

Из Уральского областного психоневрологического института, из Клиники нервных болезней Пермского мединститута.

Бруцеллез у человека и в частности поражение при бруцеллезе нервной системы.

Проф. В. П. Первушин.

Клиническая картина ясно выраженного бруцеллеза весьма полиморфна, отличается непостоянством симптомов, значительным количеством осложнений, отражаясь на функции самых разнообразных органов. Многочисленны, разнообразны и весьма часты явления со стороны *нервной системы* — *периферической, центральной* с ее оболочками, *цереброспинальной* и *вегетативной*. По Nattan-Larriergу, токсины мальтийского микрококка обладают особым, специальным аффинитетом по отношению к нервной системе периферической и центральной¹⁾. Все эти явления при бруцеллезе следует рассматривать в качестве последствий непосредственного действия на различные отделы нервной системы бруцеллезной инфекции, как непосредственную специфическую реакцию нервной системы на действие возбудителей в организме токсических продуктов под влиянием *Brucella*.

Так, обращают на себя внимание общие „неврастенические“ явления: головные боли, головокружения, бессонница, повышенная возбудимость, а чаще депрессивное состояние, чувство общей слабости, разбитости (влияние бруцеллезной интоксикации).

Наряду с этим, даже при лихорадочных состояниях (за исключением случаев тифоподобных) сознание обычно не утрачивается, иногда лишь слегка затемняется; вне лихорадочных периодов самочувствие довольно сносное, порой даже несколько эйфоричное. Весьма часты и типичны для бруцеллеза явления со стороны *периферического нервного аппарата*, различного рода болевые ощущения, часто весьма интенсивные, в особенности в период лихорадочный: невралгии, миалгии, артралгии, затылочная, седалищная, межреберная, невралгии сплетений, невралгии корешковые (особенно люмбо-сакральные).

Далее, нередки явления выраженного невртического характера со стороны отдельных черепных и спинно-мозговых нервов, сплетений, корешков (невриты, радикулиты, плекситы, полиневриты), с мышечными атрофиями, параличами, утратой рефлексов, анестезиями, секреторными, вазомоторными, трофическими расстройствами и т. д. По Saccquière, невртические и невралгические явления встречаются в 75% случаев мальтийской лихорадки (Krabbe). Наблюдаются случаи атрофии зрительного нерва, глухота.

Со стороны *центральной нервной системы* — иногда явления воспалительного характера — серозные менингиты церебральные и спинальные, явления миелита, менинго-миелита, менинго-энцефалита, рассеянного энцефаломиелита. Описаны и психические расстройства (Ricardo, Jorge et Vement d'Arbren, цит. по Н. Krabbe).

¹⁾ По Н. Krabbe, 1934 г.

Со стороны *менингеальных оболочек* явления могут быть весьма незначительными (головные боли, головокружения, легкая напряженность тыльных мышц шеи, боли позвоночника), сопровождаясь иногда лишь незначительными изменениями цереброспинальной жидкости. С другой стороны, в ряде случаев, отмечена явно выраженная реакция оболочек с весьма значительными изменениями ликвора, высоким цитозом (десятки и сотни клеток в 1 к. мм), повышенным содержанием белка, сахара и иногда ксантохромией. Вместе с тем ликвор давал резко положительные реакции агглютинации и фиксации комплемента в отношении бруцеллы (*Bac. Bang. bac. militensis*).

Менингит обычно подострого течения, с лимфопитозом сп.-мозг. жидкости, иногда принимает нарастающий характер, симулируя туберкулезный менингит со сдавлением спинного мозга или сифилитический гумозный менингит. Кроме того, менингеальные явления могут возникнуть в связи со спондилитом и спондилоартритом также бруцеллезного происхождения. Воспалительные явления со стороны оболочек бывают при бруцеллезе выражены сильнее, чаще, по сравнению с поражениями самого мозгового вещества. Следует отметить в общем довольно благоприятное течение и исходы этих осложнений со стороны нервной системы при бруцеллезе.

Клиническая диагностика бруцеллеза у человека затруднительна и ставится на основании совокупности клинических явлений и, главным образом, на основе лабораторных исследований: бактериологического исследования (гемокультура, уринокультура), серологического исследования (р. Райта, р. агглютинации), интрадермальной аллергической пробы с мелитином или абортином (Вигнет), реакции связывания комплемента.

При постановке диагноза приходится иметь в виду также заболевания, как малярия, грипп, легочный туберкулез, сепсис, ревматизм острый и хронический, брюшной тиф, паратиф, гриппозная пневмония, спондилит туберкулезный, хирургический туберкулез, ревматические невралгии, миозиты, невриты, различные сыпные кожные заболевания, болезни печени и мочевого аппарата, далее, аппендицит, хронические гинекологические заболевания, заболевания глаза и нервной системы, воспаление мозговых оболочек и мозга иного происхождения, также неврозы.

В виде иллюстрации к сказанному привожу описание случая бруцеллеза, находившегося уже в стадии выздоровления с ноября 1933 г. по март 1934 г. в заведомой мною Первой клинике Пермского медицинского института.

Л. В. П.-ский, 32 лет, холост, зоотехник-овцевод Березовского совхоза „Овцевод“ Звериноголовского р., Урал. области (б. Курганского округа). Перенес 3 раза воспаление легких (7-ми месяцев, 8 лет и 27 лет), паратиф, желтуху 20-ти лет, брюшной тиф 31 г., в детстве были ленточные глисты (вывол), не пьет, не курит, венерических болезней не имел. В общем, работоспособный, достаточно крепкий человек. Кончил сельско-хозяйственный факультет Пермского университета.

В Березовском совхозе работал с января 1932 г., имел теплую, сухую квартиру, удовлетворительное питание. Большую часть времени проводил в разъездах по хуторам совхоза; приходилось останавливаться, где попадало, — у чабанов, подле овец, быть в соприкосновении с чабанами, доярками, с овцами, оказывать овцам ветеринарную и акушерскую помощь. Питался, б. ч., „всухомятку“, нередко пользовался сырым овечьим молоком и молочными продуктами из овечьего молока: сыром брызгой, маслом, творогом, сметаной — все это обычно в сыром виде.

Начало своего заболевания относит к поздней осени 1932 г. Возвращаясь однажды в конце октября в совхоз на автомобиле в холодную, сырую погоду, простыл, еще дорогой появились сильные боли в пояснице; они длились в течение 4-х дней, и взамен их появились острые, стреляющие боли в икрах обеих ног с судорогами в них, обычно во время лежания, в виде кратковременных сильнейших схваток —

спазмов. Так длилось весь ноябрь и половину декабря месяца, затем боли смягчились. В ногах—чувство слабости. С января 1933 г. тупые боли в пояснице, затруднение движений позвоночника, с марта возобновились боли в икрах ног, сравнительно слабые. Продолжал работу, разъезды, нередко верхом, подвергался простуде, переутомлялся. С апреля начал прихрамывать на обе ноги, были боли—ломота в ногах, пояснице, в руках, в тыле шеи. Лихорадочные явления появились с середины апреля 1933 г. С утра температура нормальная, к полудню озноб, жар до вечера (37—38°), к ночи и ночами сильный пот, работу продолжал, но с 21 мая стало сразу хуже: сильное общее недомогание, боли в суставах ног и пояснице, температура 38—39°. 26 мая диагностировал у него бруцеллез на основании течения болезни и положительного характера внутрикожной мелитиновой реакции Бюрне. С высокой температурой, в полном сознании, в состоянии общей слабости, с сильными болями П. лежал затем в районной больнице около 3-х месяцев—до 18 августа. При этом наблюдалось отсутствие аппетита, упорные запоры (по несколько дней), головные боли и головокружения; в июле месяце в течение 3-х недель был левосторонний орхит (опухоль яичка, тупые боли, чувство жара). Применяли хинин (10,0), салициловый натр, 3 инъекции неосальварсана в мышцы ягодицы, 2 вливания уротропина, 2 раза аутогемотерапия, 2 вливания хлор. кальция в вену, в августе инъекции стрихнина, подкожное введение молока. На общем фоне повсеместных болей обращали на себя внимание болевые ощущения в ногах, в пояснице, в спине и отчасти в руках, в тыле шеи, особенно сильные в течение июня и июля месяцев. Это были острые, сверлящие боли от стоп до паха на поясницу и спину, в виде приступов, длительностью по полчаса (7—10 приступов за сутки); повторяясь каждые 5—10 минут, эти боли длились по 2—3 минуты и сопровождались судорогами—тяжелыми, весьма болезненными спазмами ног; ноги судорожно сгибались в коленях, приводились к животу; спазмы исчезали с прекращением приступа боли. Всякое произвольное движение усиливало эти боли и спазмы. Максимальная их выраженность была в первой половине июля; после того они стихли (оставались тупые боли раза 2 в день по 1/2—1 мин.), а к августу прекратились. Интересно отметить, что в августе во время впрыскиваний стрихнина вновь появились эти внезапные приступы стреляющих болей в области таза и ног; с отменой впрыскиваний они прекратились. С августа состояние больного улучшилось, но ходить он не мог (слабость, болевые ощущения). После 3-х впрыскиваний молока почувствовал себя еще лучше, начал показывать с костылями. 20/IX выехал в г. Пермь, 23/IX поступил в 1-ю терапевтическую клинику, а 28 октября 1933 г. в клинику нервных болезней.

Наиболее ярким выражением болезненного процесса у П. служило лихорадочное состояние с повышением температуры, ознобами, потами, длившимися на протяжении 5 месяцев с неодинаковой напряженностью в виде нескольких периодов.

1-й период, начальный период этого лихорадочного состояния,—5 недель апреля и мая—выражался незначительными подъемами температуры во вторую половину дня (37,6—38°), с ознобами и потами, с прогрессирующей общей слабостью и усилением боли в пояснице и ногах.

2-й период—вторая половина мая до конца июля в течение 10 недель, период наиболее выраженного лихорадочного состояния, общей слабости, резкого повсеместного обострения болевых ощущений с тяжелыми приступами тонических спазмов в мускулатуре ног и поясницы, с явными орхитами, с утренними понижениями температуры до 37,4—37,2—37,0° и ниже и с вечерними повышениями до 38—38,4—38,7 иногда до 39—39,5°.

3-й период—конец июля и августа в течение 5 недель—температура держится на умеренных цифрах, с временными подъемами до 39° и выше; заметное улучшение общего состояния.

4-й период—с 1-го по 21 сентября—температура субфебрильная, заметное улучшение.

С 21 сентября—безлихорадочное состояние, постепенное улучшение общего состояния, самочувствия, подвижности, во с довольно стойкими болевыми ощущениями в пояснице, в суставах ног, особенно тазобедренных, в области мускулатуры и нервных стволов нижних конечностей при ограниченной подвижности ног и туловища.

Описанная красная температуры—интермиттирующего ундулирующего характера. Длительный, пятимесячный период с ноября 1932 г. по апрель 1933 г., период невралгических, миалгических и артралгических болей, следует рассматривать

как затянувшийся латентный период заболевания вместе с периодом предвестников.

При поступлении П-на в клинику нервных болезней 28/X 33 г. отмечено: аппетит, стул, мочеиспускание, сон, температура удовл.; *жалобы*: общая слабость; ломящие „ревматические“ боли в пояснице, в ногах и руках по всему их протяжению; боли преимущественно в суставах, главным образом в коленных и правом тазобедренном, и по ходу седалищных нервов, в тыло шеи и затылка; почти полная невозможность движений туловища, главным образом, сгибания, затруднение движений нижних конечностей и ходьбы. Ослабление памяти, забывчивость на слова, несколько затрудненная речь; редкий кашель.

Больной высокого роста, правильного сложения, бледность кожи и слизистых; выраженный красный дермографизм, понижение общего питания; незначительное увеличение щитовидной железы и выпячивание лев. глазного яблока; сильное разлитое похудание мускулатуры ног; явления хронического бронхита, миедегенерация сердца в стадии компенсации, небольшое увеличение селезенки, прощупывается печень, спастический колит (д-р Кушнев). Моча без уклонений. Кровь: Р. Вассермана и Кана отрицательные. Р. Цитохоль слабо положительная. Эритроцитов 5.200.000, лейкоцитов 4.200 (лимф. 35%, нейтрофилов сегм. 55%, переходных и б. моноцитов 80%, эозинофилов 2%). Спивно-мозговая жидкость (7/XI): прозрачная, давление норм., цитоз—0, р. Нанди положит., р. Новне-Апелты и р. Вейхбротта—отрицательная, р. Вассермана—отрицательная.

Рентгенография не обнаружила ни деструктивных, ни статических изменений со стороны пояснично-крестцового отдела позвоночника (д-р А. А. Яковлев). Позвоночник представляет незначительное общее кифотическое искривление в дорзо-поясничном отделе и значительную болезненность в поясничном и крестцовом отделах в области остистых отростков и по паравerteбральным линиям и в сторону от них. Болезненность икроножных мышц, мышц и мягких частей бедер, обоих седалищных нервов (в области бедра и подколенной ямки, всей тазовой области и тазобедрен. суставов (гл. образом справа), болезненность подзатылочной области. Резко выраженный с. Лазега. Незначительная болезненность мускулатуры рук. Пассивные движения ног вызывают резкие боли в тазобедренных суставах и пояснице. Больной с большим трудом (из-за болей) с помощью рук поворачивается в постели и садится. Ходит с костылями, медленно. Все движения туловища весьма ограничены (в особенности сгибание), с движениями возникают и боли в пояснице; ограничены движения бедер и головы (вперед). Сила ног заметно понижена. Небольшое трясение пальцев рук. Отмечается значительное оживление сухожильных и кожных рефлексов. Зрачки, рефлексы со слизистых, функция тазовых органов (в частности потенция), чувствительность — без уклонений.

Согласно произведенным в Пермском обл. бактериолог. институте исследованиям, реакция Райта в крови П-на оказалась резко положительной в разведении 1:400 (5/I 1934 г.), внутрикожная реакция Бюрна оказалась также положительной (февраль 1934 г.). Далее оказалась положительной р. Райта и в серозном содержимом полости бурита правого локтя, сустава (бурит появился уже в клинике — в январе 1934 г.). Микроорганизмов Brucella не обнаружено ни в крови, ни в моче (при посевах) при двукратном исследовании (февраль 1934 г.).

Больной пользовался в клинике тепловыми процедурами, общими и местными ваннами—водяными и световыми, салicyловыми препаратами, иодом, диатермией, массажем. Состояние его постепенно улучшалось, в конце ноября он оставил костыли и с января ходил довольно свободно. Боли также уменьшились и к марту 1934 г. ограничили лишь область поясницы и пояснично-крестцового отдела позвоночника (весьма значительная болезненность при давлении, боли при движении, иногда и самостоятельные) и правым тазобедренным суставом. С. Лазега выражен слабее, подвижность позвоночника в поясничном отделе осталась сильно ограниченной. кифотическое искривление его также осталось. Температура все 5 месяцев держалась нормальной, лишь 3 раза в течение 1—2 дней поднималась до 39° (после выхода на улицу и в связи со случайными осложнениями).

Рассматривая весь случай в целом, не трудно убедиться, что самым основным здесь является длительное на протяжении 5 месяцев остролихорадочное состояние с постепенным его нарастанием и снижением и с волнообразным течением, в общем державшееся не на слишком высоких цифрах, при наличии распространенных болевых ощущений в суставах,

в позвоночнике, в нервах и мышцах, и при довольно удовлетворительном общем состоянии, с полным сохранением сознания.

Эти особенности лихорадочного стадия, с одной стороны, и положительные результаты специфических реакций Райта и Бюрнэ (дважды), с другой, при отсутствии сколько-нибудь выраженных изменений со стороны внутренних и других органов, при отсутствии данных в пользу малярии в прошлом и в настоящем, говорят, с несомненностью, за бруцеллезную инфекцию типа мальтийской лихорадки.

В отношении нервной системы дело свелось к явлениям сильного раздражения в области периферических нервов плечных и верхних конечностей, преимущественно в их центральных и корешковых отделах, к раздражению спинно-мозговых оболочек, к миалгическим явлениям, словом, к слабо выраженным воспалительным явлениям в области периферического нервно-мышечного аппарата, корешков и мягких сп.-мозговых оболочек.

Основной инфекционный процесс у нашего пациента, повидимому, ликвидирован. Остались стойкие явления со стороны позвоночника, они могут вылиться в картину стойкого спондилита. Больному рекомендовано лечение на одном из грязелечебных и серных курортов.

Бруцеллез должен привлечь к себе внимание врачей различных специальностей, в частности, и невропатологов. Большой интерес представляет сама история развития этого вопроса, отражающая на себе все перемены и достижения медицинской мысли, стремления ученых постичь сущность процесса, причины и условия его возникновения. В этом отношении бактериологи, инфекционисты и эпидемиологи сделали уже очень многое. Результаты их трудов уже давно используют и еще шире должны использовать гигиенисты и практические работники здравоохранения и ветеринарного дела для широкого проведения профилактических мероприятий. Представители клинической медицины должны уточнить детали клинического проявления бруцеллеза и его диагностики и, главным образом, фиксировать свое внимание на изыскание способов этиотропной терапии этого коварного длительного заболевания, протекающего к тому же нередко в чрезвычайной мягкой форме, причем лишь специфические реакции Райта и Бюрнэ и др. лабораторные исследования открывают истинную причину этих неопределенных состояний недомогания, слабости, малокровия, ревматоидных, гриппозных, легко-лихорадочных явлений, неврастенических явлений, туберкулезоподобных состояний и т. п.

Отныне, в числе этиологических моментов заболеваний нервной системы должна значаться и бруцеллезная инфекция. О бруцеллезе врачу всегда необходимо помнить и, в особенности там, где встречаются соответствующие эдизоотии, тем более, что источником заражения для человека, помимо крупного и мелкого рогатого скота и свиней, могут быть и другие домашние животные, восприимчивые к бруцеллезу: лошади, ослы, мулы, верблюды, вероятно, также и собаки, кошки, мыши, а в условиях лабораторной работы — кролики и, в особенности, морские свинки.

Большая литература о бруцеллезе с каждым годом все пополняется, за последние годы появилось много содержательных работ и у нас в СССР, что свидетельствует о возрастающем интересе к этому, действительно, интересному заболеванию, известному давным-давно человечеству.

Вместе с тем, клиника не может не отметить, что бруцеллез типа мальтийской лихорадки и бруцеллез типа болезни Банга, столь различные

в эпидемиологическом отношении протекают несколько неодинаково в смысле самого характера болезненных явлений, их интенсивности и стойкости. Едва ли это зависит лишь от индивидуальных особенностей больных. Причину этого различия следует усматривать в различии самих типов *Brucella* и в их неодинаковом влиянии на животный организм. Клиника и должна дать определенную характеристику этих двух (а быть может и больше) вариантов *Brucella* или же установить их тождество.

Из Первой хирургической клиники Одесского медич. института
(дир. проф. Н. Н. Соколов).

Послеоперационные кровотечения у больных с резекцией желудка.

В. И. Годик и Л. Е. Корыткин-Новиков

За последние годы появились в литературе указания на то, что наблюдающиеся послеоперационные кровотечения у желудочных больных зависят, главным образом, от биологических изменений крови — наличия у таких больных тромбопении, понижения свертываемости крови и лейкопении. Мы задались целью проверить указанное мнение на нашем клиническом материале.

Кровотечения, которые мы наблюдали у наших больных после операции резекции желудка, можно подразделить на два вида: 1. Кровотечения темной кровью, 2. Кровотечения алой кровью.

Первые, в виде небольших сгустиваний темной жидкой или уже свернувшейся кровью, наблюдавшиеся у нас в значительном % случаев, появлялись на 1-ый или 2-ой день после операции и прекращались на 2-ой же или 3-й день почти без всякой терапии.

Этот вид кровотечения мы объясняем, главным образом, затеканием крови во время наложения соустья в полость желудка и кишки, а также набуханием слизистой анастомоза. Из наблюдавшихся у нас за последний год 36 кровотечений темной кровью на 135 резекций желудка, все окончились благополучно на 2—3-й день.

Особый интерес представляют кровотечения алой кровью, так как они, собственно, и приводят к острым анемиям, нередко оканчивающимся смертью.

Это послеоперационное осложнение, наблюдающееся при различных операциях на желудке: *gastroenterostomia ante et retro colica*, резекции по В I, В II, со всеми модификациями и при различных способах наложения соустья, дает, по литературным данным, довольно большой % смертности. По сводной таблице Оглобиной на 79 кровотечений было 40 смертных исходов. У некоторых же авторов этот % падает до ничтожных цифр. На 20 наблюдавшихся нами кровотечений после резекции желудка было 3 смертельных исхода, т. е. 15% смертности.

Последовательные желудочные кровотечения могут наступить как из краев соустья, так и из оставленной язвы. Наконец, может кровоточить вся слизистая желудка на почве тромбоза и эмболии мелких сосудов. В среднем, кровотечения наступают у 4—5% больных, оперированных по поводу язвы желудка (Добровровский, Jungbluth). Эти данные относятся к операциям гастро-энтеростомии.