды, увеличивающееся въ послѣдующіе дни; хотя при спокойномъ стояніи и получается осадокъ, но бульонъ остается мутнымъ.

На картофелѣ получается значительной толщины налетъ, принимающій тотъ-же золотисто-желтый цвѣтъ, какъ и на М.-П. А.

Микроскопическіе препараты, приготовленные изъ этихъ колоній даютъ видъ кокковъ; эти послѣдніе представляются въ видѣ маленькихъ круглыхъ клѣтокъ, имѣющихъ наклонность собираться въ довольно большія неправильныя кучки. Большія кучки получаютъ на препаратахъ, приготовленныхъ изъ культуръ на плотныхъ питательныхъ средахъ; изъ бульонной-же культуры кучки этихъ кокковъ не столь густыя; здѣсь онѣ встрѣчаются и въ одиночку и по 2, 5, 6 и т. д. Окрашиваются хорошо какъ анилиновыми красками, такъ и по способу Грама.

На основаніи всѣхъ указанныхъ морфологическихъ и биологическихъ свойствъ, выдѣленный въ данномъ случаѣ микробъ долженъ быть отнесенъ къ золотистому гроздекокку—*Staphylococcus pyogenes aureus*.

II. Что касается второго вида колоній, полученныхъ въ тѣхъ-же чашкахъ Петри, то онѣ рѣзко отличаются отъ колоній перваго вида. Въ разливкахъ на желатинѣ эти колоніи отсутствовали; здѣсь получились только колоніи стафилококка.

На агаровыхъ-же разливкахъ колоніи втораго вида представляются въ видѣ очень маленькихъ, едва замѣтныхъ простымъ глазомъ, точекъ бѣлаго цвѣта. При осмотрѣ этихъ колоній подъ микроскопомъ онѣ имѣютъ видъ сравнительно небольшихъ кружечковъ, съ довольно рѣзко очерченными ровными краями; кружки представляются зернистыми, съ нѣсколько желтоватымъ оттѣнкомъ, растущими подъ поверхностью. На 2—3-й день этотъ желтоватый оттѣнокъ переходитъ въ нѣсколько буроватый, но колоніи все-же остаются блестящими и прозрачными. Будучи сняты стерилизованной платиновой иглой и привиты на разныя питательныя среды колоніи эти даютъ слѣдующія характеристическія свойства:

На 8% желатинѣ при $t^{\circ} 20^{\circ}$ Ц. роста не даютъ.

Если-же пробирку съ мясо-пептонъ желатиной, куда была привита одна изъ этихъ колоній, помѣстить въ теплый термостатъ (37° Ц.), то въ разжиженной отъ температуры желатинѣ на днѣ пробирки получается бѣловатый осадокъ въ видѣ небольшого пятна. При встряхиваніи пробирки осадокъ подымается въ видѣ нѣжнаго бѣловатаго дыма.

Уколочная культура даетъ на второй день на агарѣ при t° 37,0 ростъ вдоль всего укола въ видѣ большого количества очень мелкихъ, нѣжныхъ зернышекъ; ростъ все время остается подъ поверхностью.

Бульонъ, на второй день послѣ прививки, послѣ суточного пребыванія въ термостамѣ при 37° остается прозрачнымъ, но на днѣ пробирки можно замѣтить небольшой величины бѣлое пятно; при встряхиваніи пробирки, осадокъ этотъ исчезаетъ, а въ бульонѣ получается муть въ видѣ очень нѣжнаго негустого дыма; получаемая при этомъ муть не распространяется по всему бульону, а замѣтна только на ограниченномъ мѣстѣ, поднимаясь вверхъ отъ осадка, такъ что бульонъ остается довольно прозрачнымъ. Спустя 10—15 минутъ муть опять осѣдаетъ въ видѣ такого-же пятна.

На косомъ агарь-агарѣ вдоль штриха разводка этого микроба даетъ очень нѣжный, прозрачный покровъ, на которомъ можно различать отдѣльныя малой величины зернышки.

Микроскопическіе препараты изъ бульонныхъ культуръ даютъ въ полѣ зрѣнія, главнымъ образомъ, диплококковъ въ видѣ цифры 8, овальной формы. Мѣстами эти диплококки собираются въ короткія цѣпи, состоящія изъ 6—8 отдѣльныхъ звеньевъ, но въ каждой такой цѣпочкѣ можно ясно различить отдѣльныхъ члениковъ ся, состоящихъ изъ кокковъ, соединенныхъ по два. Характерная сумка окружающая ихъ на препаратахъ, приготовленныхъ непосредственно изъ мокроты, здѣсь отсутствуетъ: величина же самихъ диплококковъ значительно больше, нежели полученныхъ на препаратахъ изъ мокроты, что можетъ быть объяснено разбуханіемъ сумокъ въ жидкой питательной средѣ, которыя поэтому и перестаютъ быть видимыми.

Микроскопическіе препараты изъ агарь-агаровыхъ культуръ не даютъ характерныхъ диплококковъ; вслѣдствіе того, что ростъ ихъ на твердыхъ средахъ ограниченъ, они являются здѣсь очень скученными, хотя и въ кучкахъ можно замѣтить, что онѣ состоятъ не изъ однихъ только кокковъ, но и изъ кокковъ, соединенныхъ по два. Кокки эти хорошо окрашиваются, какъ анилиновыми красками, такъ и по способу Грама.

Все это даетъ возможность отнести этотъ выдѣленный изъ

мокроты микробъ къ диплококку. Нѣкоторыя характерныя свойства его, а именно: отсутствіе роста на желатинѣ при 20°, отсутствіе роста на поверхности агара, самый микроскопическій видъ диплококка (онъ очень мало напоминаетъ собою палочку), способность окрашиванія его по Граму—приближаютъ его къ пневмококку Френкеля. Отъ цѣпочнаго кокка, который, какъ по виду колоній, такъ и по нѣкоторымъ морфологическимъ свойствамъ, походитъ на диплококка, этотъ послѣдній, на ряду съ другими признаками, главнымъ образомъ, отличается тѣмъ, что на 8—10% М. П. Ж. при комнатной t° роста не даетъ, между тѣмъ какъ первый уже на второй день при тѣхъ-же условіяхъ даетъ ростъ по всему уколу.

Выдѣленные совмѣстно микробы:

- a) *Staphylococcus pyogenes aureus*.
- b) *Diplococcus Fränkel Weichselbaum'a*.

С л у ч а й П И И.

Любовь Серебренникова—дѣвочка 9 лѣтъ, поступила въ больницу 2 ноября 1894 г. День болѣзни второй. № пр. ж. 5566.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis.

По лицу и всему тѣлу сыпь, состоящая изъ небольшихъ папулъ, чередующихся съ участками здоровой кожи. Conjunctivitis не рѣзко выраженъ, жалуются на боль въ глазахъ и кашель. Т. у. 39,0, веч. 39,1.

3 ноября t. у. 37,7, веч. 38,3. Сыпь держится.

4 ноября t. у. 36,2, веч. 36,5. Сыпь блѣднѣетъ. Кашель съ небольшимъ отдѣленіемъ мокроты. При аускультациі легкихъ выслушивается небольшое число свистящихъ хриповъ, въ особенности въ лѣвой задней верхней долѣ. На лицѣ шелушеніе.

Больная пребыла въ больницу до 22 ноября. Т°. за это время была нормальная, только два вечера 16-го и 17-го показывала 38,1 и 38,4. Хрипы въ въ легкихъ выслушивались до 10 ноября. Шелушеніе прекратилось 18 ноября. Выписалась вполне здоровой.

Кровь добыта 2 и 4 ноября 94 г., на 2 и 4 день высыпи; привита на М. П. Ж. и М. П. А.

Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія въ обоихъ случаяхъ даютъ отрицательные результаты. 4 же ноября добыта мокрота.

На микроскопическихъ препаратахъ, окрашенныхъ гентаминомъ и по Граму на ряду съ гнойными тѣльцами попадаются кокки, расположенные въ нѣкоторыхъ мѣстахъ группами въ 5—7 штукъ.

Разливками на плотныхъ питательныхъ средахъ выдѣленъ въ чистой культурѣ:

Staphylococcus pyogenes aureus.

С л у ч а й IV.

Валерьянъ Доброжинскій—мальчикъ 16 лѣтъ, поступилъ въ больницу 5 ноября 1894 г. № пр. ж. 5614. День болѣзни 4-й.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis.

Сыпь по рассказамъ больного появилась 4 ноября 94 г. По лицу и всему тѣлу папулезныя розеола съ промежутками здоровой кожи. Въ зѣвѣ пятнистая краснота. Насморкъ не рѣзко выраженъ, кашель. Въ легкихъ разсыянные хрипы. Т. у. 38,5, веч. 39,0.

6 ноября т. у. 37,7, веч. 38,9. По лицу и всему тѣлу обильная, яркокрасная пятнисто-папулезная сыпь. Кашель сухой, безъ отдѣленія мокроты. Въ легкихъ разсыянные сухіе хрипы.

7 ноября т. у. 37,3, веч. 38,1. Сыпь еще держится.

Съ 8 ноября поблѣдненіе сыпи, паденіе т., постепенное улучшеніе и полное выздоровленіе.

Кровь добыта 5 и 6 ноября, на второй день сыпи и привита на М. П. Б., М. П. Ж. и косомъ агарь-агарѣ. Разливки сдѣланы на М. П. А.

Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

С л у ч а й V.

Александра Штейманъ—дѣвочка 8 лѣтъ. № пр. ж. 5604. Поступила въ больницу 4 ноября 1894 г. День болѣзни 6-й. Сыпь показалась 2 ноября.

Diagnosis: Morbilli.

По лицу и всему тѣлу пятнистая сыпь, чередующаяся съ участками здоровой кожи. Насморкъ незначительный. Conjunctivitis отсутствуетъ. Кашель. Въ легкихъ разсыянные хрипы. Т. у. 38,5, веч. 38,4.

5 ноября т. у. 36,8. Сыпь еще замѣтна. Conjunctivitis и насморкъ очень слабо выражены. Кашель безъ отдѣленія мокроты.

Въ дальнѣйшемъ постепенное уменьшеніе сыпи, шелушеніе, выздоровленіе.

Кровь добыта 5 ноября 94 г. на 4 день высыпанія, привита на М. П. Б. и П. М. Ж. Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактериологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

На микроскопическихъ препаратахъ замѣтное увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

С л у ч а й VI.

Марья Твороговичъ—дѣвушка 17 лѣтъ, поступила въ больницу 14-го ноября 1894 г. № пр. ж. 5729. День болѣзни 5-ый, день сыпи первый.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis.

14 ноября. На лицѣ пятнистая сыпь. Въ зѣвъ пятнистая краснота. Т° у. 38,5, веч. 39,5.

15 ноября т° у. 39,5, веч. 40,3. Сыпь по всему тѣлу и по лицу выражена ясно, сыпь сливчатая, блѣдно-краснаго цвѣта. Conjunctivitis. Насморкъ выраженъ не рѣзко. Въ зѣвъ рѣзкая пятнистая краснота. Миндалины припухши. Голос охрипшій. Въ легкихъ разсѣянные сухіе хрипы. Языкъ обложенъ.

16 ноября т° у. 38,0, веч. 39,1. Сыпь блѣднѣетъ, въ легкихъ, въ переднихъ и заднихъ доляхъ, въ особенности въ лѣвомъ сухіе и влажные хрипы. Жалуется на боль въ груди. Сильный кашель.

17 ноября т° у. 37,2, веч. 36,8. Въ легкихъ обильные влажные хрипы. Кашель уменьшается. Сыпь замѣтна еще на тѣлѣ.

18 и 19 ноября начало шелушенія, веч. т° 38,2.

20 ноября т° у. 36,9, веч. 36,8. Жалобы на боль въ лѣвомъ ухѣ. Незначительное гноетеченіе изъ него.

Съ 21-го по 29 ноября т° въ предѣлахъ нормы. Гноетеченіе изъ уха прекратилось 21-го. По временамъ жалобы на боли то въ лѣвомъ, то въ правомъ ухѣ. Выпущалась изъ больницы вполне здоровой.

Кровь добыта 15 ноября 94 г. на 2 и 7 день по высыпаніи. Привита на М. П. Б., М. П. Ж. и М. П. Г. А.

Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактериологическія изслѣдованія въ обоихъ случаяхъ даютъ отрицательные результаты.

17 и 21 ноября 94 г. была добыта мокрота; мокрота отдѣляется въ большомъ количествѣ слизистогнойнаго характера, безъ запаха. Въ обоихъ случаяхъ результаты получены одинаковые.

На микроскопическихъ препаратахъ, окрашенныхъ по Граму и анилиновымъ гентіана-віолетомъ, на ряду съ большимъ количествомъ гнойныхъ тѣлецъ попадаются кокки, мѣстами располагающіеся небольшими кучками и цѣпочками.

Въ разливахъ, на ряду съ колоніями золотистыхъ и бѣлыхъ гроздекокковъ имѣются колоніи, рѣзко отличающіяся отъ этихъ.

На агаровыхъ пластинкахъ онѣ представляются въ видѣ маленькихъ величиною съ булавочную головку, сѣрыхъ, просвѣчивающихъ капель, не выступающихъ на поверхность.

Въ разливахъ на желатинѣ онѣ имѣютъ видъ очень маленькихъ бѣлыхъ точекъ, не разжижающихъ желатины; и здѣсь ростъ этихъ колоній только подъ поверхностью.

Подъ микроскопомъ колоніи имѣютъ желтобурый, иногда темно-бурый оттѣнокъ, форма ихъ круглая, веретенообразная; онѣ имѣютъ зернистый видъ и гладкіе, ровные края.

Будучи привиты на разныя питательныя среды, колоніи эти обнаруживаютъ слѣдующія свойства.

На 8--10% желатинѣ уже на второй день при $t. 20^{\circ}$ замѣчается ростъ по всему уколу; на 3-й и 4-й день ростъ вполне выраженъ, причемъ вдоль всего укола замѣчается рядъ бѣлыхъ зеренъ, представляющихся въ видѣ точекъ: зерна не сливаются между собою и обособлены другъ отъ друга. По истеченіи многихъ дней ростъ остается только подъ поверхностью желатинны, которая не разжижается. На косозастывшей желатинѣ культура, нанесенная штрихомъ, даетъ вдоль всего этого послѣдняго массу мельчайшихъ круглыхъ зернышекъ, не сливающихся между собою и не увеличивающихся съ теченіемъ времени въ своихъ размѣрахъ.

На агаръ-агарѣ, послѣ суточного стоянія въ термостатѣ при 37° , получается хорошо выраженный ростъ по всему уколу; здѣсь отдѣльныя зерна не такъ рѣзко обособлены другъ отъ друга, такъ что по виду ростъ этотъ очень похожъ на ростъ по уколу дилококковъ Френкеля. Въ большинствѣ случаевъ ростъ получался обильнѣе, нежели у этихъ послѣднихъ. На косозастывшемъ агарѣ, при нанесеніи культуры штрихомъ, получаютъ вдоль всего штриха мелкія зернышки, не сливающихся между собою.

На бульонѣ уже на второй день, въ особенности-же на третій, послѣ стоянія въ термостатѣ при 37° получается очень обильный ростъ: на двѣ пробирки образуется осадокъ, который при встряхиваніи пробирки даетъ большей или меньшей величины хлопья, растворяющіеся вполне при дальнѣйшемъ встряхиваніи пробирки.

Микроскопическіе препараты, приготовленные изъ бульонныхъ культуръ, даютъ подъ микроскопомъ кокковъ, располагающихся цѣпочками довольно большой величины. Иногда цѣпочки представляются прямыми, иногда извитыми.

Окрашиваются какъ водными растворами анилиновыхъ красокъ, такъ и по способу Грама.

Препараты, приготовленные изъ агаръ-агаровыхъ культуръ, не даютъ характерныхъ цѣпочекъ; изъ жидкой желатинны, на которой была привита культура этихъ микробовъ, получались также длинныя цѣпочки, состоявшія изъ отдѣльныхъ кокковъ. Уже одно это послѣднее свойство давать болѣе или менѣе длинныя цѣпочки говоритъ за то, что въ данномъ

случаѣ имѣлось дѣло съ гноероднымъ цѣпочечнымъ коккомъ; если къ этому присоединить еще и другія свойства выдѣленнаго микроба, какъ ростъ колоній подъ поверхностью, незначительная величина самихъ колоній, ихъ микроскопическій видъ, характерная въ видѣ хлопьевъ муть въ бульонѣ,— то наше предположеніе подтверждается еще болѣе.

Однако здѣсь необходимо замѣтить, что какъ въ данномъ случаѣ, такъ и въ другихъ, получая подобныя колоніи въ разливкахъ, мы всегда должны были строго дифференцировать ихъ отъ колоній Френкелевскихъ диплококковъ, такъ какъ, какъ тѣ, такъ и другія имѣютъ нѣкоторое сходство въ морфологическомъ отношеніи: какъ тѣ, такъ и другія представляются очень мелкими; подъ микроскопомъ колоніи цѣпочечнаго кокка являются почти такими-же свѣтлыми, какъ и колоніи диплококковъ; наконецъ, и диплококки имѣютъ наклонность иногда располагаться небольшими цѣпочками. Для дифференціального діагноза мы руководствовались слѣдующими свойствами, рѣзко отличающими ихъ одинъ отъ другого:

1) Цѣпочечный коккъ на 8—10% желатинѣ даетъ ростъ при 20° уже на второй день. Диплококкъ Френкеля при этихъ-же условіяхъ роста не даетъ.

2) На бульонѣ цѣпочечный коккъ даетъ обыкновенно бѣльшей или меньшей величины хлопья, между тѣмъ, какъ диплококкъ этихъ хлопьевъ не даетъ; при встряхиваніи пробирки получается очень незначительная муть, поднимающаяся въ видѣ тонкой струи дыма.

3) Хотя и диплококкъ Френкеля нерѣдко образуетъ цѣпочки, но эти послѣднія всегда коротки и не достигаютъ тѣхъ размѣровъ, какіе наблюдаются у цѣпочечнаго кокка.

Въ виду, такимъ образомъ, этихъ дифференціальныхъ признаковъ, выдѣленный коккъ долженъ быть отнесенъ къ цѣпочечному—*Streptococcus pyogenes*.

Бактеріологическое изслѣдованіе даннаго случая подтверждается также и микроскопическимъ препаратомъ мокроты: большею частью между гнойными шариками, а иногда во внутри ихъ, видны кокки, расположенные небольшими цѣпочками.

Бѣлый гроздекоккъ, выдѣленный на ряду съ золотистымъ, по своимъ морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ

ничѣмъ не отличается отъ золотистаго. Разница заключается только въ томъ, что онъ не обладаетъ окрашивающимъ его пигментомъ.

Выдѣленные совмѣстно микроорганизмы:

- 1) *Staphylococcus pyogenes aureus et albus.*
- 2) *Streptococcus pyogenes.*

С л у ч а й VII.

Ирина Воронцова—дѣвочка 14 лѣтъ. № пр. ж. 5770. Поступила въ больницу 17 ноября 1894 г. День болѣзни второй.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis. Otitis media.

Жалуется на боль въ глазахъ, насморкъ, небольшой кашель.

17 ноября. По всему тѣлу пятнистая сыпь, чередующаяся съ здоровыми участками кожи. t° у. 39,0, веч. 39,1. При выслушиваніи легкихъ незначительное количество сухихъ хриповъ въ заднихъ доляхъ ихъ.

18 ноября t° у. 36,9, веч. 37,0. Сыпь поблѣднѣла. Явленіе конъюнктивита исчезли. Въ мочѣ слѣды бѣлка.

Съ 19 по 27 ноября постепенное улучшение при нормальной t° , за исключеніемъ 23 ноября, когда t° вечерняя повысилась до 38,8. За этотъ-же періодъ времени шелушеніе; бѣлокъ исчезъ.

27 ноября. Въ ночь на 27 ноября почувствовала боль въ лѣвомъ ухѣ; днемъ, какъ изъ лѣваго, такъ и праваго уха гноетеченіе; t° у. 38,9, веч. 38,1.

Гноетеченіе изъ ушей продолжалось до 17 декабря 94 г. Больная выпущена изъ больницы вполне здоровой.

Кровь добыта 17 ноября 1894 г. на второй день высыпи и привита на М. П. Б. и М. П. Ж. Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты; количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ замѣтно увеличено.

Мокрота добыта и изслѣдована два раза 21 ноября и 24 ноября 1894 г. Въ обоихъ случаяхъ результаты получены одинаковые. Мокрота слизисто-гнойнаго характера, безъ запаха, отдѣляется въ достаточномъ количествѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе мокроты обнаруживаетъ присутствіе кокковъ, располагающихся небольшими кучками и короткими цѣпочками; послѣднія преобладаютъ; кромѣ того, встрѣчаются отдѣльные кокки, соединенные по два. Количество гнойныхъ тѣлецъ значительно.

Выдѣленные микроорганизмы по своимъ морфо- и биологическимъ свойствамъ соотвѣтствуютъ гроздевидному и цѣпочечному коккамъ:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus et albus.*

2) *Streptococcus pyogenes.*

21 ноября добытъ и изслѣдованъ гной изъ уха.

Выдѣлены совмѣстно:

1) *Staphylococcus pyogenes albus et aureus.*

2) *Streptococcus pyogenes.*

На микроскопическихъ препаратахъ видны кокки, расположенные небольшими кучками и цѣпочками.

С л у ч а й VIII.

Екатерина Степанова—дѣвочка 11 лѣтъ № пр. ж. 5884. Поступила въ больницу 24 ноября 1894 г. Сыпь выступила 22 ноября.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis. Otitis media.

24 ноября. По лицу и всему туловищу сыпь, состоящая изъ красныхъ круглыхъ пятенъ, мѣстами сливающихся между собою. Въ зѣвѣ краснота. Въ легкихъ, въ особенности въ правой подлопаточной области выслушиваются разсыпанные сухіе хрипы. Конъюнктивитъ не рѣзко выраженъ. Т° веч. 39,1.

Съ 25 ноября 94 г. паденіе т°, постепенное печеночное сыпи, періодъ шелушенія.

Съ 28 ноября жалобы на боль въ правомъ ухѣ; при нѣсколько повышенной т° гноетечение изъ праваго уха. Въ послѣдующемъ—полное выздоровленіе.

Кровь добыта 25 ноября 1894 г. на 4-й день высыпанія, привита на М. П. Б. и косомъ агаръ-агарѣ.

Бактеріоскопическое и бактеріологическое изслѣдованія крови даютъ отрицательные результаты.

При изслѣдованіи живыхъ препаратовъ крови даннаго случая, равно какъ и при изслѣдованіи таковыхъ во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, гдѣ изслѣдована кровь, мы наблюдали образованія, которыя считаемъ идентичными съ образованіями, описанными докторомъ Deehle и принимаемыми имъ за возбудителей кори. О нихъ мы скажемъ ниже при обзорѣ результатовъ нашихъ изслѣдованій.

Мокрота добыта 25 ноября 1894 г. Отдѣляется въ небольшомъ количествѣ; слизисто-гнойная безъ запаха.

Выдѣленные совмѣстно микроорганизмы:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus et albus*

2) *Streptococcus pyogenes.*

На микроскопическихъ препаратахъ попадаются, главнымъ образомъ, отдѣльныя кучки, состоящія изъ небольшого числа коковъ; цѣпочечнаго расположенія ихъ не удалось видѣть.

3 декабря 94 г. добыты гной из уха. Выдѣлены совмѣстно:

- 1) *Staphylococcus pyogenes albus et aureus*
- 2) *Streptococcus pyogenes*.

Микроскопическое изслѣдованіе гноя подтверждаетъ бактериологическое.

СЛУЧАЙ IX.

Лидія Коноплева—дѣвочка 1 г. 2 мѣс., № пр. ж. 1146. Поступила въ больницу 27 ноября.

Diagnosis: Morbilli.

По лицу и за ушами слабо выраженная пятнистая сыпь. Дѣвочка довольно хорошо улитанная. Внутренніе органы измѣненій не представляютъ. Зѣвъ ярко-краснаго цвѣта съ характерными пятнами на твердомъ небѣ. Т° 38,5.

28 ноября. На лицѣ, животѣ и спинѣ ярко-красная пятнистая сыпь, чередующаяся съ здоровыми участками кожи. На верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ сыпь выражена слабо. При аускультациі легкихъ выслушивается небольшое количество сухихъ и свистящихъ хриповъ. Животъ нѣсколько вздутъ. Сильное отдѣленіе изъ носа слизисто-гнойнаго характера. Т° у. 39,5, веч. 39,3. Пульсъ 121. Въ дальѣйшемъ постепенное улучшение, шелушеніе и выздоровленіе.

Кровь добыта и изслѣдована 28 и 29 февраля 94 г. на второй и третій день высыпанія. Привита на М. П. Ж., М. П. Б. и М. П. Гл. А. Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Результаты микроскопическихъ и бактериологическихъ изслѣдованій отрицательныя.

28 ноября 94 г. собрано отдѣленіе изъ носа: отдѣленіе слизисто-гнойнаго характера, весьма обильное, безъ запаха.

Выдѣленные совмѣстно микроорганизмы:

- 1) *Staphylococcus pyogenes albus*
- 2) *Streptococcus pyogenes*.

СЛУЧАЙ X.

Алексѣй Богдановъ—мальчикъ 12 лѣтъ. № пр. ж. 5980. Поступилъ въ больницу 30 ноября 1894 г. Сыпь показалась 28.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis. Conjunctivitis. Catarrhalis.

По лицу и всему тѣлу обильная пятнистая сыпь, чередующаяся съ промежутокми здоровой кожи. На твердомъ небѣ пятнистая краснота. Conjunctivitis. Внутренніе органы нормальны. Т° у. 39,0, веч. 40,0.

1 декабря. Т° у. 39,3, веч. 39,4. Пл. 100. Сыпь сильно выражена. Въ правой подвздошной области при надавливаніи сильная болѣзненность. Рѣзкій конъюнктивитъ съ слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ. Тоны сердца нѣсколько глуховаты.

2 декабря. Т° у. 38,2, веч. 38,4. Сыпь блѣднѣетъ. Боль въ подвздошной области прекратилась. Самочувствіе лучше.

3 декабря. Большой жалуется на кашель. Въ легкихъ мѣстахъ выслушиваются сухіе хрипы. Сыпь значительно блѣднѣетъ.

4, 5 и 6 декабря. Status idem.

7, 8 и 9 декабря. Въ легкихъ, въ особенности надъ правой лопаткой, небольшое количество крепитирующихъ и субкрепитирующихъ хриповъ. Съ 8 декабря начало шелушенія. Сыпь исчезаетъ. Явленія Conjunctivitis исчезаютъ.

10 декабря. Кашляетъ меньше. Хрипы мѣстами еще выслушиваются, въ особенности въ заднихъ доляхъ справа.

Съ 11 по 21 декабря постепенное улучшение, прекращеніе шелушенія и полное выздоровленіе.

Т° 3 декабря 39,6—39,5; 4 дек. 37,9—38,3; 5 дек. 38,4—38,7; 6 дек. 38,8—39,5; 7 дек. 38,0—39,1; 8 дек. 39,0—39,3; 9 дек. 38,0—38,6; 10 дек. 37,7—37,6.

Съ 11 по 21 декабря т° въ предѣлахъ нормы.

Кровь добыта 1 и 6 ноября 94 г. на 4 и 9 день по высыпаніи.

Кровь привита на М. П. Ж. и М. П. А.

Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

Замѣтное увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

2 декабря 94 г. собрано гнойное отдѣленіе Conjunctivы.

Выдѣленъ въ чистой культурѣ бѣлый гроздекоккъ:

Staphylococcus pyogenes albus.

8 декабря 94 г. добыта мокрота; отдѣляется не въ очень большомъ количествѣ, слизисто-гноянаго характера.

Выдѣленъ въ чистой культурѣ:

Staphylococcus pyogenes aureus.

На микроскопическихъ препаратахъ, какъ отдѣленія конъюнктивы, такъ и мокроты, получены кокки, располагающіеся небольшими кучками.

СЛУЧАЙ XI.

Павель Червопцевъ—мальчикъ 15 лѣтъ. № пр. ж. 5997. Поступилъ въ больницу 1 декабря 94 г. День болѣзни 6-й.

Diagnosis: Morbilli.

На лицѣ и по всему тѣлу не рѣзкая пятнистая сыпь, чередующаяся съ здоровыми участками кожи. На твердомъ небѣ пятнистая краснота. Conjunctivitis. Т° 39,0—39,6.

2 декабря. Сыпь блѣднѣетъ. Т° 37,4—37,6.

3 декабря. Сыпь почти не замѣтна. Въ легкихъ выслушивается чистое везикулярное дыханіе. Начало шелушенія. Т° 36,5—36,6. Съ 4 декабря по 10 декабря т° въ предѣлахъ нормы Шелушеніе продолжается.

11 декабря. Утромъ ознобъ. Подчелюстные железы увеличены. Въ зѣвѣ краснота. Налетовъ нѣтъ. Натѣвъ сыпи нѣтъ. Т° 39,4—39,3. Шелушеніе прекратилось.

12 декабря. Припухлость небныхъ дужекъ и uvula. Насморкъ, Т° 39,2—39,1.

Съ 13 декабря т^о появилась, припухлость дужекъ и uvula, равно какъ и насморкъ прошли. Больной выписался вполне здоровымъ.

Кровь добыта 1 декабря 1894 г. приблизительно на 4-й день высыпанія. Привита на М. П. Б., М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическое и бактериологическое изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

Какъ на живыхъ, такъ и на окрашенныхъ препаратахъ крови констатируется увеличенное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

С л у ч а й XII.

Петръ Порѣтъ—юноша 17 лѣтъ. № пр. ж. 6021. Поступилъ въ больницу 2-го декабря 94 г. День болѣзни 4-ый. День высыпанія 1-ый.

Diagnosis: Morbilli.

Больной хорошаго сложенія и питанія. По лицу и тѣлу густая, въ видѣ розеоль, сыпь. Конъюнктивитъ. Насморкъ. Въ зѣвъ пятнистая краснота. Внутренніе органы нормальны. Т^о веч. 39,0.

3 декабря. Сыпь яркая. Въ легкихъ мѣстами выслушиваются сухіе свистящіе хрипы. Незначительный кашель. Т^о 38,0—39,3

4 декабря. Сыпь замѣтно поблѣднѣла. Головная боль, языкъ сухой, обложенъ. Т^о 36,6—36,3.

Съ 5 декабря шелушеніе. Т^о въ предѣлахъ нормы; осложненій со стороны какихъ-либо органовъ нѣтъ; больной выписался вполне здоровымъ.

Кровь добыта и изслѣдована 3 декабря на второй день высыпанія. Привита на М. П. Б. и М. П. Ж. Разливки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическое и бактериологическое изслѣдованія, даютъ отрицательные результаты.

На микроскопическихъ препаратахъ констатируется увеличеніе количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

С л у ч а й XIII.

Анастасья Серховская—дѣвочка 8 лѣтъ. № пр. ж. 968. Поступила въ больницу 8-го октября 1894 г. съ болѣзью Eczema chronica. Blepharitis ciliaris. Въ коревое отдѣленіе переведена 7-го декабря 94 г.

Diagnosis: Morbilli.

7 декабря 94 г. Сыпь показалась 6 декабря. На лицѣ пятнистая сыпь, чередующаяся съ здоровыми участками кожи. Въ зѣвъ пятнистая краснота. Т^о у.—39,0, веч. 40,1.

8 декабря. Яркая коревая сыпь по всему тѣлу, въ особенности на животѣ и нижнихъ конечностяхъ. Энантема. Въ легкихъ небольшое количество сухихъ хриповъ. Т^о 39,2—40,1.

9 декабря. Сыпь держится, но не столь яркая. Ночью больная бредила. Т° утр. 39,1, веч. 39,0.

10 декабря. Начало шелушения. Сыпь исчезает. Зъвъ блѣдный. Т° утр. 38,0, веч. 38,0.

Съ 11-го декабря по 18-го декабря шелушение. Самочувствіе хорошее, осложненной пѣтъ. 19 декабря переведена обратно въ терапевтическое отдѣленіе.

Кровь добыта и изслѣдована 7 и 9 декабря на второй и 4-й день высыпанія. Привита на М. П. Б. и М. П. Ж.

Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактериологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

Количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ замѣтно увеличено.

С л у ч а й X I V .

Елизавета Никифорова—дѣвочка 4-хъ лѣтъ. № пр. ж. 1109. Поступила въ больницу 21-го ноября съ болѣзью: Bronchitis. 5 декабря 94 г. вслѣдствіе появившихся признаковъ кори переведена въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli. Febris remittens.

5 декабря. На лицѣ нѣсколько красныхъ пятенъ. Conjunctivitis. Насморкъ. Въ зъвъ красноты нѣтъ. Въ легкихъ выслушивается небольшое количество сухихъ хриповъ, т° утр. 38,7; веч. 39,2.

6 декабря. Въ зъвъ точечная энантема. На лицѣ и спинѣ яркая сыпь въ видѣ мелкихъ пятенъ. Т° у. 39,5, в. 40,3.

7 декабря. Яркая пятнистая сыпь покрываетъ все тѣло.

Рвало при сильномъ сухомъ кашлѣ. зъвъ блѣдный. Въ легкихъ небольшое количество хриповъ. Слизисто-гнойное отдѣленіе изъ носа. Т° утр. 40,0. веч. 40,4.

8 декабря. Сыпь держится ярко-красная. Зъвъ блѣдный. Рвоты не было. Кашель лучше. Т° у. 39,9 в. 39,1.

9 декабря. Сыпь блѣднѣетъ. Въ зъвъ незначительная краснота. Въ обоихъ легкихъ большее количество сухихъ мелко пузырчатыхъ хриповъ. Гнойное отдѣленіе изъ носа продолжается. Т° у. 38,2, веч. 38,6.

Съ 10 декабря начало шелушенія, паденіе т°; въ дальѣйшемъ присоединилась интермитирующая лихорадка.

Кровь добыта и изслѣдована 5, 6 и 7 декабря на 1, 2 и 3-й дни высыпанія. Привита на М. П. Ж., М. П. Б. и комсомъ агарѣ. Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактериологическія изслѣдованія крови, добытой 5, 6 и 7 декабря, даютъ отрицательные результаты.

9 декабря собрано слизисто-гнойное отдѣленіе носа.

Выдѣлены совмѣстно микроорганизмы:

1) *Staphylococcus pyogenes albus*.

2) *Streptococcus pyogenes*.

Микроскопическіе препараты подтверждаютъ бактериологическое изслѣдованіе.

С л у ч а й X V .

Ксенофонтъ Комаровъ—мальчикъ 14 лѣтъ. № пр. ж. 237. Поступилъ въ больницу 14 января 95 г. День болѣзни—шестой. День высыпи—2-ой.

Diagnosis: Morbilli. Bronchitis.

14 января 95 г. По лицу и всему тѣлу пятнистая сыпь. Въ зѣвѣ пятнистая краснота. Conjunctivitis. Насморкъ. Стулъ правильный.

15 января. На лицѣ и по тѣлу сыпь рѣзко выражена; жалуется на боль въ глоткѣ. Въ зѣвѣ рѣзкая краснота, миндалины немного увеличены. Кашель. Въ легкихъ разсѣянные сухіе хрипы.

16 января. Сыпь поблѣднѣла. Кашель сильный съ отдѣленіемъ слизисто-гнойной мокроты. При аускультациі легкихъ выслушиваются разсѣянные влажные хрипы. Сзади, справа въ подлопаточной области небольшое количество мелкопузырчатыхъ хриповъ. Въ зѣвѣ краснота меньше, слабѣе часто. Жалуется на боли въ подложечной области.

17 января. Сыпь исчезаетъ. Въ легкихъ явленія тѣ-же.

18 января. Сзади справа въ подлопаточной области небольшое количество мелкопузырчатыхъ хриповъ.

19 января. Сыпь исчезла. Жалуется на боль въ лѣвомъ ухѣ.

20, 21, 22 января. Кашель уменьшился. Въ легкихъ явленія тѣ-же. Шелушеніе.

23 января. Боли въ лѣвомъ ухѣ усиливаются. Въ остальномъ Status idem.

24 января. Въ легкихъ выслушиваются мѣстами разсѣянные сухіе хрипы. Лѣвымъ ухомъ слышитъ плохо. Течи нѣтъ.

Съ 25 января по 5 февраля 95 г. Боли въ ухѣ прошли. Слухъ плохой; въ остальномъ поправляется. Шелушеніе по 28 января. Выписанъ здоровымъ.

Т° 14 января—39,0 40,0; 15 января—38,2 38, 2; 16 января—36,7—36,7
17 января 36,7—36,7; 18 января 36,7—36,7; 19 января 37,4—37,4; 20 янв.
37,0—37,9; 21 января 37,0—37,5; 22 января 37,3—37,8; 23 января 37,0—38,0;
24 января 37,0—37,9; 25 января 37,1—37,6.

Съ 26 января т° въ предѣлахъ нормы.

16 января 1895 г. добыта мокрота, слизисто-гнойнаго характера, тягучая, безъ запаха.

Разливками на плотныхъ питательныхъ средахъ совмѣстно выдѣлены:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus*.

2) *Streptococcus pyogenes*.

Микроскопическое изслѣдованіе даетъ большое количество кокковъ, располагающихся по два, кучками и короткими цѣпочками.

С л у ч а й X V I.

Екатерина Машкина—дѣвочка 2½ лѣтъ. № пр. ж. 85. Поступила въ больницу 18 января 1895 г. День болѣзни 3-й.

Diagnosis: Morbilli.

18 января 95 г. Дѣвочка средняго питанія и тѣлосложенія. Пятнистая сыпь на груди, спинѣ и ногахъ; на лицѣ и за ушами не столь рѣзкая. Въ зѣвъ характерная энантема. Въ легкихъ, особенно въ правомъ, сухіе хрипы. Общее состояніе удовлетворительное. Т° веч. 37,2.

19 января. Сыпь на лицѣ и верхнихъ конечностяхъ слабѣетъ; на нижнихъ интенсивна. Т° у. 38,5, веч. 37,4.

20 января. Status idem. Т° у. 36,0, веч. 37,2.

21 января. Сыпь исчезаетъ. Зѣвъ блѣдный. Т° у. 36,0, веч. 36,5.

Съ 22 января шелушеніе. Выписалась вполне здоровой.

Кровь добыта и изслѣдована 18 января 95 г., приблизительно на 2-й день высыпанія. Привита на желтковой средѣ Н а с т ю к о в а, на М. П. Б. и М. П. Ж. Разлипки сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія крови даютъ отрицательные результаты.

Количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ замѣтно увеличено.

С л у ч а й X V I I.

Петръ Самойловъ—мальчикъ 2 лѣтъ. № пр. ж. 15. Поступилъ въ больницу 4 января 95 г. съ болѣзью—Rachitis-Pneumonia Catarrhalis.

18 января въ виду появившихся признаковъ начинающейся кори переведенъ въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli. Otitis media.

16 января. На лицѣ, груди и верхнихъ конечностяхъ маленькія красныя пятна. Въ зѣвъ краснота и набухлость. Цианозъ губъ и лица. Въ лѣвомъ легкомъ, въ области лопатки и ниже ея, притупленіе перкуторнаго тона. Въ этихъ мѣстахъ выслушиваются крепитирующие хрипы. Общее состояніе плохое. Т° у. 39,6, веч. 39,7.

20 января. Интенсивная сыпь на груди; на лицѣ поблѣднѣла. Зѣвъ блѣдный. Въ нижнихъ частяхъ обоихъ легкихъ много крепитирующихъ хриповъ, въ особенности слѣва. Общее состояніе плохое. Слабило 5 разъ жидко. Т° у. 37,7, веч. 39,0. Изъ лѣваго уха появилась течь.

21 января. Сыпь печезла. Подъ лѣвой лопаткой рѣзкое бронхиальное дыханіе и притупленіе перкуторнаго тона. Пульсъ слабый—100. Тоны сердца нѣсколько глухи. Т° у. 37,5, веч. 38,8.

22 января. Exitus letalis (Патолого-анатомическое вскрытіе не было произведено).

Кровь добыта и изслѣдована 20 января на третій день высыпанія. Привита на желтковой средѣ Н а с т ю к о в а и М. П. Ж.

Разливками на М. П. Ж. и М. П. А. выдѣленъ въ чистой культурѣ цѣпочный коккъ, который по своимъ морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ оказался вполне тождественнымъ съ гноероднымъ цѣпочнымъ коккомъ.

Streptococcus pyogenes.

На микроскопическихъ препаратахъ крови доказать присутствіе стрептококка не удалось.

С л у ч а й XVIII.

Николай Мухинъ—мальчикъ 5 лѣтъ. № пр. ж. 25. Поступилъ въ больницу 5 января 95 г. съ болѣзью Scarlatina. 18-го января въ виду появившихся признаковъ кори переведенъ въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli. Lymphadenitis. Laryngitis streptococci. Скарлатинная сыпь исчезла у больного 8 января.

19 января. Пятнистая сыпь покрываетъ почти все тѣло; въ некоторыхъ мѣстахъ видно скарлатинозное шелушеніе. Въ зѣвѣ рѣзкая, но не характерная краснота. Припуханіе шейныхъ железъ съ лѣвой стороны. Въ легкихъ незначительное количество хриповъ. Т° у. 39,8, веч. 39,1.

20 января. Ночью бредитъ. Сыпь немного блѣднѣе, покрываетъ сплошь все тѣло. Въ зѣвѣ незначительная краснота. Опухоль железъ въ томъ-же положеніи. Т° у. 39,0, веч. 38,6.

21 января. Сыпь исчезаетъ. Зѣвъ блѣдный. Въ остальномъ явленія тѣ-же. Т° у. 38,5, веч. 38,4.

22 января. Сыпь исчезла. Опухоль тверда. Т° у. 38,4, веч. 38,3.

Въ послѣдующемъ опухоль смягчилась и 29 января 95 г. была сдѣлана разрѣзъ, при чемъ вышло около двухъ чайныхъ ложекъ гноя, смѣшаннаго съ кровью. Съ 24 января присоединился крупозный ларингитъ.

31 января. Exitus letalis. (Патолого-анатомическое вскрытіе не было произведено).

Кровь добыта и изслѣдована 19 января на 2-й день высыпанія. Привита на желтковой средѣ Настюкова, М. П. Ж. и косомъ М. П. А. Разливка сдѣлана на М. П. А. Бактеріологическія изслѣдованія крови даютъ отрицательные результаты.

Изъ добытаго и собраннаго въ стерилизованную пробирку, 29 января, гном сдѣлана разливка на М. П. Ж. и М. П. А.

Выдѣлены совместно:

a) *Staphylococcus pyogenes albus.*

b) *Streptococcus pyogenes.*

На микроскопическихъ препаратахъ большое количество кокковъ, расположенныхъ небольшими цѣпочками и кучкамъ

С л у ч а й XIX.

Екатерина Громова—дѣвочка 2-хъ лѣтъ. № пр. ж. 347. Поступила въ больницу 21 января 95 г. День болѣзни 8-ой.

Diagnosis: Morbilli. Pneumonia crouposa dextra.

Поступила съ едва замѣтною коревою сыпью въ періодъ шелушенія.

21 января. Больная средняго сложенія и питанія. По тѣлу блѣднѣющая сыпь. Въ легкихъ подѣ правой лопаткой притупленіе тона; здѣсь-же выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы. Пульсъ слабый. Т° у. 39,5, веч. 39,7.

22 февраля. Кашляетъ довольно сильно. Голосъ сиплый. Притупленіе тона справа въ области лопатки и по сосковой линіи. Дыханіе жесткое съ бронхіальнымъ отгѣнкомъ. Субкрепитирующие хрипы. Въ лѣвомъ легкомъ явленіе бронхита. Въ зѣвъ незначительная краснота. Т° у. 39,1, веч. 38,8.

23 января. Спала мало. Дых. 64. Пульсъ 140. Въ правой лопаточной области тупость тона выражена рѣзче. Дыханіе съ бронхіальнымъ отгѣнкомъ. Слабило 3 раза. Шелушеніе довольно сильное. Т° у. 39,0, веч. 39,6.

24 января. Притупленіе въ области лопатки менѣе рѣзкое. Подѣ лопаткой и въ подмышечной области крепитирующие хрипы. Дых. 64. Пульсъ 148. Т° у. 39,3, веч. 39,4.

25 января. Кашель усилился. Въ правой лопаточной области и по аксиллярной линіи выслушивается легкое бронхіальное дыханіе; крепитирующие и субкрепитирующие хрипы. Дых. 64. Пульсъ 160. Т° у. 38,0; веч. 39,8.

26 января. Дых. 80. Пульсъ 168. Въ области правой лопатки бронхіальное дыханіе. Въ нижней доль крепитация. Надѣ лѣвой ключицей бронхіальный выдохъ. Подѣ лѣвой лопаткой распространенный бронхитъ. Лице блѣдное. Состояніе плохое. 27 января Exitus letalis.

Патолого-анатомическое вскрытіе, произведенное 27 января обнаружило слѣдующее:

Ребенокъ плохаго питанія. На кожѣ нижней части груди, живота и боковъ поверхностей шеи шелушеніе. Большой родничекъ не заросъ. Легкія свободны, плохо спались. На плеврахъ обѣихъ нижнихъ долей легко соскабливается тонкій фиброзный налетъ. Въ ткани правой нижней доли, занимающая почти сплошь и лежа близко другъ отъ друга, видны маленькіе узелки (величиною съ горошину) сѣровато-желтаго или сѣровато-краснаго цвѣта, мало проходимые для воздуха. Точно такіе-же узелки, но менѣе скученно, разбросаны въ ткани средней и нижнемъ отдѣлѣ верхней правой и нижней лѣвой доляхъ. Слизистая оболочка бронхъ рѣзко-краснаго цвѣта, немного набухла, изъ разрѣзовъ среднихъ крупныхъ бронхъ выдавливается немного гноевидной слизи. Бронхіальныя железы немного увеличены. Сердце нормальныхъ размѣровъ. Клапаны и intima большихъ сосудовъ безъ видимыхъ измѣненій. Въ полости перикардія около одной чайной ложки прозрачной серозной жидкости. Селезенка почти нормальныхъ размѣровъ. Ткань ея блѣдно-вишнево-краснаго цвѣта, разрѣзы гладки, пульпа не выскабливается. Печень на 2¹/₂ пальца выдается изъ подѣ края реберъ, умеренно наполнена кровью, нормальной плотности. Въ желчномъ пузырьѣ до 333 темно-красной желчи. Почки безъ видимыхъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка и кишекъ малокровна. Въ брыжеечныхъ железахъ мѣстами попадаются небольшія казеозныя гнѣзда.

Erycrisis. Pneumonia crouposa lobi dextri inferioris. Broncho-Pneumonia incipiens lobi sinistri inferioris. Rachitis. Morbilli.

Добыта мокрота 22 и 23 января 95 г.

Разливками на плотныхъ питательныхъ средахъ выдѣлены совмѣстно оба раза:

- 1) *Staphylococcus pyogenes aureus*.
- 2) *Diplococcus Fränkel—Weichselbaum'a*.

Микроскопическіе препараты обнаруживаютъ большое количество сумчатыхъ диплококковъ; кокки, расположенные кучками, попадаютъ рѣдко. *Post mortem* изслѣдованъ сокъ изъ легкаго и селезенки.

Изъ легкаго выдѣлены:

- 1) *Staphylococcus pyogenes aureus*.
- 2) *Diplococcus Fränkel—Weichselbaum'a*.

На микроскопическихъ препаратахъ изъ сока легкихъ на ряду съ сумчатыми диплококками присутствуетъ довольно большое количество маленькихъ палочекъ, расположенныхъ, главнымъ образомъ, по два, подъ тупымъ угломъ.

Разливками на плотныхъ питательныхъ средахъ кромѣ гроздековка и диплоковка, выдѣлена палочка, не разжижающая желатины и по виду очень схожая съ палочкой, выдѣнной на микроскопическихъ препаратахъ. Палочка эта обнаруживаетъ слѣдующія свойства:

- 1) На агаровыхъ пластинкахъ:

При $t^{\circ} 37^{\circ}$ на второй день ростъ. Колоніи въ видѣ очень маленькихъ сѣроватыхъ точекъ; ростъ подъ поверхностью; представляютъ сходство съ колоніями стрептококка. Подъ микроскопомъ (объективъ 3, ок. 3. Leitz) — круглой формы, темновато-бураго цвѣта съ ровными краями и мелкой зернистостью.

- 2) На желатиновыхъ пластинкахъ:

При комнатной t° ростъ скудный: только на 3-й или 4-й день появляются колоніи въ видѣ очень маленькихъ сѣроватыхъ точекъ, принимающихъ при косо-падающемъ свѣтѣ голубовато-сѣрый цвѣтъ. И здѣсь ростъ только подъ поверхностью. Подъ микроскопомъ видъ тотъ-же.

3) Ростъ въ бульонѣ. При $t^{\circ} 37^{\circ}$ на слѣдующій день ясно выраженная сѣрая муть и сѣроватый осадокъ; бульонъ при спокойномъ стояніи не просвѣтляется.

4) Ростъ по уколу въ желатинѣ медленный. На 3-й день вдоль укола ростъ въ видѣ небольшихъ зеренъ; на поверхности роста нѣтъ.

- 5) Уколочная культура на агарѣ даетъ на слѣдующій день

(при 37°) обильный ростъ вдоль всего укола; и здѣсь ростъ только подъ поверхностью.

6) На картофелѣ ростъ скудный.

Микроскопическіе препараты изъ чистыхъ культуръ представляютъ коротенькую, не толстую, прямую палочку съ тупыми концами, длина ея въ 3—4 раза больше толщины; располагается она большею частью попарно, образуя открытый книзу тупой уголъ въ видѣ опрокинутой римской цифры V. Окрашивается хорошо анилиновыми растворами. По Граму обезцвѣчивается. Болѣзнетворность этой бактерии испытана такимъ образомъ, что морской свинкѣ, вѣсомъ въ 250 грам. впрыснуто 3-го февраля въ полость брюшины 1 к. с. бульонной разводки. При микроскопическомъ изслѣдованіи крови, произведенномъ 4 февраля чрезъ 20 часовъ послѣ впрыскиванія—палочка въ крови не найдена. Морская свинка все время чувствовала себя хорошо; 18 февраля была убита. Вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій въ органахъ. Ни разводками крови и сока легкихъ, ни микроскопическими препаратами доказать присутствіе палочки чрезъ двѣ недѣли послѣ впрыскиванія, не удалось.

Разливки изъ сока селезенки больной даютъ отрицательные результаты.

С л у ч а й XX.

Алексій Самойловъ—мальчикъ 1 г. 10 мес. № пр. ж. 103. Поступилъ въ больницу 23 января 95 г. День болѣзни пятый.

Diagnosis: Morbilli. Otitis media.

18 января у больного обнаружился жаръ, насморкъ, кашель, поносъ (братъ больного боленъ корью, находится въ больницѣ).

24 января. Довольно хорошо упитанный ребенокъ. Кожа блѣдная, сыпи нигдѣ не замѣчается. Въ зѣвъ незначительная пятнистая краснота. Насморкъ и явленія разлитого бронхита. Кашель не частый, но сильный, то 38,0—39,5.

25 января. Рѣзкая пятнистая сыпь на лицѣ и груди. Въ зѣвъ характерная пятнистая энантема. Въ легкихъ явленія тѣ-же. Слабило 8 разъ жидко. Т° у. 39,0; веч. 38,7,

26 января. Сыпь держится. Кашель сильный, напоминаетъ коклюшный. Въ легкихъ разсыянные сухіе хрипы. Слабило 5 разъ жидко. Т° 38,5, веч. 38,5.

27 января. (Въ 11 ч. ночи сильно бредилъ. Т° была 40,0). Сыпь все еще яркая. Въ зѣвъ пятнистая краснота держится. Слабило 6 разъ жидко. Т° у. 38,3, веч. 40,1.

28 января. Сыпь блѣднѣетъ только на животѣ и на ногахъ. Обѣ губы сильно припухли и покрыты афтозными изъязвленіями. Языкъ обложенъ. Силь-

ная припухлость мягкаго нёба и краснота. Налетовъ нѣтъ. Изъ носа и обонхъ ушей течь. Т° утр. 40,2, веч. 39,0.

29 января. Сыпь все еще держится. Правая щека сильно припухла, равно какъ и губы. Изъ носа и ушей течь. Общее состояніе плохое. Т° утр. 39,6 веч. 39,9.

30 января. Сыпь исчезла. Въмѣсто нея на всемъ тѣлѣ выступили точечные кровоподтеки. Ребенокъ сильно беспокоится, мечется. Тоны сердца нѣсколько глухи.

Общее состояніе плохое, слабило очень часто и жидко. Въ ночь на 31 января exitus letalis.

(Паталого-анатомическое вскрытіе произведено не было).

Кровь добыта и изслѣдована 25 и 27 января въ первый и третій дни высыпанія. Привита на М. П. Ж. и уколомъ на М. П. А.

Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія дали отрицательные результаты.

28 января собранъ гной изъ уха.

Разливами на плотныхъ питательныхъ средахъ выдѣлены совмѣстно:

- 1) *Staphylococcus pyogenes citreus*.
- 2) *Streptococcus pyogenes*.

На микроскопическихъ препаратахъ попадаются коротенькія цѣпочки кокковъ, кокки, соединенные по два (безъ сумокъ) и небольшими кучками.

С л у ч а й X X I.

Константииъ Григорьевъ—мальчикъ 1 г. 8 мѣс. № пр. ж. 122. Поступилъ въ больницу 30 января 95 г.

Diagnosis: Morbilli. Pneumonia catarrhalis sinistra. Erysipelas faciei et capitis. Phlegmone Capitis.

31 января. Мальчикъ слабого тѣлосложенія и питанія. Яркая пятнистая сыпь покрываетъ все тѣло, въ особенности лице и конечности, чередуясь съ небольшими участками здоровой кожи. Въ зѣвѣ характерная пятнистая сыпь. Въ легкихъ сухіе разсыанные хрипы. Общее состояніе хорошее. Т° у. 39,4; веч. 38,7.

1 февраля. Сыпь держится. Кашель сухой и частый. Сзади на лѣвой сторонѣ, въ особенности надъ лопаткой и подъ ней бронхіальное дыханіе и крепитирующіе хрипы. Общее состояніе удовлетворительное. Т° у. 37,8, веч. 38,7.

2 февраля. Сыпь по всему тѣлу держится, темнокраснаго цвѣта съ точечными кровоизліяніями. Въ лѣвомъ легкомъ въ лопаточной области и по аксиллярной линіи бронхіальное дыханіе и масса крепитирующихъ хриповъ. Перкуссия даетъ притупленіе тона. Лице нѣсколько вздуто. Припуханіе подче-

лостныхъ железъ. Обѣ губы распухли. Зѣвъ чистъ. Общее состояніе плохое. Т^о у. 38,6; веч. 38,8.

3 февраля. Сыпь ціанотична. Пульсъ нитевидный. Сильный отекъ всего лица, рожистая краснота по лицу и головѣ. Губы сильно припухли и покрыты дифтеритными налетами. Вся задняя лѣвая сторона спины даетъ притупленный тонъ и бронхиальное дыханіе. Состояніе плохое. Т^о у. 40,8. веч. 40,3. Въ ночь на 4 февраля Exitus letalis.

Патолого-анатомическое вскрытіе, произведенное 4 февраля, обнаружило слѣдующее:

Ребенокъ плохого питанія. Подкожно-жирный слой развитъ плохо. Лице опухшее, одутловатое, съ синеватокрасными на немъ пятнами. На плеврѣ лѣвой нижней доли небольшой величины экхимозы. Въ ткани почти всей лѣвой нижней доли легкаго имѣется довольно большое количество рѣзко-ограниченныхъ гнѣздъ, величиною съ булавочную головку, мѣстами сидящихъ близко другъ къ другу. При ощупываніи эта доля легкаго представляется пронизанной плотными узлами. Цвѣтъ—синеватокрасный, поверхность разрѣза гладкая, при погруженіи въ воду кусочки легкаго тонуть. Въ нижнемъ отдѣлѣ верхней лѣвой доли и въ нижней правой долѣ встрѣчаются также такіе-же узлы въ ограниченномъ количествѣ. Слизистая оболочка бронхъ нѣсколько разрыхлена, красноватаго цвѣта. При надавливаніи изъ нихъ выдѣляется небольшое количество слизисто-гнойнаго секрета. Бронхиальныя железы увеличены, богаты кровью. Въ полости перикардіа небольшое количество серозной жидкости. Въ сердцѣ равно какъ въ нѣкоторыхъ сосудахъ измѣненій не замѣчается, Селезенка нѣсколько увеличена и гиперимирована. Печень нормальной консистенціи, наполнена кровью. Въ остальныхъ органахъ видимыхъ измѣненій нѣтъ.

Erycrisis: Pneumonia catarrhalis lobi sinistri inferioris. Erysipelas. Morbilli.

Кровь добыта и изслѣдована 30 и 31 января въ 1-й и 2-й дни высыпанія, привита на М. П. Б., М. П. Ж. и желтковой средѣ Н а с т ю к о в а. Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

Post mortem изслѣдованы микроскопически и бактеріологически сокъ изъ легкаго, селезенки и кровь, добытая изъ полости сердца.

Изъ легкаго разливами на плотныхъ питательныхъ средахъ выдѣлены совмѣстно:

- 1) Staphylococcus pyogenes aureus.
- 2) Streptococcus pyogenes.

Изъ селезенки:

Streptococcus pyogenes.

Микроскопическое изслѣдованіе соковъ соотвѣтственныхъ органовъ подтверждаетъ бактеріологическое изслѣдованіе.

Въ виду того, что въ данномъ случаѣ къ кори присоеди-

нился и розжистый процессъ, весьма вѣроятно предположить, что выдѣленный стрептококкъ и есть стрептококкъ рожи Фелейзена, который, какъ извѣстно, ни по своему наружному виду, ни по росту на нашихъ обычныхъ питательныхъ средахъ, не даетъ никакихъ особыхъ признаковъ, по которымъ его можно было бы отличить отъ обыкновеннаго гноероднаго стрептококка.

Исслѣдованіе крови *post mortem* дало отрицательные результаты.

С л у ч а й XXII.

Татьяна Ступеникова—дѣвочка 2-хъ лѣтъ. № пр. ж. 19. Поступила въ больницу 4 января 95 г. съ болѣзью *Catarrhus intestinorum*.

Въ виду обнаружившихся признаковъ кори переведена 24 января въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli. Otitis media. Bronchitis.

24 января. На лицѣ, туловищѣ и конечностяхъ рѣзкая пятнистая сыпь. Зѣвъ блѣдный. Въ легкихъ подъ лѣвой лопаткой крепитирующіе хрипы. Насморкъ. Т° у. 39,8, веч. 37,8.

25 января. Сыпь исчезаетъ. Въ легкихъ явленія тѣ-же. Т° у. 37,3, веч. 38,6. Съ 26 января по 31 января—жалобы на боли въ животѣ. Т° держится около 39,5. Повось. Въ легкихъ явленія разлитого бронхита.

31 января. Изъ ушей показалась течь. Въ легкихъ явленія тѣ-же. Т° 38,8—39,0. Съ 1 февраля больная продолжаетъ лихорадить. По желанію родителей 3 февраля взята домой.

2 февраля добытъ гной изъ уха.

Разливками выдѣлены совмѣстно.

1) *Staphylococcus pyogenes albus et citreus*

2) *Streptococcus pyogenes*.

На микроскопическихъ препаратахъ—кокки въ видѣ небольшихъ цѣпочекъ и кучекъ.

С л у ч а й XXIII.

Алексѣй Мордасовъ—мальчикъ 4-хъ лѣтъ. № пр. Ж. 84. Поступилъ въ больницу 18 января 95 г. съ болѣзью *Pneumonia Crouposa dextra*. Въ виду появившихся признаковъ начинающейся кори переведенъ 31 января въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli.

31 января. На лицѣ пятнистая сыпь. Въ зѣвѣ невзначительная краснота. Т° у. 38,1, веч. 40,0.

1 февраля. Блѣдная сыпь на лицѣ и туловищѣ. Въ зѣвѣ характерная энантема. Въ лѣвомъ легкомъ сзади ослабленное дыханіе. Т° у. 38,7, веч. 39,8. Гнойное отдѣленіе изъ глазъ.

2 февраля. Сыпь держится, также энантема. Т° у. 38,0, веч. 38,3. Ясно выраженный слизисто-гнойный конъюнктивитъ глазъ.

3 февраля. Сыпь цианотична. Въ зѣвъ рѣзкая синеватая краснота и точечные вѣлѣты на миндалинахъ. Т° у. 39,0. Въ ночь на 4 февраля exitus letalis.

(Патолого-анатомическое вскрытіе произведено не было).

Кровь добыта и изслѣдована 31 января и 1 февраля на 2-й и 3-й день высыпанія. Привита на М. П. Б., М. П. Ж. Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

1 февраля добыто гнойное отдѣленіе Conjunctiv'ы глаза.

Разливками выдѣленъ въ чистой культурѣ:

Staphylococcus pyogenes aureus.

На микроскопическихъ препаратахъ—кокки, располагающіеся по одному, два и по нѣсколько кучками.

СЛУЧАЙ XXIV.

Ваня Антиповъ 5 лѣтъ. № пр. ж. 1233. Поступилъ въ больницу 20 декабря 1894 г. съ болѣзью *Gonitis fungosa*. Въ виду появившихся признаковъ кори 14 февраля 95 г. переведенъ въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli.

14 февраля. За ушами, на лицѣ, груди, рукахъ и животѣ не очень яркая точечная сыпь. Въ зѣвъ незначительная пятнистая краснота. Капель сухой Т° у. 38,0, веч. 39,7.

15 февраля. Сыпь по всему тѣлу, особенно интенсивна на тѣлѣ и рукахъ. Въ зѣвъ характерная энантема. Въ легкихъ небольшое количество разсѣпанныхъ сухихъ хриповъ. Т° 39,0—40,0.

16 февраля. Status idem. Т° у. 38,5, веч. 38,5.

Съ 17 февраля поблѣднѣніе сыпи, пониженіе Т°, шелушеніе (съ 19 февраля). Полное выздоровленіе.

14 февраля 95 г. добыта и изслѣдована кровь. Привита на М. П. Б. и М. П. Ж. Разливы сдѣланы на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическое и бактеріологическое изслѣдованія крови даютъ отрицательные результаты. На препаратахъ констатируется замѣтное увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

СЛУЧАЙ XXV.

Павель Тимаповъ—мальчикъ 4-хъ лѣтъ № пр. ж. 123. Поступилъ въ больницу 30 января 1895 г. съ болѣзью Bronchitis. 17 февраля 1895 г. въ виду обнаружившихся признаковъ кори переведенъ въ коревое отдѣленіе.

Diagnosis: Morbilli. Otitis media Catarrhalis. Pneumonia Grouposa. Pneumonia interst. chronica.

18 февраля. Въ зѣвъ незначительная пятнистая краснота. По лицу и на верхней части груди мелкая пятнистая сыпь. Conjunctivitis. Въ подлопаточной области лѣвой стороны субкрепитирующіе хрипы. Изъ праваго уха течь. Т° у. 38,2, веч. 40,3.

19 февраля. Мелкая, очень рѣзкая сыпь съ геморрагическимъ оттѣнкомъ на щекахъ и груди. Въ зѣвъ рѣзкая краснота. Припухлость подчелюстныхъ железъ. Течь изъ праваго уха. Кашель сильный, сухой, отрывистый. Въ лѣвомъ легкомъ субкрепитирующіе хрипы. Перкуторный тонъ съ нѣскольکو тимпаническимъ оттѣнкомъ. Слабило 6 разъ жидко. Т° у. 39,0, веч. 40,0

20 февраля. Сыпь покрываетъ все тѣло, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ она сливается въ большіе участки. Въ зѣвъ пятнистая краснота. Аускультативныя явленія тѣ-же. Т° у. 39,0, веч. 40,0.

21 февраля. Сыпь блѣднѣетъ. Въ остальномъ status idem. Т° 38,5—38,4.

22 февраля. Сыпь исчезла. Шелушеніе и пигментация. Въ нижнихъ частяхъ обонхъ легкихъ много влажныхъ хриповъ. Слѣва сзади дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Т° 37,5—38,3.

23 февраля. Status idem Т° у. 38,0, веч. 39,1.

24 февраля. Подъ лѣвой лопаткой бронхіальное дыханіе и масса крепитирующихъ хриповъ. Бронхофонія, перкуторный тонъ притупленъ. Т° у. 39,3; веч. 38,1.

Въ послѣдующемъ въ легкихъ явленія тѣ-же. Т° 25 февраля 38,1—39,3, 26-го 38,6—38,9; 27-го 38,0—37,7; 28-го 38,8—38,3; 1 марта 37,5—38,2; 2-го 38,7—40,2.

3 марта. По правой аксиллярной линіи слышны хлопочущіе, консонирующіе хрипы и бронхіальное дыханіе, также и надъ правой лопаткой. Перкуторный тонъ въ соответственныхъ мѣстахъ притупленъ. Т° у. 39,2, веч. 38,7.

Въ дальнѣйшемъ явленія въ легкихъ тѣ-же. 7 марта—ночь, паденіе т°; 12 марта больной взятъ домой съ явленіями хронической пневмоніи.

18 февраля добытъ гной изъ уха.

Выдѣлены совмѣстно:

1) Staphylococcus pyogenes aureus.

2) Streptococcus pyogenes.

На микроскопическихъ препаратахъ—кокки въ видѣ небольшихъ дѣпочекъ; большое количество ихъ по два, безъ сумокъ и въ видѣ гроздей.

22 февраля добыта мокрота.

Выдѣлены совмѣстно:

1) streptococcus pyogenes.

2) Diplococcus Fränkel—Weichselbaum'a

На микроскопическихъ препаратахъ—кокки въ видѣ небольшихъ дѣпочекъ и большое количество диплококковъ съ свѣтлыми ободками, окрасить которые не удалось.

СЛУЧАЙ XXVI.

Марія Мелешкина—дѣвочка 2-хъ лѣтъ № пр. ж. 360. Поступила въ больницу 24 марта 1895 г.

Diagnosis: Morbilli.

25 марта. Довольно хорошо упитанная дѣвочка. На лицѣ, туловищѣ и погахъ яркая пятнистая сыпь. Въ зѣвѣ характерная энантема. Конъюнктивитъ и насморкъ. Въ легкихъ явленія незначительнаго бронхита. Языкъ обложенъ. Т° у. 38,9, веч. 38,5.

26 марта Status idem. Т° у. 37,1, веч. 38,0.

27—28-го марта Т° у. 38,5; 37,8; веч.—37,8; 37,8. Сыпь поблѣднѣла.

29 марта. Сыпь не совсѣмъ исчезла. Въ зѣвѣ краснота. Т° у. 38,6, веч. 39,5

Съ 30 марта шелушеніе. Наблюденія оставлены.

Кровь добыта и изслѣдована 25 марта на 2-й день высыпанія, привита на М. П. Ж.

Разливка сдѣлана на М. П. Ж. и М. П. А.

Бактеріоскопическія и бактеріологическія изслѣдованія даютъ отрицательные результаты.

СЛУЧАЙ XXVII.

Алексѣй Дмитріевъ—трактирный слуга 18 лѣтъ № пр. ж. 1429.

Поступилъ въ больницу 16 марта 95 г. День болѣзни 4-й.

Diagnosis: Morbilli. Laryngitis acuta. Pneumonia Catarrhalis.

16 марта. Больной удовлетворительнаго сложения и питанія. Конъюнктивитъ. Насморкъ и кашель. По лицу и туловищу папулезная сыпь, мѣстами сливающаяся. Въ зѣвѣ пятнистая краснота. Слѣды бѣлку въ мочѣ, т° веч. 40,3.

17 марта. Жалуется на боли въ глоткѣ. Голосъ охрипый. На лицѣ сплошная краснота и припухлость. По тѣлу сыпь возвышается надъ уровнемъ кожи; мѣстами сыпь сплошная, мѣстами въ видѣ отдѣльныхъ пятенъ. Въ легкихъ въ нижнемъ отдѣлѣ ихъ, сзади субкрепитирующие хрипы; т° у. 40,6, веч. 40,8.

18 марта. Лицо нѣсколько цианотично. Насморкъ, Conjunctivitis. Ночью бредъ. На лицѣ начало шелушенія. Въ заднихъ нижнихъ доляхъ обѣихъ легкихъ умѣренное количество звучныхъ, консолирующихъ хриповъ. Слѣды бѣлку въ мочѣ; т° у. 39,5, веч. 40,4.

19 марта. На лицѣ значительное шелушеніе. Въ легкихъ сзади въ лопаточной области, въ особенности слѣва, выслушиваются бронхиальное дыханіе и крепитирующие хрипы. Перкуторный тонъ не измѣненъ.

Жалобы на болѣзненность въ области печени. Т° 38,3;—38,3.

20 марта. Т° у. 37,2, веч. 38,2. Status idem.

21 марта. Въ легкихъ сзади слѣва перкуторный тонъ съ тимпаническимъ оттънкомъ. Аускультативныя явленія тѣ-же. Мокрота густая, слизисто-гнояная, отдѣляется въ умѣренномъ количествѣ. Въ мочѣ бѣлку нѣтъ, т° у. 37,8, веч. 38,4.

22 марта. Т° у. 37,7, веч. 40,1. Явленія тѣ-же.

23 марта. Афонія. Шелушеніе. Въ легкихъ въ лопаточной области той и другой стороны большое количество крепитирующихъ и субкрепитирующихъ

хриповъ. Печень сильно болѣзненна. Самочувствіе не удовлетворительно, t° у-39,0. Наблюдения оставлены.

21 марта добыта мокрота.

Выдѣлены совмѣстно:

2) *Staphylococcus pyogenes aureus*.

3) *Diplococcus Fränkel's*.

На микроскопическихъ препаратахъ большое количество сумчатыхъ диплококковъ.

Результаты изслѣдованія крови сводятся къ слѣдующему:

Кровь изслѣдована всего 32 раза въ 21 случаѣ. Большею частью кровь добывалась у больныхъ во время высыпанія и пвѣтвнїя сыпи при высокой t°, причѣмъ:

Въ 1-й день высыпанія добыта 4 раза (случаи 14, 20, 21 и 24).

Во 2-й „ по высыпаніи „ 14 разъ (случаи 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 21, 23, 26).

Въ 3-й „ „ „ 6 „ (случаи 4, 5, 9, 14, 20 и 23).

Въ 4-й „ „ „ 5 „ (случаи 3, 8, 10, 11 и 13).

Въ 5-й, 7-й и 9-й „ „ по 1 разу (случаи 1, 6 и 10).

Бактеріоскопическое изслѣдованіе крови дало во всѣхъ случаяхъ отрицательные результаты.

Изслѣдуя кровь, какъ живую, такъ и на сухихъ препаратахъ, намъ очень часто приходилось видѣть образованія очень схожія съ тѣми, которыя Doehle и Behla описываютъ, какъ амёбовидныя протоплазматическія тѣльца. На живыхъ препаратахъ образованія эти представлялись намъ въ видѣ темнаго ядра окруженнаго свѣтлымъ ободкомъ: величина ихъ представляла перѣдко колебанія приблизительно отъ 1/2 до 2 μ . Что касается движенія, то хотя мы и наблюдали таковое, но считаемъ его не собственнымъ, т. е. не принадлежащимъ этимъ образованіямъ, а молекулярнымъ по основанію какъ самаго характера движенія (качаніе изъ стороны въ сторону), такъ и качества его; образованія эти передвигаются очень медленно и на довольно ограниченномъ протяженіи. Молекулярное движеніе присуще, какъ извѣстно, всѣмъ мельчайшимъ тѣльцамъ, взвѣшеннымъ въ жидкостяхъ и состоитъ именно въ томъ, что тѣльца эти совершаютъ на ограниченныхъ протяженіяхъ маятнкообразныя, иногда скачущія движенія, между тѣмъ какъ при собственномъ движеніи бактеріи съ различною скоростью перемѣщаются по всему полю зрѣнія. Между умъ д-ръ Doehle констатируетъ фактъ, что тѣльца двигались медленно и на ограниченномъ пространствѣ. Для того, чтобы убѣдиться въ томъ,—дѣйствительно-ли видѣнныя нами образованія, которыя мы съ большою вѣроятностью считали бы идентичными съ тѣми, какія наблюдались Duehle и Behla, встрѣчаются только въ крови коревыхъ больныхъ,—мы произвели нѣсколько контрольных опытовъ: нами была изслѣдована собственная кровь, кровь больной, перенесшей крупозное воспаленіе легкихъ и кровь больной три недѣли спустя послѣ перенесенной ею кори. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы находили тѣ-же образованія,

обладавшія тѣми-же движеніями. То-же мы находили и въ крови порослятъ до прививки имъ крови отъ коревыхъ больныхъ и послѣ прививокъ. На сухихъ препаратахъ крови образованія эти констатируются еще легче, причемъ, большею частью, они лежатъ внутри кровяныхъ шариковъ. Эти образованія мы считали-бы не за микроорганизмы, а за искусственно вызванныя.

Извѣстно, что при изслѣдованіи микроскопическихъ препаратовъ крови, морфологическіе элементы ея не всегда представляются одинаковыми. Помимо того, что они видоизмѣняются при многихъ патологическихъ состояніяхъ, они измѣняютъ свою форму подъ вліяніемъ разныхъ физическихъ и химическихъ агентовъ. Уже одного давленія одного стеклышка на другое бываетъ иногда достаточно для того, чтобы механически нарушить цѣлость кровяныхъ шариковъ. Ядра бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, окрашивающіяся также хорошо какъ и бактерій растворомъ анилиновыхъ красокъ, смотря по формѣ своихъ обломковъ, могутъ давать различнаго рода фигуры, которыя легко могутъ симулировать и палочки и кокки и болѣе крупныя формы съ отростками и пр. Въ нормальной крови, на ряду съ обыкновенными кровяными шариками можно встрѣтить и шарики большей величины и очень маленькіе, *les globules nains Hayem'a*. Далѣе, при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ морфологическіе элементы крови также значительно измѣняются, являясь въ видѣ микроцитовъ и макроцитовъ. Такія-же измѣненныя формы кровяныхъ тѣлецъ встрѣчаются, какъ это было выяснено *Hayem'омъ* и при неосторожномъ приготовленіи препаратовъ крови. По мнѣнію автора, наиболѣе частыми причинами такого рода измѣненій крови бываютъ: 1) недостаточная чистота или влажность стеклышекъ, на которыхъ приготовленъ препаратъ; 2) слишкомъ влажное состояніе атмосфернаго воздуха въ помѣщеніяхъ, гдѣ производится изслѣдованіе крови; 3) присутствіе постороннихъ тѣлъ въ препаратѣ крови; 4) травматизмъ, которому подверглись кровяные элементы при распредѣленіи крови тонкимъ слоемъ на стеклышкѣ и, наконецъ, недостаточная чистота и влажность кожи на мѣстѣ укола въ пальцѣ. *)

Кромѣ того извѣстно, что на ряду съ измѣненіями въ размѣрахъ кровяныхъ шариковъ наблюдаются и отклоненія въ формѣ ихъ, такъ что они представляются по наружному виду крайне разнообразными; такъ, встрѣчаются тѣльца трушевидныя, почковидныя, нѣкоторыя снабжены какъ-бы жгутами, отростками. Кромѣ этихъ двухъ составныхъ морфологическихъ частей крови, и кровяныя пластинки представляютъ разнообразіе формъ: между ними встрѣчаются круглыя, овальныя, яйцевидныя, веретенообразныя. Въ каплѣ свѣже-выпущенной крови пластинки очень быстро измѣняются и собираются въ кучки. *М. И. Афанасьевъ* **) такъ описываетъ измѣненіе формы кровяныхъ пластинокъ: матово е иногда весьма слабо-зернистое вещество, выполняющее пластинку, какъ-бы склеивается и скопляется на одномъ концѣ ея въ видѣ полумѣсяца или въ видѣ яйцевиднаго или даже кругловатаго ядра. Остальная большая часть пластинки дѣлается прозрачною, едва-едва замѣтной.

Изъ всего вышесказаннаго явствуетъ, какія разнообразныя формы могутъ ъ

*) *Hayem. Lecons sur les modifications du sang. 1882. Цит.: Болѣзни крови и методы клиническаго ея изслѣдованія. Дм. Вѣрюжскаго. 1890. Стр. 16.*

**) *М. Афанасьевъ. О третьемъ форменномъ элементѣ крови въ нормальномъ и патологическомъ состояніяхъ и объ отношеніи его къ возрожденію крови. Врачъ, т. V. 1884*

представить собою морфологическіе элементы самой крови и какъ легко они могутъ симулировать собою разнаго рода микроорганизмы.

Если обратиться къ работамъ Doehle и Behla то мы видимъ, что описываемыя ими протоплазматическія тѣла представляютъ собою круглыя или овальныя образованія съ темнымъ, въ центрѣ лежащимъ, ядромъ съ свѣтлымъ ободкомъ; иногда тѣльца содержатъ 2 ядра. Попадались образованія и большей величины, которыя вмѣсто ядеръ содержали неправильныя фигуры. Микроциты кровяныя пластинки и измѣненные кровяные шарики могутъ при извѣстныхъ условіяхъ давать подобную-же картину; то обстоятельство, что авторы видѣли жгутики также не доказательно, такъ какъ и намъ приходилось видѣть отростки, которые отходили отъ описанныхъ нами выше искусственныхъ образованій; что эти образованія искусственно вызванныя доказывается тѣмъ, что мы ихъ находили, какъ было сказано выше, и въ совершенно здоровой крови. Относительно движенія мы уже сказали. Получивъ въ нашихъ изслѣдованіяхъ отрицательные результаты, мы, конечно, не можемъ отрицать того, что коревой контактъ можетъ дѣйствительно принадлежать къ паразитамъ животнаго царства; но на основаніи вышесказаннаго мы не можемъ признать результатовъ изслѣдованій вышеупомянутыхъ двухъ авторовъ вполне доказательными.—Возможно предположить, что Doehle и Behla имѣли дѣло также съ искусственными образованіями форменныхъ элементовъ крови.

Остается также невыясненнымъ, почему одни и тѣ-же микроорганизмы, которые по Doehle отличаются только величиною шариковъ, способомъ образованія вѣнчика и длиною жгутика въ одномъ случаѣ обуславливаютъ корь, въ другомъ скарлатину, въ третьемъ оспу и т. д.

Переходя къ результатамъ микроскопическаго изслѣдованія крови, мы должны еще упомянуть, что у нѣкоторыхъ больныхъ (1, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 16 и 24 случаи) можно было констатировать на микроскопическихъ препаратахъ крови увеличенное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, такъ какъ въ каждомъ полѣ зрѣнія ихъ можно было насчитывать отъ 3-хъ до 5—6 экземпляровъ.

Бактеріологическое изслѣдованіе, произведенное 32 раза, (въ 21 случаяхъ) дало отрицательные результаты 31 разъ, и только въ одномъ случаѣ (XVII) выдѣленъ непосредственно изъ крови въ чистой культурѣ цѣпочечный коккъ, который, какъ было упомянуто выше, по своимъ морфо- и биологическимъ свойствамъ былъ вполне тождественъ съ обыкновеннымъ гноероднымъ стрептококкомъ.

Стрептококкъ, какъ извѣстно, былъ находимъ, какъ въ крови, такъ и въ органахъ и патологическихъ отдѣленіяхъ многими авторами при различныхъ болѣзняхъ: такъ напр. Netter²⁸⁾ находилъ его въ крови въ случаяхъ язвеннаго эндокардита, Eiselsberg²⁹⁾—въ крови у лихорадившихъ

раненных; при скарлатинѣ въ крови стрептококкъ находили—Babes³⁰), Раскина²⁹), Espine и Marignal³¹), Canon³²) и многіе другіе; при сыпномъ тифѣ — проф. Плавача³³)—изъ разныхъ органовъ выдѣлили стрептококкъ; Vaillard и Vincet³⁴)—нашли его въ крови, селезенкѣ и легкихъ 4-хъ лицъ, умершихъ отъ инфлюэнцы; Raymond и Netter³⁵)—открыли его въ крови при псевдоревматизмѣ. Кромѣ этого стрептококкъ былъ находимъ многими авторами (Baumgarten, Fraenkel, Rosenbach, Високовичъ, Garré и др.) при многихъ другихъ болѣзняхъ. Въ виду того, что изъ всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаевъ, стрептококкъ непосредственно изъ крови былъ выдѣленъ всего только одинъ разъ, далѣе, въ виду нахождения его при столькихъ разнообразныхъ болѣзняхъ, можно думать, что выдѣленный въ XVII случай изъ крови стрептококкъ не представляетъ собою ничего специфическаго для кори; присутствіе его здѣсь, равно какъ и нахожденіе его въ крови и органахъ при другихъ разнообразныхъ болѣзняхъ, можетъ быть объяснено вторичной инфекціей, каковая въ большинствѣ случаевъ обусловливается гноеродными бактеріями, между которыми стрептококкъ и гроздекоккъ занимаютъ первое мѣсто.

Когда мы дѣлали прививки крови на разныя питательныя среды, въ томъ числѣ и на бульонъ, то въ этомъ послѣднемъ по истеченіи 2—3 дней всегда получали въ видѣ бѣловатаго пятна осадокъ, о которомъ упоминаетъ въ своей работѣ д-ръ Григорьевъ. Происхожденіе этого осадка авторъ объясняетъ ростомъ колоній бациллъ, развившихся изъ привитой крови, причемъ не допускаетъ возможности, чтобы осадокъ этотъ представлялъ собою свернувшуюся кровь.

Тщательно изслѣдуя препараты изъ многочисленныхъ бульонныхъ пробирокъ, въ которыхъ была прививаема кровь и въ которыхъ образовывался осадокъ, мы никогда не могли констатировать присутствія въ нихъ какихъ либо микробовъ. На препаратахъ мы наблюдали только полонна фибрина и обрывки кровяныхъ тѣлецъ. Остается, слѣдовательно, предположить, что этотъ осадокъ представляетъ собою ничто иное, какъ только свернувшуюся кровь.

Докторъ Григорьевъ не допускаетъ возможности такого возраженія, говоря, что разъ указанное пятно было-бы лишъ обезцвѣченнымъ сгусткомъ крови, то оно не могло-бы съ теченіемъ времени увеличиваться въ своихъ размѣрахъ. Намъ дѣйствительно приходилось наблюдать постепенное увеличеніе размѣра такого осадка, но мы это объясняемъ тѣмъ, что сгустокъ крови не сразу свертывается весь, почему въ началѣ осадокъ получается меньшій, а впослѣдствіи, по мѣрѣ свертыванія всего сгустка, увеличивается и осадокъ. Бациллы же, найденныя д-ромъ Григорьевымъ въ этомъ осадкѣ, могли быть занесены извнѣ.

Что касается осложненій кори, то ихъ изслѣдовано 21. По роду заболѣваній они распределяются слѣдующимъ образомъ :

- 1) Бронхитъ—6 случаевъ (III, VI, VII, VIII, X и XV).
- 2) Бронхопневмонія—2 случая (XXI и XXVII).
- 3) Крупозная пневмонія—3 случая (II, XIX, XXV).
- 4) Воспаленіе средняго уха—5 случаевъ (VII, VIII, XX, XXII, XXV).

5) Гнойное отдѣленіе изъ носа— 2 случая (IX и XIV).

6) Слизисто-гнойный конъюнктивитъ—2 случая (X и XXIII)

7) Воспаленіе подчелюстной железы—1 случай (XVIII).

Въ большинствѣ случаевъ то или другое патологическое отдѣленіе содержало въ себѣ два вида микробовъ и только въ четырехъ—(III, X, X₂, XXIII) чистую культуру одного вида. Кромѣ того въ XIX случай *post mortem* выдѣлено изъ сока легкаго три вида микробовъ.

Въ общемъ выдѣлены слѣдующіе микробы:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus*.

” ” *albus*.

” ” *citreus*.

2) *Streptococcus pyogenes*.

3) *Diplococcus Fränkel*'я

4) Палочка, по своимъ морфо и біологическимъ свойствамъ, не подходящая ни подъ одинъ изъ извѣстныхъ до сихъ поръ видовъ палочкообразныхъ бактерій.

Не различая разновидностей гроздекокка въ отношеніи его пигментныхъ свойствъ, придающихъ ему тотъ или другой цвѣтъ, оказывается, что гроздекоккъ преобладаетъ надъ всѣми выдѣленными микробами, ибо онъ полученъ въ 20 случаяхъ изъ 21-го (95,2%). За нимъ по частотѣ слѣдуютъ: цѣпочечный коккъ, выдѣленный въ 14 случаяхъ (66,6%), диплококкъ Френкеля—въ 5 случаяхъ (19,04%) и, наконецъ, въ одномъ случаѣ изъ сока легкаго *post mortem* выдѣлена палочка, дававшая ростъ подъ поверхностью на М. П. А. и М. П. Ж. и не разжижавшая послѣдней.

По болѣзнямъ выдѣленные микробы распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

1) Бронхитъ: Гроздекоккъ во всѣхъ 6 случ. (100%).

Цѣпочечный коккъ въ 4 случ. (66,6%).

2) Катарральная пневмонія:

Гроздекоккъ въ обоихъ случаяхъ (100%).

Стрептококкъ въ 1-мъ (50%).

Диплококкъ Френкеля въ 1-мъ (50%).

3) Крупозное воспаление легкихъ:

Диплококкъ Френкеля во всѣхъ 3-хъ случаяхъ (100%).

Гроздекоккъ въ 2-хъ (66,6%).

Стрептококкъ въ 1-мъ (33,3%).

Палочка (post mortem) въ одномъ (33,3%).

4) Воспаление среднего уха:

Гроздекоккъ во всѣхъ пяти случаяхъ (100%).

Стрептококкъ тоже (100%).

5) Насморкъ съ гнойнымъ отдѣленіемъ:

Гроздекоккъ въ обоихъ случаяхъ.

Стрептококкъ тоже.

6) Слизисто-гнойный конъюнктивитъ:

Гроздекоккъ въ обоихъ случаяхъ.

6) Воспаление подчелюстной железы:

Гроздекоккъ.

Стрептококкъ.

Гроздекоккъ, обладая во всѣхъ случаяхъ одними и тѣми-же свойствами, представлялъ различія по присутствію того или другого окрашивающаго пигмента или отсутствію его. Въ этомъ смыслѣ онъ далъ три разновидности, которыя по отношенію ко всѣмъ случаямъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus*—въ 14 случаяхъ.

2) *Staphylococcus pyogenes albus*—въ 10 случаяхъ.

3) *Staphylococcus pyogenes citreus*—въ 2 случаяхъ.

Staphylococcus aureus совмѣстно съ *Staphyl. albus* въ 5 случ.

„ „ „ „ *Staphyl. citreus* въ 1 случ.

Въ частности по болѣзнямъ эти разновидности грозде-кокка выразятся слѣдующимъ образомъ:

1) *Бронхитъ*: *Staphyl. aureus* одинъ въ 3 случаяхъ (III, X, XV).

„ „ совмѣстно съ *Staphyl. alb.* въ 3 случ. VI, VII, VIII)

преобладаетъ *Staphylococcus aureus*.

2) *Катарральная пневмонія:*

Staphylococcus aureus одинъ въ обоихъ случаяхъ.

3) *Крупозное воспаленіе легкихъ:*

Staphylococcus aureus одинъ въ двухъ случаяхъ (II и XIX).

4) *Воспаленіе средняго уха:*

Staphylococcus aureus одинъ въ 1 случаѣ (XXV).

" " совмѣстно съ *Staphyl. alb.* въ 2 случ. (VII, VIII).

преобладаетъ *Staphylococcus albus.*

Staphylococcus citreus одинъ въ 1 случаѣ (XX).

" " совмѣстно съ *Staphyl. alb.* въ 1 случаѣ (XXII).

5) *Насморкъ съ гнойнымъ отдѣленіемъ:*

Staphylococcus albus одинъ въ 2 случаяхъ (IX, XIV).

6) *Слизисто-гнойный конъюнктивитъ:*

Staphylococcus aureus одинъ въ одномъ случаѣ (XXIII).

" *albus* " " " (X).

7) *Воспаленіе подчелюстной железы:*

Staphylococcus albus— одинъ.

Слѣдующая таблица представляетъ тѣ виды микробовъ, которые были выдѣлены въ каждомъ случаѣ, причемъ случаи размѣщены по роду болѣзни:

1) Catarrhus bronchiorum.

III.	VI.	VII.	VIII.	X.	XV.
<i>Staphyl. aureus.</i>	<i>Staphyl. aur. et alb. Streptococcus</i>	<i>Staphyl. aur. et alb. Streptococcus</i>	<i>Staphyl. aureus et albus Streptococcus.</i>	<i>Staphyloc. aureus</i>	<i>Staphyl. aureus Streptococcus.</i>
	XXI.		XXVI.		
2) Bronchopneumonia.	<i>Streptococcus</i> } <i>Staphyloc. aureus</i> } <i>Streptococcus</i> }	изъ легкихъ post mortem	<i>Diplococcus Fränkel'я</i>		
		изъ селезенки	<i>Staphyloc. aureus</i>		
	I.	XIX.	XXV.		
3) Pneumonia cruposa.	<i>Diplococcus Fränkel'я Staphyloc. aureus</i>	<i>Diplococcus Fränkel'я Staphyloc. aureus Палочка не разжиж. Ж.</i>	<i>Diplococcus Fränkel'я Streptococcus</i> } post mortem изъ легкихъ		
	VII.	VIII.	XX.	XXII.	XXV.
4) Otitis Catarrh. media.	<i>Staphyl. albus et aureus Streptococcus</i>	<i>Staphyl. albus et aureus Streptococcus</i>	<i>Staphyloc. citreus Streptococcus</i>	<i>Staphyl. alb. et citreus Streptococcus</i>	<i>Staphyloc. aureus. Streptococcus</i>
	IX.	XIV.			
5) Rhinitis	<i>Staphylococcus albus Streptococcus</i>	<i>Staphylococcus albus Streptococcus</i>			
	X.	XXIII.			
6) Conjunctivitis Catarrhalis	<i>Staphylococcus albus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>			
	XVIII.				
7) Lymphadenitis	<i>Staphylococcus albus Streptococcus</i>				

Примѣчаніе. Курсив. обозначены тѣ микроорганизмы, которые преобладали въ разливкахъ.

ГЛАВА IV.

Опыты на животныхъ.

Прививочнымъ матерьяломъ служила кровь отъ больныхъ корью. Для этой цѣли выбирались такіе больные, у которыхъ сыпь была ясно выражена; большею частью кровь бралась отъ больныхъ въ 1-й или 2-й день высыпанія. Всѣхъ животныхъ, подвергнутыхъ прививкамъ было 7; изъ нихъ 5 поросятъ и 2 кролика.

Впрыскиванія крови дѣлались въ разныя мѣста. Передъ впрыскиваніемъ поросятамъ шерсть остригалась вполне; кроликамъ же только на мѣстѣ впрыскиванія. Послѣ прививки крови животнымъ, у нихъ ежедневно измѣрялась температура и тщательно осматривалась кожа (у поросятъ); у этихъ послѣднихъ, кромѣ поросенка № 1-й и 2-й, собиралась и изслѣдовалась моча на Эрлиховскую діазо-реакцію. Въ указанные ниже дни у животныхъ добывалась кровь и изслѣдовалась микроскопически и бактериологически разливками на плотныхъ питательныхъ средахъ. Для контроля у животныхъ до прививокъ измѣрялась t° въ теченіи нѣсколькихъ дней и изслѣдовалась микроскопически кровь.

Опытъ I.—Поросенокъ № 1.

Самка. Вѣсъ 2010 грм. 14 февраля отъ больной Е. О. (№ пр. ж. 178) съ интенсивною коревою сыпью (день высыпи 1-й) взять Праватцевскимъ шприцемъ 1 к. с. крови и впрыснуть поросенку въ нижнюю крайнюю вену уха. T° до опыта 38,5.

Наблюденія и результаты изслѣдованій:

15 февраля. T° 39,1	24 февраля. T° 38,9
16 „ „ 38,7	25 „ „ 38,8
17 „ „ 39,1	26 „ „ 38,8
18 „ „ 38,6	27 „ „ 38,8
19 „ „ 39,2	28 „ „ 38,7
20 „ „ 39,1	1 марта „ 38,7
21 „ „ 38,8	2 „ „ 38,8
22 „ „ 39,3	3 „ „ 38,8
23 „ „ 38,7	

17 февраля на кожѣ можно было констатировать едва замѣтное покрасненіе, которое 18 февраля исчезло. За все остальное время никакихъ измѣненій на кожѣ не наблюдалось. Кровь изслѣдована 15, 17, 18, 20 и

26 февраля. Результаты микроскопических и бактериологических исследований получены отрицательные.

Опытъ II.—Поросенокъ № 2.

Самка. Вѣсъ 2050 грм. Отъ больного П. Т. (см. случай XXV) 17 февраля взять 1 к. с. крови и выпустить поросенку такимъ образомъ, что $\frac{2}{3}$ к. с. вприснуты въ полость брюшины, остальная $\frac{1}{3}$ подъ кожу лѣваго уха. Т° до опыта 16 февраля 38,7. 17 февраля 38,7.

Наблюдения и результаты исследований:

18 февраля. Т° 38,6	28 февраля. Т° 38,9
19 » » 38,5	1 марта » 38,7
20 » » 38,5	2 » » 38,6
21 » » 39,0	3 » » 38,2
22 » » 39,0	4 » » 38,1
23 » » 38,6	5 » » 38,4
24 » » 38,7	6 » » 38,6
25 » » 38,7	7 » » 38,7
26 » » 38,8	8 » » 38,7
27 » » 38,7	9 » » 38,7

На кожь за все время наблюдѣнія никакихъ измѣненій не наблюдалось. Кровь исследована 18, 20, 21, 22, 24 и 27 февраля. Результаты микроскопическихъ и бактериологическихъ исследований получены отрицательные. На кожь никакихъ измѣненій не наблюдалось.

Опытъ III.—Поросенокъ № 3.

Самецъ. Вѣсъ 3015 грм. Отъ больной О. Г. (№ пр. ж. 219) съ интенсивною коревою сыпью (день высыпи 3-й, т° 38,0—40,0) взять 8 марта 1895 г. 1 к. с. крови и вприснуть поросенку подъ кожу груди.

Т° до опыта съ 24 февраля по 7 марта 1895 г. колебалась въ предѣлахъ 38,6 и 39,0. 8 марта Т° 39,1.

Наблюдения и результаты исследований:

9 марта Т° 39,3	17 марта Т° 39,0
10 » » 39,1	18 » » 38,6
11 » » 38,7	19 » » 38,7
12 » » 38,7	20 » » 38,7
13 » » 38,7	21 » » 38,9
14 » » 38,7	22 » » 38,7
15 » » 38,7	23 » » 38,9
16 » » 38,7	24 » » 39,2

Исследование мочи, произведенное 9, 10, 11, 12, 13, 14 и 15-го марта

на Эрлиховскую диазо-реакцію, дало отрицательные результаты.

Кровь изслѣдована 9, 10, 11, 13, 14 и 17-го марта. Результаты микроскопических и бактериологических изслѣдованій получены отрицательные. На кожѣ никакихъ измѣненій не наблюдалось.

Опытъ IV-й Поросянокъ № 4-й.

Самка. Вѣсъ 1530 граммъ. Отъ больной М. Н. (№ Пр. ж. 300) съ интенсивною коревою сыпью (день высылки 2-й; t. 39,5—39,4) 13 марта 95 г. взяты 1 к. с. крови и впрыснуть поросенку въ нижнюю крайнюю ушную вену. Т° до опыта 12 марта 39,3.—13-го 39,0.

Наблюдения и результаты изслѣдованій.

14 марта Т° 38,5	21 марта Т° 39,6
15 " " 39,1	22 " " 39,7
16 " " 39,2	23 " " 39,7
17 " " 39,5	24 " " 39,8
18 " " 39,5	25 " " 39,5
19 " " 39,2	26 " " 39,5
20 " " 39,6	27 " " 39,5
	28 " " 39,5

Эрлиховская диазо-реакція мочи испробована 13 марта (до опыта) 14, 15, 16, 17, и 19-го марта 95 г. 14 марта 95 г. по прибавленіи къ мочѣ Эрлиховскаго реактива получилось слабое красное окрашиваніе. Въ остальные дни реакція не получалась. Кровь изслѣдована 14, 15, 16, 23 и 28 марта (последніе два дня только микроскопически). Микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія дали результаты отрицательные. На кожѣ никакихъ измѣненій не наблюдалось.

Опытъ V. Поросянокъ № 5-й.

Самка. Вѣсъ 1580 граммъ. Отъ больной (см. случай XXVI). 24 марта взять 1 к. с. крови и впрыснуть въ полость брюшины поросенку. Т° до опыта: 21 марта 39,6; 22 марта 39,5; 23 марта 39,6; 24 марта 39,6. Поросянокъ бодръ, ѣсть хорошо.

Наблюдения и результаты изслѣдованій.

25 марта Т° 39,7	29 марта Т° 39,3
26 " " 39,5	30 " " 39,5
27 " " 39,5	31 " " 39,5
28 " " 39,6	1 апрѣль 39,7

Эрлиховская диазо-реакція мочи, испробованная 25-го, 26, 27, 28 и 29-го марта окрашиванія не дала. Кровь изслѣдована 25, 26, 27, 28 и 31-го марта. Результаты микроскопических и бактериологических изслѣдованій получены отрицательные. На кожѣ никакихъ измѣненій не наблюдалось.

О ПЫТЪ VI. Кроликъ № 1-й.

Самка. Вѣсъ—400 граммъ. Отъ больного Я. А. (№ пр. ж. 77) съ питенсивною коревою сыпью (t° 39,0; 38,4). 17 февраля добыть 1 к. с. крови и выпрыснуть кролику въ брюшину.

T° до опыта—38,0.

Наблюдения и результаты изслѣдованій.

18 февраля. T° 38,0	27 февраля T° 37,6
19 » » 37,9	28 » » 37,6
20 » » 37,7	1 марта » 37,5
21 » » 37,8	2 » » 37,1 Вѣсъ—285 граммъ.
22 » » 37,7	3 » » 36,9
23 » » 37,7	4 » » 36,5 Вѣсъ—270 граммъ
24 » » 37,7	5 » » 36,5
25 « » 37,5	6 » Кроликъ околѣлъ.
26 » » 37,7	

За все время наблюдёнія кроликъ былъ бодръ и веселъ, за исключеніемъ 5 марта, когда онъ отказывался отъ пищи. Никакихъ измѣненій со стороны отдѣленія слизистой оболочки глазъ и носа не наблюдалось. Кровь изслѣдована 18, 19, 20, 21, 22-го февраля, 1 и 4-го марта (последніе 2 дня только микроскопически). Изслѣдованіе крови во всѣхъ случаяхъ дало отрицательные результаты. Вскрытіе обнаружило псороспермозъ печени.

О ПЫТЪ VII. Кроликъ № 2-й.

Самецъ. Вѣсъ—360 граммъ. Отъ больного К. Ф. съ яркою коревою сыпью 28 февраля взять 1 к. с. крови и выпрыснуть въ брюшину.

T° до опыта—37,7.

Наблюдения и результаты изслѣдованій.

1 марта. T° 37,7	8 марта. T° 37,1
2 » » 37,7	9 » » 36,9
3 » » 37,5	10 » » 36,4
4 » » 37,3	11 » » 36,3 Вѣсъ—350.
5 » » 37,5	12 » » 36,0
6 » » 36,9	13 » Кроликъ околѣлъ.
7 » » 37,1 Вѣсъ—355.	

Состояніе кролика до 10 было хорошее, съ 10 марта замѣтно сталъ скучнымъ, ѣлъ мало. Никакихъ измѣненій со стороны конъюнктивы глазъ не наблюдалось. Кровь изслѣдована—1, 2, 3, 4, 5, 8 и 11 марта (последніе 3 дня только микроскопически). Изслѣдованіе крови во всѣхъ случаяхъ дало отрицательные результаты. Вскрытіе обнаружило псороспермозъ печени,

Изъ приведенныхъ опытовъ мы видимъ, что, прививая кровь пороссятамъ и кроликамъ отъ коревыхъ больныхъ, находившихся въ периодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи, намъ не удалось вызвать у нихъ заболѣванія идентичнаго съ корью. За исключеніемъ одного поросенка (№ 1-й), у котораго на 4-й день послѣ прививки показалась едва замѣтная краснота кожи, исчезнувшая на слѣдующій день, всѣ другіе пороссята не обнаружили никакихъ признаковъ заболѣванія, какъ со стороны кожи, такъ и со стороны отдѣленій конъюнктивы и слизистой оболочки полости носа.

Исслѣдованіе крови во всѣхъ случаяхъ дало отрицательные результаты.

Что касается t° , то она была почти въ предѣлахъ нормы; только у поросятъ № 4-й и 5-й она представлялась нѣсколько повышенной, но принимая во вниманіе, что при исслѣдованіи температуры до опытовъ она у нихъ колебалась въ предѣлахъ 39,3—39,6, то температуру, наблюдавшуюся послѣ опытовъ нельзя считать значительно повышенной. Возможно, что это повышение обусловливалось какой нибудь другой причиной.

Въ виду того, что діазо-реакція при кори даетъ положительные результаты мы примѣняли ее въ нашихъ опытахъ съ діагностическою цѣлью, предполагая, на случай, если удастся у поросятъ вызвать заболѣваніе идентичное съ корью, получить ее и у нихъ; діазо-реакція, однако, дала также отрицательные результаты, за исключеніемъ опыта IV-го, гдѣ моча одинъ только разъ (14 марта — на второй день послѣ впрыскиванія) по прибавленіи къ ней Эрлиховскаго реактива дала нехарактерное красное окрашиваніе.

Что касается кроликовъ, то и у нихъ прививка крови дала отрицательные результаты, не вызвавъ никакихъ признаковъ, сходныхъ съ таковыми при кори. Смерть ихъ должна быть отнесена, по всей вѣроятности, къ заболѣванію печени псороспермозомъ, и врядъ ли имѣетъ какое-либо отношеніе къ прививкѣ крови. Это предположеніе тѣмъ болѣе возможно, что приобрѣтенные для опытовъ еще два кролика околѣли до прививокъ; при вскрытіи и у нихъ былъ обнаруженъ псороспермозъ печени.

ГЛАВА V.

Заключение и выводы.

Подводя итоги нашимъ изслѣдованіямъ, подтвержденнымъ и опытами на животныхъ, мы видимъ, что микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе, какъ крови больныхъ корью, такъ и крови животныхъ, которымъ кровь была привита отъ больныхъ, дало отрицательные результаты во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, гдѣ изъ крови больного при жизни былъ выдѣленъ гноеродный цѣпочечный коккъ.

Если сравнить результаты, полученные нами, съ результатами изслѣдованій другихъ авторовъ, то оказывается, что воплѣ отрицательные результаты получили также Josias и Laweran; всѣ-же остальные по результатамъ своихъ изслѣдованій могутъ быть раздѣлены на нѣсколько группъ: а) одни (Hallier, Salisbury, Kennedy и др.) возбудителемъ кори считаютъ грибки и вибрионы (Le Bel); б) другіе за такого принимаютъ палочки (Canon, Pielicke, Чайковский, Григорьевъ); в) третьи—круглыхъ микробовъ (Cornil, Babes, Thaon, Manfredi и др.) и, наконецъ, d) Behla и Doehle возбудителемъ всѣхъ инфекціонныхъ сыпныхъ болѣзней, въ томъ числѣ и кори, считаютъ амебовидныя протоплазматическія тѣла.

Въ I главѣ нами были разобраны работы этихъ авторовъ и указаны тѣ доводы, въ силу которыхъ результаты, выводимые ими, не могутъ считаться по тѣмъ или другимъ причинамъ доказательными и законченными.

На основаніи результатовъ, полученныхъ нами, мы приходимъ къ тому заключенію, что вопросъ о коревомъ контактіи въ настоящее время остается еще открытымъ.

Между тѣмъ существованіе его должно считать несомнѣннымъ; контактіозность кори доказана съ давнихъ временъ и въ настоящее время признается всѣми. Существовавшая нѣкогда гипотеза, что корь будто представляетъ особымъ образомъ видоизмѣненный болѣзненный процессъ, обусловливаемый только атмосферическими вліяніями, будто она есть продуктъ въ высокой степени развитой катарральной конституціи, эта гипотеза не можетъ быть принята. Повседневный опытъ показываетъ, что корь—болѣзнь заразительная: если она занесена больнымъ въ семейство, школу или другое какое-

нибудь помѣщеніе, гдѣ совмѣстно живетъ много людей, то обыкновенно по истеченіи извѣстнаго, опредѣленнаго промежутка времени заболѣваютъ всѣ прочія къ ней предрасположенныя лица. Такимъ образомъ контагій отъ больного передается здоровому организму; попадая въ него и находя въ немъ благоприятныя для своего развитія условія, контагій, обладая извѣстнаго рода специфичностью, производитъ комплексъ строго опредѣленныхъ симптомовъ, характеризующихъ собою болѣзнь *sui generis* съ болѣе или менѣе правильнымъ циклическимъ теченіемъ и дающихъ ей возможность занять въ ряду другихъ инфекціонныхъ сыпныхъ болѣзней свое обособленное мѣсто.

Самое проникновеніе коревого контагія въ организмъ докторъ Behla ²⁷⁾ теоретически объясняетъ слѣдующимъ образомъ: коревые зародыши прежде всего виѣдряются въ слизистую оболочку носа и носовой полости; размноженіе ихъ на слизистой оболочкѣ носа обуславливаетъ раздраженіе и усиленную секреторную дѣятельность, отсюда—предшествующій насморкъ и чиханіе. Этимъ объясняется и то обстоятельство, что болѣзнь, какъ показываетъ опытъ, заразительна уже до появленія сыпи. Дальнѣйшее распространеніе болѣзнетворныхъ началъ по слизистой оболочкѣ къ лобнымъ пазухамъ и черезъ слезно-носовой ходъ до глазъ дѣлаетъ понятнымъ боль въ лобной области, красноту глазъ, свѣтобоязнь. Распространеніе внизъ на слизистую оболочку верхнихъ дыхательныхъ путей обуславливаетъ кашлевое раздраженіе и усиленное отдѣленіе мокроты. При виѣдреніи паразитовъ въ эпителий и болѣе глубокіе слои происходитъ поврежденіе сосудовъ, отсюда—нерѣдко наблюдающіяся носовыя кровотечения въ началѣ кори. Далѣе микробы, одиночно или соединяясь въ колоніи, поступаютъ въ лимфатическіе и кровеносные пути, уносятся токомъ лимфы и крови, закупориваютъ эмболически кожныя капилляры и обуславливаютъ въ опредѣленныхъ сосудистыхъ участкахъ гиперэмическое набуханіе, отсюда—сыпь на нѣбѣ въ стадіи предвѣстниковъ и затѣмъ въ послѣдствіи коревыя пятна на наружной кожѣ. При слишкомъ сильномъ давленіи и переполненіи кожныхъ капилляровъ могутъ произойти разрывы послѣднихъ (геморрагическая корь). Развиваются-ли большей или меньшей величины пятна, болѣе ограниченныя или сливающимися другъ съ другомъ, зависитъ

по мнѣнію автора, отъ просвѣта сосудовъ, въ которыхъ нарушено кровообращеніе, и отъ индивидуальныхъ анатомическихкихъ условій расположенія ихъ.

Съ точки зрѣнія этой теоріи становится понятнымъ характерный послѣдовательный порядокъ появленія сыпи. Такъ какъ, согласно этой теоріи, носъ, ротъ и верхніе дыхательные пути являются ареною перваго внѣдренія и размноженія паразитовъ, то первыми и поражаются ближайшія къ этимъ мѣстамъ сосудистыя области, отсюда—первоначальное появленіе сыпи на лицѣ, шеѣ, затѣмъ послѣдовательно на туловищѣ, верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Насколько въ происхожденіи пятенъ принимаютъ совмѣстное участіе и продукты метаморфоза микробовъ, это остается, говоритъ авторъ, вопросомъ открытымъ. Лихорадочный ознобъ объясняется этой теоріей, какъ слѣдствіе сокращенія мельчайшихъ сосудовъ, вызваннаго внѣдреніемъ микробовъ въ кровь; паденіе же t^0 указываетъ на то, что циркулирующая кровь освободилась отъ микробовъ. Согласно этой теоріи, слѣдовательно, коревой контактіи, поселяясь прежде всего въ верхнихъ отдѣлахъ воздухоносныхъ путей, впоследствии, къ началу продромальнаго періода, токомъ лимфы и крови разносится по всему кровеносному ложу. Находя здѣсь благопріятныя условія для своего размноженія и благопріятную среду для своего существованія, контактіи удерживается въ крови во время всего продромальнаго періода, періода высыпанія и цвѣтенія сыпи, и только ко времени паденія температуры освобождается изъ крови и затѣмъ оставляетъ заболѣвшій организмъ. Считаая продромальный періодъ кори равнымъ 2—4 днямъ, періодъ высыпанія и цвѣтенія сыпи—3—4 днямъ, мы должны принять, что коревой контактіи, согласно теоріи Behla, остается въ крови съ послѣдняго дня инкубаціоннаго періода до второго или третьяго дня періода цвѣтенія сыпи, когда происходитъ паденіе температуры, а слѣдовательно и исчезаніе контактіи изъ крови; такимъ образомъ въ послѣдней контактіи въ среднемъ долженъ находиться около 5—6 дней. Если же предположить, что коревой контактіи можетъ поступать въ кровь еще ранѣ наступленія періода предвѣстниковъ, что объяснимо также и по теоріи Behla въ виду наблюдающихся иногда эфемерныхъ приступовъ лихорадки во время инкубаціоннаго періода кори

(Томасъ, Ренъ и др.), то пребываніе коревого контагія въ крови можетъ быть еще болѣе продолжительнымъ.

Казалось бы, что, изслѣдуя кровь коревыхъ больныхъ въ первые-же дни высыпанія и въ періодъ цвѣтенія сыпи, мы должны были бы получать положительные результаты, а между тѣмъ изслѣдованіе крови во всѣхъ случаяхъ и въ разные дни высыпи дало результаты отрицательные.

Ненахожденіе коревого контагія въ крови, изслѣдованной въ періодъ высыпанія и цвѣтенія сыпи, мы можемъ объяснить, какъ намъ кажется, слѣдующими тремя причинами:

1) Пребываніе въ крови разнаго рода микробовъ вообще не продолжительно, что доказано экспериментально нѣкоторыми авторами (Graube, Gscheiden, Fodor, Високовичъ).

Граубе и Gscheiden³⁶⁾ въ 1874 году произвели изслѣдованіе относительно судьбы разныхъ микробовъ, впрыснутыхъ въ кровь теплокровнымъ животнымъ. Они впрыскивали кроликамъ и собакамъ въ вены смѣсь изъ бактерій гніенія и нашли, что артеріальная кровь, взятая при антисептическихъ предосторожностяхъ, по прошествіи 1—2 сутокъ послѣ впрыскиванія не обнаруживала гніенія даже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Стало-быть, въ продолженіи этого срока (1—2 сутокъ) впрыснутыя бактеріи исчезли или погибли. Авторы высказываютъ предположеніе, что озонированный кислородъ кровяныхъ тѣлецъ представляетъ для бактерій вредный моментъ. При впрыскиваніи очень значительныхъ количествъ бактерій животныя обыкновенно погибали въ теченіи 1—2 сутокъ, и тогда въ крови, взятой непосредственно передъ смертью, авторы могли констатировать микроорганизмы гніенія.

Fodor³⁷⁾, занимаясь тѣмъ же вопросомъ, нашелъ, что при впрыскиваніи животнымъ въ кровь микробовъ и споръ эти послѣдніе исчезали изъ крови по истеченіи 4—8 часовъ; у слабыхъ-же и голодавшихъ животныхъ исчезновеніе впрыснутыхъ микробовъ изъ крови происходитъ черезъ нѣсколько болѣе большой промежутокъ времени.

Високовичъ³⁸⁾ впрыскивалъ разнымъ животнымъ въ кровь различнаго вида микробы съ цѣлью выяснитъ, во 1-хъ, какъ долго микробы эти остаются въ крови, и во 2-хъ, куда микробы эти выдѣляются. Многочисленными опытами авторъ

пришелъ къ тому заключенію, что въ большинствѣ случаевъ впрыснутые микроорганизмы исчезаютъ изъ крови либо отчасти, либо вполне въ очень короткое время. Скорѣе всего исчезаютъ сапрофиты; бактеріи, патогенныя для человѣка и нѣкоторыхъ животныхъ и не патогенныя для тѣхъ, которыя служили ему объектами изслѣдованія, какъ напр. *streptococcus pyogenes*, исчезали изъ крови по истеченіи 3—4 часовъ, и только при впрыскиваніи огромнаго количества разводки цѣпочечнаго кокка авторъ находилъ этотъ послѣдній еще спустя 12—24 часа послѣ впрыскиванія. Что же касается микроорганизмовъ, патогенныхъ для изслѣдуемыхъ животныхъ, какъ напр. *staphylococcus pyogenes*, то, при небольшихъ дозахъ сначала количество ихъ въ крови уменьшается, но черезъ нѣсколько часовъ оно быстро увеличивается вплоть до самой смерти животнаго. Задаваясь вопросомъ, куда же исчезаютъ эти микроорганизмы, авторъ останавливается на томъ, что они быстро отлагаются въ органахъ. Въ то время, когда кровь бывала свободна отъ микроорганизмовъ, впрыснутыхъ животному, авторъ находилъ ихъ въ разныхъ органахъ, какъ въ печени, селезенкѣ, костномъ мозгу. Въ органахъ, по мнѣнію автора, микроорганизмы погибаютъ также черезъ сравнительно короткое время, споры-же ихъ остаются еще довольно долго, сохраняя свою жизнеспособность.

2) Второй причиной, которую возможно объяснить отрицательный результатъ нашихъ изслѣдованій, можетъ служить то обстоятельство, что при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, при которыхъ присутствіе микробовъ въ крови точно установлено, обнаруженіе ихъ удается только въ извѣстные періоды, таковы, напр., спирохеты Obermeier'a при возвратномъ тифѣ, которые находятся въ крови только во время приступа и исчезаютъ незадолго до наступленія кризиса. Мечниковъ³⁹⁾ наблюдалъ, что исчезаніе спириллы, соответствующее окончанію лихорадочнаго приступа, повидимому находится въ связи съ нахожденіемъ ихъ въ селезенкѣ, въ которой онѣ большею частью поглощаются многоядерными бѣлыми тѣльцами.

3) Наконецъ извѣстно, что возбудители нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзней, контагиозность которыхъ несомнѣнно доказана (какъ, напр., скарлатина, оспа и др.), до сихъ поръ такъ же, какъ возбудитель кори, остаются неизвѣстными.

Главную причину этого послѣдняго, какъ намъ кажется, должно искать въ несовершенствѣ тѣхъ методовъ изслѣдованія и способовъ окраски, которыми пользуется въ настоящее время современная бактериологія. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что съ ихъ усовершенствованіемъ удастся найти возбудителей тѣхъ болѣзней, которыя по всѣмъ особенностямъ своего теченія, условія развитія, характеру дальнѣйшаго распространенія несомнѣнно инфекціонны и контагіозны. Здѣсь мы главнымъ образомъ имѣемъ въ виду тѣхъ возбудителей, которые относятся не къ обыкновеннымъ бактерійнымъ формамъ, а къ возбудителямъ животнаго происхожденія. Такъ, извѣстно, что малярія считалась мiasmатическою болѣзью и только благодаря усовершенствованнымъ техническимъ способамъ изслѣдованія Laveran'у, Marchiafava и Celli удалось доказать паразитарную причину этой болѣзни. Возможно, слѣдовательно, что и коревой контагій принадлежитъ къ такого рода микроорганизмамъ, которые требуютъ для своего обнаруженія особыхъ методовъ изслѣдованія и специфическихъ способовъ окраски.

Но, даже отрѣшившись отъ послѣдняго объясненія, ограничиваясь только первыми двумя приведенными причинами— а) непродолжительнымъ пребываніемъ микробовъ въ крови и б) обнаруженіемъ ихъ въ извѣстные только періоды, — какъ обоснованными на болѣе положительныхъ соображеніяхъ, мы склонны полученные нами отрицательные результаты объяснить тѣмъ, что и коревой контагій можетъ находиться въ крови только въ продолженіи короткаго времени и притомъ въ извѣстномъ какомъ-нибудь періодѣ, какъ напримѣръ въ послѣдніе дни инкубаціоннаго или въ первые два дня продромальнаго, когда, согласно теоріи Behla, микроорганизмы вѣдряются въ кровь, обуславливая этимъ повышеніе температуры. Попавъ въ кровь въ послѣдніе дни инкубаціоннаго или въ первые продромальнаго періода, коревой контагій черезъ болѣе или менѣе короткое время выдѣляется въ органы, и такимъ образомъ констатированіе его въ крови въ періодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи дѣлается невозможнымъ. Тотъ-же фактъ, что корь заразительна главнымъ образомъ уже въ періодѣ предвѣстниковъ, позволяетъ думать, что коревой контагій въ томъ же продромальномъ періодѣ оставляетъ и органы, въ которыхъ онъ отложился, и выдѣляется въ окружающую

атмосферу, переходя, какъ говорить Рапун, изъ скрытаго состоянія въ дѣятельное.

Что корь заразительна въ продромальномъ періодѣ, доказывается случаями нѣкоторыхъ авторовъ, главнымъ образомъ — Рапун^а. Если въ семействѣ заболѣвало нѣсколько дѣтей, то, отсчитывая назадъ 14 дней отъ выступленія сыпи у второго заболѣвшаго ребенка, всегда можно было констатировать, что этотъ 14-й день совпадалъ съ первымъ или вторымъ днемъ продромальнаго или съ послѣднимъ днемъ инкубационнаго періода перваго больного.

Thomas⁵⁾, касаясь вопроса о заразительности кори въ продромальномъ періодѣ, говоритъ: „положительно доказано, что больные корью въ началѣ и въ продолженіи продромальнаго періода производятъ дѣятельный контактъ и что наибольшее распространеніе контакта происходитъ именно въ этомъ періодѣ“.

Все вышесказанное можетъ объяснить причину полученныхъ нами отрицательныхъ результатовъ при изслѣдованіи крови въ періодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи и вмѣстѣ съ тѣмъ указываетъ на то, что дальнѣйшія изслѣдованія крови должны быть произведены въ послѣдніе дни инкубационнаго періода или не позже 1-го или 2-го дня продромальнаго періода, когда возможно еще предположить пребываніе коревого контакта въ крови.

Намъ остается еще сказать о томъ, что въ нѣкоторыхъ изъ изслѣдованныхъ нами случаевъ, протекавшихъ клинически сравнительно легко (1, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 16 и 24), количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ относительно было увеличено—явленіе, о которомъ упоминаютъ также Cornil и Babes^{*}): „en examinant le sang, on voit que les leucocytes sont un peu plus nombreux qu'à l'état normal“.

Переходя къ осложнениямъ кори, необходимо замѣтить, что насколько корь сама по себѣ не опасна, настолько она опасна своими осложнениями, обуславливающими главнымъ образомъ тотъ большой процентъ смертности, который наблюдается иногда въ разныхъ эпидеміи. Каждый почти органъ можетъ при кори служить мѣстомъ появленія осложнений, которыя, само собою понятно, имѣютъ весьма различное про-

¹⁾ Cornil et Babes, l. c.; la rougeole p. 274.

гностическое значеніе. Нѣкоторыя эпидеміи кори отличаются тѣмъ, что извѣстныя осложненія повторяются болѣе часто, вслѣдствіе чего данная эпидемія получаетъ вполне опредѣленный характеръ.

Наиболѣе частыми осложненіями кори должно считать бронхопневмоніи и вообще пораженія дыхательныхъ путей. Такъ, докторъ Лещинскій ⁴⁰⁾ отмѣчаетъ, что за 18 лѣтъ смертныхъ случаевъ въ Петербургѣ отъ осложненій болѣзнями дыхательныхъ органовъ послѣ кори было 2239, что составило 31,6% общей смертности отъ кори и 72% всѣхъ вообще осложненій.

Сравнивая % смертности отъ кори съ другими инфекціонными болѣзнями, какъ оспа, скарлатина и дифтеритъ, д-ръ Лещинскій на основаніи цѣлаго ряда статистическихъ данныхъ, собранныхъ имъ въ Петербургѣ за 18 лѣтъ, выводитъ слѣдующее отношеніе между этими болѣзнями: если принять смертность для кори равной 100, то смертность для оспы была 127, для скарлатины 131 и для дифтерита 136. Такимъ образомъ мы видимъ, что смертность отъ кори не намного отстаетъ отъ таковой же названныхъ болѣзней.

Принимая во вниманіе, что корь, протекающая безъ осложненій, даетъ обыкновенно въ смыслѣ исхода хорошіе результаты, должно приписать такой большой % смертности отъ нея именно ея осложненіямъ.

Является такимъ образомъ вопросъ, чѣмъ обусловливаются эти осложненія: представляютъ-ли они только частное проявленіе одного и того-же специфическаго заразнаго начала кори, или же они суть самостоятельныя заболѣванія, имѣющія особенную этиологическую причину.

Для рѣшенія этого вопроса обратимся къ бактериологическимъ изслѣдованіямъ осложненій кори другихъ авторовъ и по сравненіи ихъ съ результатами нашихъ изслѣдованій и изслѣдованій осложненій при нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ выведемъ то или другое заключеніе.

Литература, относящаяся къ бактериологическимъ изслѣдованіямъ осложненій кори, не велика и обнимаетъ собою главнымъ образомъ изслѣдованія бронхопневмоній.

Моспу ⁴¹⁾ въ 9 изслѣдованныхъ имъ коревыхъ бронхопневмоніяхъ выдѣлилъ слѣдующіе виды микробовъ, либо въ чистой разводкѣ, либо совмѣстно по два: стрептококкъ, гроздекоккъ,

пневмококкъ и пневмобациллу Friedlaender'a. Преобладалъ цѣпочечный коккъ.

Queissner ⁴²⁾ въ 4 случаяхъ коревой пневмоніи выдѣлилъ: въ двухъ случаяхъ въ чистой культурѣ—пневмококкъ, въ двухъ другихъ—пневмококкъ совмѣстно съ стрептококкомъ.

Neumann ⁴³⁾ изъ 9-ти изслѣдованныхъ имъ бронхопневмоній въ 5-ти выдѣлилъ пневмококкъ въ чистой разводкѣ, въ 3-хъ могъ доказать присутствіе его только микроскопически; въ 9-мъ случаѣ былъ выдѣленъ цѣпочечный коккъ совмѣстно съ гроздекоккомъ.

Finkler ⁴⁴⁾ изслѣдовалъ 3 случая коревой бронхопневмоніи. Въ 1-мъ случаѣ былъ выдѣленъ стрептококкъ въ чистой культурѣ, въ 2-мъ—гроздекоккъ въ чистой культурѣ, въ 3-мъ—гроздекоккъ совмѣстно съ стрептококкомъ.

Netter ⁴⁵⁾ въ 4 изслѣдованныхъ коревыхъ бронхопневмоніяхъ выдѣлилъ въ двухъ случаяхъ—пневмококкъ совмѣстно съ стрептококкомъ, въ двухъ другихъ—стафилококкъ въ чистой культурѣ.

Mogel ⁴⁶⁾ при коревыхъ бронхопневмоніяхъ находилъ также стрептококки, либо въ чистой культурѣ, либо совмѣстно съ гроздекоккомъ, большей частью бѣлыми.

Guarnieri-Giuseppe ⁴⁷⁾ выдѣлилъ изъ легкаго мальчика, умершаго отъ бронхопневмоніи послѣ кори, стрептококкъ, который по своимъ морфологическимъ и биологическимъ свойствамъ оказался тождественнымъ съ рожистымъ стрептококкомъ. Авторъ того мнѣнія, что здѣсь имѣла мѣсто вторичная инфекция стрептококкомъ, подобно тому, какъ это наблюдается при тифѣ и дифтеритѣ.

Для полноты мы назовемъ еще Wyss'a ⁴⁸⁾, Cornill'я ⁴⁹⁾, Lumbroso ⁵⁰⁾, Massalongo ⁵¹⁾, Tobeitz'a ¹⁹⁾, Thon'a ¹⁷⁾ (послѣдніе два упомянуты въ 1-й главѣ), изслѣдовавшихъ коревыя бронхопневмоніи только микроскопически и находившихъ разныхъ круглыхъ микробовъ, а также пневмобациллу Friedländer'a (Cornil, Lumbroso, Massalongo).

Результаты изслѣдованныхъ нами заболѣваній дыхательныхъ органовъ послѣ кори сходятся съ результатами цитированныхъ авторовъ: выдѣленные нами микробы представляли либо чистую культуру, либо смѣсь гроздекокка, стрептококка и пневмококка Fraenkel'я. При другихъ осложненіяхъ выдѣ-

лены только первые два, притомъ или въ чистой разводкѣ (гроздекоккѣ), или-же совмѣстно.

Если обратиться къ осложненіямъ при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, то оказывается, что и здѣсь они обуславливаются главнымъ образомъ тѣми-же гноеродными микробами. Для примѣра приводимъ результаты изслѣдованій нѣкоторыхъ авторовъ при нѣкоторыхъ вторичныхъ заболѣваніяхъ.

Prudden ⁵²⁾ въ своей работѣ объ этиологіи бронхопневмоній при дифтеритѣ указываетъ, что въ 17-ти изслѣдованныхъ имъ случаяхъ онъ могъ доказать присутствіе гноероднаго стрептококка въ чистой культурѣ 3 раза, въ остальныхъ же стрептококкѣ былъ выдѣленъ совмѣстно съ золотистымъ или бѣлымъ гроздекоккомъ.

Netter ⁴⁵⁾ изъ 5-ти изслѣдованныхъ бронхопневмоній при дифтеритѣ въ двухъ случаяхъ выдѣлилъ стрептококкѣ, въ двухъ другихъ стрептококкѣ совмѣстно съ гроздекоккомъ и въ одномъ—совмѣстно съ пневмококкомъ.

Strelitz ⁵³⁾ при пневмоніяхъ, осложнявшихъ дифтеритъ, выдѣлилъ: 1) пневмококкѣ 5 разъ (2 раза въ чистой культурѣ, 2—совмѣстно съ гроздекоккомъ, 1—съ стрептококкомъ), 2) гроздекоккѣ золотистый совмѣстно съ бѣлымъ—4 раза. 3) стрептококкѣ—2 раза. 4) Пневмобациллу Friedländer'a—1 разъ совмѣстно съ гроздекоккомъ, 1—съ стрептококкомъ.

Mosny ⁴¹⁾ въ трехъ случаяхъ пневмоніи послѣ дифтерита выдѣлилъ: 1) стрептококкѣ совмѣстно съ бѣлымъ и оранжевымъ гроздекоккомъ, 2) стрептококкѣ вмѣстѣ съ дифтеритной палочкой и 3) стрептококкѣ въ чистой культурѣ.

При бронхопневмоніяхъ, осложнявшихъ скарлатину, многими авторами Löffler ⁵⁴⁾, Heubner и Bardt ⁵⁵⁾, Graenkel и Freudenberg ⁵⁶⁾, Cornil и Babes ⁵⁰⁾, Раска ²⁹⁾ и др.) былъ находимъ главнымъ образомъ цѣпочечный коккѣ.

При пневмоніяхъ, осложнявшихъ инфлуэнцу, были находимы пневмококкѣ, гроздекоккѣ и стрептококкѣ, въ чистой культурѣ или совмѣстно. Таковы, напр. изслѣдованія Wein'a ⁵⁷⁾, Finkler'a ⁴⁴⁾, Prudden'a и Mitschel'я ⁵⁸⁾. Послѣдніе два автора въ одномъ случаѣ бронхита выдѣлили пневмококкѣ совмѣстно съ золотистымъ гроздекоккомъ, въ другомъ—стреп-

тококкъ. Изъ 6-ти изслѣдованныхъ пневмоній въ 4-хъ былъ выдѣленъ пневмококкъ совместно съ золотистымъ гроздекоккомъ и стрептококкомъ.

При гнойномъ истеченіи изъ ушей послѣ дифтерита, скарлатины, инфлуэнцы многими авторами (Моос⁵⁹), Раскина²⁹), Јанка и⁶⁰) Scheibe⁶¹), Zaufal⁶²) и др.) были находимы, кромѣ нѣкоторыхъ другихъ микробовъ, главнымъ образомъ совместно стрептококкъ съ золотистымъ или бѣлымъ гроздекоккомъ. Fick⁶³), изслѣдуя отдѣленіе конъюнктивальнаго мѣшка глазъ, представлявшихъ различныя патологическія состоянія, на ряду съ разными бактеріями находилъ также золотистый и бѣлый гроздекоккъ, стрептококкъ и сарцины.

Приведенные примѣры показываютъ, что при заболѣваніяхъ, осложняющихъ и другія инфекціонныя болѣзни, какъ напр., дифтеритъ, скарлатину, инфлуэнцу, находятъ тѣхъ-же гноеродныхъ микробовъ, которые были выдѣлены при осложненіяхъ послѣ кори.

Констатированіе однихъ и тѣхъ-же микробовъ при вторичныхъ заболѣваніяхъ, осложняющихъ столь разнообразныя инфекціонныя болѣзни, указываетъ, во 1-хъ, на неспецифичность этихъ микробовъ для котораго-нибудь изъ этихъ вторичныхъ заболѣваній, а во 2-хъ, на то, что заболѣванія эти, гсрр. осложненія, обусловливаются не специфическимъ ядомъ соотвѣтствующей первичной болѣзни, но причиною ихъ въ большинствѣ случаевъ являются гноеродные микробы — цѣпочечный или гроздевидный коккъ, которые вызываютъ такимъ образомъ въ организмѣ самостоятельную вторичную инфекцію.

На основаніи нашихъ изслѣдованій, изслѣдованій предшествовавшихъ авторовъ и по сравненіи ихъ съ изслѣдованіями осложненій при нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ мы должны придти къ тому заключенію, что и осложненія послѣ кори обусловливаются не специфическимъ коревымъ ядомъ; и здѣсь имѣетъ мѣсто вторичная инфекція, вызываемая тѣми-же гноеродными микробами, между которыми первое мѣсто при осложненіяхъ кори занимаетъ гроздекоккъ, въ виду, во 1-хъ, того, что онъ выдѣленъ во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, и, во 2-хъ, въ виду того, что въ разливкахъ гроздекоккъ въ большинствѣ случаевъ преобладалъ надъ стрептококкомъ. Что же касается пневмококка Fгаепкел'я, то, будучи специфиченъ для пневмоній вообще, онъ въ

соотвѣтствующихъ случаевъ обуславливалъ и коревую пневмонию, причемъ въ чистой культурѣ онъ не былъ выдѣленъ ни разу, а всегда совмѣстно съ гроздекоккомъ или стрептококкомъ.

Указавъ, что причиною осложненій послѣ кори является особая инфекція микроорганизмами, чуждыми первичному заболѣванію, намъ остается еще объяснить способъ происхожденія этихъ вторичныхъ инфекцій при кори и способъ проникновенія возбудителей ихъ въ тотъ или другой органъ.

Прежнее мнѣніе клиницистовъ, что осложненія при инфекціонныхъ болѣзняхъ обуславливаются той-же этиологической причиною, какъ и основная болѣзнь, въ настоящее время, благодаря многочисленнымъ бактериологическимъ изслѣдованіямъ, оставлено; большинствомъ принимается теперь, что осложненія, присоединяющіяся къ первичной болѣзни, вызываются другими болѣзнетворными дѣятелями. Результаты нашихъ изслѣдованій подтверждаютъ это положеніе.

Въ осложненіяхъ при кори, такъ же, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, возбудителями этихъ вторичныхъ зараженій являются гноеродные микробы (гроздекоккъ и стрептококкъ) и специфическій микробъ для пневмоніи, пневмококкъ—микробы, которые при обыкновенныхъ условіяхъ не обладаютъ высокой степенью вирулентности, что явствуетъ уже изъ того, что эти-же микроорганизмы постоянно живутъ въ организмѣ совершенно здоровыхъ людей, вѣдряясь изъ окружающей среды въ тѣ полости тѣла, которыя доступны сообщенію съ вѣшнимъ міромъ, каковы полости рта, носа, конъюнктивальнаго мѣшка. Это доказано теперь многими изслѣдователями, изъ которыхъ назовемъ Netter'a ⁶⁴), Vignali'a ⁶⁵), Biondi ⁶⁶), Kurth'a ⁶⁷) и др.

Для того, слѣдовательно, чтобы эти микроорганизмы сдѣлались вирулентными, необходимъ какой-нибудь толчокъ, необходимы, стало быть, извѣстнаго рода измѣненія со стороны тѣхъ тканей и органовъ, въ которыхъ микроорганизмы живутъ обычно, не принося никакого вреда. Этотъ толчокъ и является со стороны первоначальной заразы, которая, попадая въ организмъ, производитъ въ немъ цѣлый рядъ патологическихъ измѣненій; клѣтки, способныя въ нормальномъ состояніи противостоятъ этимъ микробамъ, являются ослабленными; пониженіе жизненности тканей влечетъ за собою то, что организмъ дѣлается менѣе способнымъ сопротивляться

вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ, создается такимъ образомъ почва, вполне пригодная для вторичныхъ зараженій.

Наблюдаемое при кори уже въ періодѣ предвѣстниковъ пораженіе зѣва создаетъ условія, удобныя для вторичной инфекціи, микробы которой встрѣчаютъ въ миндалевидной железѣ лимфоидную ткань, благопріятную для ихъ развитія. Изъ полости зѣва тѣ же микробы (стафилококкъ, стрептококкъ, пневмококкъ) поступаютъ въ дыхательные органы, кліточные элементы которыхъ также ослаблены первичной инфекціей и вызываютъ здѣсь рядъ измѣненій, выражающихся въ формѣ бронхитовъ, бронхопневмоній или лобарныхъ пневмоній. Изъ полости рта черезъ Евстахіеву трубу микробы легко могутъ проникнуть въ ухо, вызывая измѣненія, слѣдствіемъ которыхъ является гнойное истеченіе изъ ушей. Изъ полости носа черезъ слезно-носовой каналъ микробы попадаютъ въ конъюнктивальный мѣшокъ, вызывая здѣсь слизистогнойные катарры. Проникая въ глубь эпителия слизистой оболочки зѣва, микробы могутъ обусловить лимфадениты.

Вотъ, слѣдовательно, тѣ пути, которыми микроорганизмы могутъ проникнуть въ ту или другую область и вызывать то или другое осложненіе.

Такъ какъ было упомянуто, что въ разливкахъ большею частью можно было констатировать преобладаніе колоній гроздекокка надъ колоніями стрептококка, то, быть можетъ, этимъ обстоятельствомъ можно объяснить тотъ фактъ, что осложненія при кори, сравнительно съ таковыми при скарлатинѣ, являются, за рѣдкими исключеніями, не столь злокачественными, такъ какъ главная причина, обуславливающая ихъ, а именно стафилококкъ, принимается за микробъ менѣе вирулентный, чѣмъ стрептококкъ, который чаще другихъ микробовъ встрѣчается при осложненіяхъ скарлатины. Возможно, что при коревыхъ осложненіяхъ гроздекоккъ находитъ лучшія условія для своего развитія и тѣмъ не даетъ значительно развиться стрептококку. Для тѣхъ-же случаевъ, которые протекаютъ болѣе злокачественно, можно предположить, что стрептококкъ одерживаетъ верхъ надъ стафилококкомъ. Наше предположеніе подтверждается тѣмъ, что изъ двухъ случаевъ, окончившихся летально, въ одномъ былъ выдѣленъ изъ крови при жизни стрептококкъ, а въ другомъ, хотя и были колоніи стафилококка, но они представляли значительное

меньшинство сравнительно съ колоніями стрептококка; изъ селезенки-же стрептококкъ былъ выдѣленъ одинъ, въ чистой культурѣ. Такимъ образомъ болѣе тяжелые случаи осложненій кори должны быть приписаны главнымъ образомъ стрептококку, который одерживаетъ верхъ надъ гроздекоккомъ, развиваясь въ ущербъ этому послѣднему. Сказанное подтверждается и работою Hutinel'я и Claisse'я⁽⁸⁾ „О подострой септицеміи, какъ осложненіи кори у маленькихъ дѣтей“. Стрептококкъ, говорятъ авторы, представляетъ собою чаще всего причину этой вторичной инфекціи организма маленькихъ дѣтей, пораженныхъ корью, особенно въ дурно устроенныхъ больницахъ, гдѣ такая инфекція проявляется часто эпидемически, очевидно переходя съ одного ребенка на другаго и преобразуя столь невинную обыкновенно болѣзнь, какъ корь, въ очень опасную. Мѣсто вступленія стрептококка въ организмъ—измѣненная слизистая оболочка носа, рта, глотки и дыхательнаго горла. Въ кровь онъ, повидимому, попадаетъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, дѣйствуя на организмъ вырабатываемымъ имъ токсиномъ.

На основаніи вышеизложеннаго мы позволяемъ себѣ здѣсь сдѣлать слѣдующее замѣчаніе относительно той роли, какую должно играть въ профилактическомъ отношеніи чистое содержаніе полости рта и носа, какъ при кори, такъ и вообще при всѣхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Если мы стараемся поддерживать чистоту этихъ полостей и въ здоровомъ состояніи, то здѣсь это является первою необходимостью, такъ какъ микроорганизмы, живущіе въ названныхъ полостяхъ и при здоровомъ состояніи организма, при первичномъ его заболѣваніи являются этиологической причиной послѣдующихъ осложненій. Настойчиво и возможно часто примѣняя соответствующими дезинфицирующими растворами дезинфекцію этихъ полостей уже съ перваго дня появленія признаковъ кори, возможно, какъ намъ кажется, въ значительной степени предотвратить послѣдующія заболѣванія. Предотвращая-же на сколько возможно осложненія, мы тѣмъ самымъ предотвратимъ тотъ $\%$ смертности, который даютъ осложненія кори, болѣзни самой по себѣ не опасной, но становящейся таковою изъ-за этихъ осложненій.

Выводы.

1. Авторы, прививавшіе кровь отъ коревыхъ больныхъ только на жидкихъ питательныхъ средахъ и получавшіе тотъ или другой видъ микробовъ, принимаемыхъ ими за возбудителей кори, не могли такимъ путемъ изучать ихъ біологическія свойства въ чистыхъ разводкахъ и доказать специфичность выдѣленныхъ ими микробовъ.

2. Авторы, находившіе при изслѣдованіи крови и разныхъ патологическихъ отдѣленій сходство между видѣнными ими микробами по одному только наружному ихъ виду на микроскопическихъ препаратахъ пользовались не вполне точнымъ критеріемъ; для этого необходимо полученіе микробовъ въ чистыхъ разводкахъ, изученіе ихъ морфо-и біологическихъ свойствъ и затѣмъ сравненіе ихъ путемъ микроскопа съ тѣми микроорганизмами, которые были получены на препаратахъ среды, взятой для изслѣдованія.

3. Бактеріоскопическими и бактеріологическими изслѣдованіями крови коревыхъ больныхъ, находящихся въ періодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи, не удастся доказать присутствія какого либо микроорганизма, специфическаго для кори. По этому наблюденія авторовъ, находившихъ въ крови тѣ или другіе микроорганизмы, принимаемые ими за возбудителей кори, нами не подтверждаются.

4. Прививкою животнымъ крови коревыхъ больныхъ, находящихся въ періодѣ высыпанія и цвѣтенія сыпи, не удастся вызвать идентичнаго заболѣванія ни у поросятъ, ни у кроликовъ. Изслѣдованіе крови этихъ животныхъ въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени послѣ прививки даетъ отрицательные результаты.

5. Дальнѣйшія изслѣдованія для рѣшенія разбираемаго нами вопроса должны быть направлены на изслѣдованіе крови въ послѣдніе дни инкубационнаго періода и въ первые два дня продромальнаго.

6. *Streptococcus pyogenes*, выдѣленный изъ крови въ XVII-мъ случаѣ, не специфиченъ для кори; присутствіе его обусловлено вторичной инфекціей.

7. Относительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ нѣкоторыхъ, болѣею частью легко протекающихъ, случаяхъ кори увеличено.

8. Осложненія, наблюдаемыя послѣ кори, не зависятъ отъ специфической заразы; обусловливаясь однимъ изъ слѣдующихъ трехъ микробовъ—стафилококкомъ, стрептококкомъ и пневмококкомъ,—являющихся либо въ чистой культурѣ, либо совмѣстно другъ съ другомъ,—они представляютъ такимъ образомъ вторичную инфекцію.

9. Первое мѣсто въ ряду перечисленныхъ микробовъ, обусловливающихъ то или другое осложненіе послѣ кори, занимаетъ гроздевидный коккъ.

10. Вторичныя пневмоніи вызываются пневмококкомъ Fraenkel'я, являющимся совмѣстно съ гроздекоккомъ или стрептококкомъ, большею частью—съ первымъ.

11. При гнойномъ истеченіи изъ ушей преобладаетъ бѣлый гроздекоккъ.

12. Меньшая злокачественность осложненій при кори сравнительно съ таковою при нѣкоторыхъ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ объясняется преобладаніемъ (въ смыслѣ этиологическаго момента) гроздекокка надъ стрептококкомъ, обладающаго меньшею вирулентностью, чѣмъ послѣдній.

Заканчивая настоящую работу, считаемъ пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору Михаилу Ивановичу Афанасьеву какъ за предложенную тему, такъ и за руководство въ настоящей работѣ. Вмѣстѣ съ тѣмъ приносимъ искреннюю признательность многоуважаемымъ проф. В. Н. Рейтцу и дру С. В. Посадскому за любезно предоставленный ими въ наше распоряженіе клинической матеріалъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Thomas. Morbilli. Сборникъ Цимсена. Русскій пер., т. II, ч. I. Изд. 1879 г.
- 2) Home. Medical facts and experiments. 1758. Цит. по Michael'y. Monatshefte für Practische Dermatologie. VI Band. 1887. № 8.
- 3) Speranza. Storia der morbillo epidemico della provincia de Montowa nell'anno 1822. Цит. по Michael'y, l. c.
- 4) Katona. Oester. med. Wochenschr. 1842. № 29. Цит. по Michael'y, l. c.
- 5) Thomas. L. c.
- 6) Panum. Archiv für Pathol. Anat. und Phys. und für Klin. Medic. 1847, т. I. P. 492.
- 7) Bartels. Archiv für Pathol. Anat. und Phys. und für Klin. Medic. 1861, т. XXI.
- 8) Ад. Штрюмпель. Часть. пат. и тер. Русскій пер. Изд. 1884, стр. 52.
- 9) Hallier. Archiv für Dermat. und Syphilis. I. 1869. P.—42—51.
- 10) Vogel Aug. Archiv für Dermat. und Syphilis. II. 1870.
- 11) Richardson. Lancet. 1875. I. № 6 Цит. по Thomas'y l. c.
- 12) L. Coze et V. Feltz. Recherches cliniques et experimentales sur les maladies infectieuses. Paris. 1872. Цит. Schmidt's Jahrbücher. 1872. P. 240.
- 13) Klebs. Ueber Mikrokokken als Krankheitsursach. Verhandl. der phys. med. Gesell. zu Würzburg. 1874.
- 14) Babesi u. Pester medicin-Chirurg. Presse. XVII № 4. 1881. Ref:—Archiv. für Kinderheilkunde. III. B. 1882. P. 143.
- 15) Le Bel. Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences. T. 96 1883. P. 68.
- 16) Tschamer. Comptes r. der s. de l'Ac. des sc. l. c.
- 17) Thaon. Comptes rendus des séances et mémoires de la société de Biologie. T. II. 8 Série. 1885. Séance du 17 Octobre.
- 18) Manfredi. Fortschritte der Medicin. Bd IV. 1886. Heft. 22.
- 19) A. Tobeitz. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. VIII. 1887. p. 321—369.
- 20) A. Cornil et V. Babes. a) La Rougeole et la pneumonie rubéolique Les Bacteries. T. II. Chap. XVI. 1890. P. 274—285. b) Archives de physiologie, 15 Août. 1883.
- 21) Canon и Pielicke. Berliner klinische Wochenschrift. 1892. № 16.
- 22) Josias. Examen bacteriologique du sang dans la rougeole. Le Bulletin Med. 1892. P. 923.
- 23) M. Laweran. Le Bullet. Med. 1892.
- 24) Чайковскій. Gaseta Lekarska. T. XII. 1892. № 21.

25) Григорьевъ. «Обащляхъ, встречающихся въ крови больныхъ корью дѣтей». Труды общества дѣтскихъ врачей, сост. при Импер. Моск. Унив. II-ой 1893—1894. Стр. 69.

26) Doehle. a) Centralblat für Alg. Pathol. und Pathol. Anatomie. 1892. B. III. № 4. P. 150. b) Centralblat für Bacteriologie. 1892. Bd. XII. P. 906.

27) R. Behla. Centralblat. für Bactetiologie. 1893. № 2 и 3.

28) Bizzozzero и Fernet. Рук. къ клинической микроскопiи. Пер. съ 3-го изд. 1890. Стр. 163.

29) М. Раскина. О происхожденiи главнѣйшихъ злокачественныхъ осложненiй скарлатины. Отг. изъ г. „Врачъ“. 1888 г. № 44.

30) Les Bactéries. Cornil. et Babes. La Scarlatine. T. II. P. 266. 1890.

31) Baumgartens Jahresbericht. 1892, p. 20.

32) Deutsche med. Wochenschrift. 1893. № 43.

33) Typhus exanthématique. Cornil. et Babes. l. c. p. 216.

34) Baumg. Jahresb. 1890. p. 90.

35) Baumg. Jahresb. 1892. p. 35.

36) Jahresber. der schleischen Gesellschaft. 1874. Цит. Zeitschrift. für Hygiene. 1886. I. p. 4.

37) Deutsche medic. Wochenschrift. 1885. № 25. Ref.

38) W. Wyssokowitsch. Ueber die Schicksale der in's Blut injicirten Mikroorganismen in Körper der Warmblüter. Zeitschr. für Hyg. I. 1886.

39) И. Мечниковъ. Virchow's Archiv. T. 109. 1887. P. 176.

40) Д. Лежнинскiй. Смертность отъ кори въ С.-Петербургѣ з. 18 лѣтъ. (1871—88). Дис. 1890 г.

41) Мосну. E. Etude sur la Bronchopneumonie. Цит: Centr. für Bact. Bd. XIII. p. 614.

42) H. Queissner. Zur Aetiologie und Pathologischen Anatomie der Kinder-Pneumonie. Jahrbuch für Kinderheilkunde und Phys. Erziehung. XXX. B. 1890. P. 277.

43) Neumann. Bacteriologischer Beitrag zur Aetiologie der Pneumonien in Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. XXX. P. 233.

44) Finkler. Die acuten Lungenentzündungen als infections-Krankheiten. 1891 г. Цит.: a) Baumg. Jahresbericht. 1891. B. VII. P. 78.

b) по Netter'y. Archives de Méd. Exper. et. d'Anat. Pathol. T. IV. 1892. P. 56.

45) Netter. Étude Bacteriologique de la Bronchopneumonie chez l'adulte et chez l'enfant. Archives de Méd. Exper. et d'Anat. Pathol. T. IV. 1892. P. 28.

46) Bulletins de la société Anatomique de Paris. LXV année (1890), T. IV. 5-me Série. P. 297.

47) Guarnieri-Giuseppe. Streptococco nella bronchopulmonita morbillosa. Estratto dal Bulletino della R. Academia medica di Roma. Anno XIII. 1886—87. Цит.: Centr. für Bacter. 1888. Bd. VIII.

48) O. Wyss. Catarrhal Pneumonie. Handb der Kinderkr. 1878. III. Цит. по Netter'y l. c.

49) M. Cornil. Journal des connaissances médicales. 3 juillet. 1884. Цит. по Netter'y l. c.

50) Lumbroso. Sur la présence des micrococci pneumoniques dans la

broncho-pneumonie de la rougeole. Bulletins de la société anat. de Paris. LIX année. 1884. T. IX. P. 462.

51) Massalongo. De l'étiologie des processus pneumoniques aigus. Bul. de la Société Anat. de Paris. LX année. 1885. T. X. P. 350.

52) Studies on the etiology of the pneumonia complicating diphtheria in children. Amer. Journal of medical sciences. Juin. 1882. Цит.: по Netter'y. l. c.

53) Zur Kenntnis der im verlaufe der Diphtherien auftretenden Pneumonien. Archiv. f. Kinderheilk. Bd. XIII. 1891. Цит.: Centr. f. Bact. Bd. XII. P. 339.

54) Mittheilungen aus d. Kais. Gesundheitsamte. Bd. II. 1884. P. 421.

55) Berlin. Klin. Wochenschrift. 1889, № 44.

56) Centralbl. für Klin. Medic. 1884. № 45.

57) Zeitschrift für Kl. Med. XVII. 1890. Цит.: Centr. für Bact. IX. P. 171.

58) Centr. für Bact. Bd. VIII. P. 247. Ref.

59) Zeitschrift für Ohrenheilk. Bd. XX. Цит.: Centr. für Bact. Bd. X. P. 19.

60) Deutsche Med. Wochenschrift. 1890. № 12. Цит.: Centr. für Bact. Bd. VIII. P. 247.

61) Bacteriologisches zur Otitis media bei influenza. Centr. f. Bact. Bd. VIII. P. 225.

62) Zaufal. a) Bacteriologisches zur Mithelohrentzündung bei influenza. Prager medic. Wochenschrift. 1890. № 9. Цит.: Centr. für Bacter. Bd. VII. 1890. P. 713.

b) Ueber die Beziehungen der Mikroorganismen zu der akuten primären Mithelohrentzündung und ihren komplikationen und der chronischen Mithelohrentzündung und ihren komplikationen. Цит.: Centralbl. für Bacter. Bd. IX. 1891. P. 326.

63) Fick. Microorganismen im Conjunctivalsack. 1887. Цит.: Cornil et Babes. Bacteries de la Conjunctive. l. c. p. 288. T. II.

64) Du streptococcus pyogenes dans la salive de Sujets sains Comptes rendus Hebdom. des séances et mémoires de la société biologie. 1888 an. T. V. P. 644.

65) Microorganismes de la bouche. Archives de Physiologie. 1886 et 1887.

66) Die pathogenen Organismen des sputum. Zeitschrift für hygieaene. 1887. Bd. II.

67) Berlin. Klin. Wochenschrift. 1889. Цит. по Netter'y. См. 64.

68) Revue de médecine. 1893. № 5. Ref. Медицинское Обзорѣние. 1893. T. XL. Стр. 1055.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Корь, присоединяющаяся къ другой какой нибудь болѣзни даетъ худшій прогнозъ въ смыслѣ теченія и выздоровленія, нежели являющаяся, какъ первичное заболѣваніе.

2) Діазо-реакція Эрлиха даетъ при кори положительные результаты.

3) Лечение коклюша бромформомъ не уменьшаетъ ни количества и силы приступовъ, ни продолжительности болѣзни.

4) Больныхъ, одержимыхъ крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, не слѣдуетъ помѣщать въ общія палаты, въ коихъ находятся чахоточные больные.

5) Въ цѣляхъ возможно быстрой дезинфекціи инфекціонныхъ отдѣленій дѣтскихъ больницъ желательно, чтобы полы въ нихъ были каменные, а стѣны и потолки окрашены въ маслянную краску.

6) При судебно-медицинскомъ вскрытіи новорожденныхъ, для рѣшенія вопроса: «родился-ли ребенокъ живымъ или мертвымъ», къ гидростатической легочной пробѣ необходимо присоединять въ каждомъ случаѣ и желудочно-кишечную.

Curriculum vitae.

Владимір Марковичъ Варшавскій, іудейскаго вѣроисповѣданія, уроженецъ Волынской губерніи, родился 28 декабря 1864 года. Гимназическій курсъ окончилъ въ Кіевской 3-й классической гимназии въ 1883 году. Въ томъ-же году поступилъ на Медицинскій факультетъ Императорскаго Университета св. Владиміра. Въ 1884 году перевелся въ Императорскій харьковскій университетъ на тотъ-же факультетъ, который окончилъ въ 1889 году со степенью лекаря и званіемъ уѣзднаго врача. Въ теченіи 1890 года исполнялъ обязанности сверхштатнаго ординатора въ госпитальной терапевтической клиникѣ Императорскаго университета св. Владиміра. Въ 1891 году занималъ должность врача-интерна при кіевской еврейской больницѣ по терапевтическому и инфекціонному отдѣленіямъ. Съ 1892 года по настоящее время занимается въ качествѣ экстерна въ Елисаветинской клинической больницѣ для малолѣтнихъ дѣтей. Въ 1893/94 уч. году сдалъ при Императорской Военно-Медицинской Академіи экзамены на степень доктора медицины. Настоящая работа, подъ заглавіемъ: «Къ этиологіи и клинической бактериологіи кори и ея осложнений» представляется въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.
