

*Проф. С. А. ГЛАУБЕРЗОН, Ш. Е. ТРАХТЕНБЕРГ и
П. Г. КАМИНСКИЙ*

Материалы к учению об эризипелоиде

Из дерматологической клиники (директор проф. С. А. Глауберзон) Винницкого медицинского института

Эризипелоидом (э.) обозначают инфекционное заболевание кожи, обусловленное проникновением в поврежденную, большей частью механически, кожу человека возбудителя свиной рожи, и локализующееся, главным образом, на коже пальцев рук и тыла кистей. Клиническая картина э. в отдаленной степени напоминает эризипеляс, откуда и его название.

Розенбах выделил возбудителя болезни, который в разводках образует прямые или завитые разветвленные нити, состоящие из овальных образований несколько больших, чем стафилококки. Возбудитель отнесен Розенбахом к классу кладотрикс. Прививкой культуры возбудителя Розенбаху трижды удалось вызвать на самом себе подобное заболевание. Ученик Розенбаха Олеман также привил себе с положительным результатом возбудителя э. из культуры, которую он соответствующим образом сохранял в течение года. Аутоинокуляция удалась и Кордуа. Интересно отметить (и это важно для понимания ряда клинических явлений), что Олеману удалось гистологически обнаружить возбудителя только в глубоких слоях кожи. Далее Розенбах пытался экспериментально доказать идентичность возбудителя э. и свиной рожи, открытого Лефлером, а также и мышинной септицемии. В результате предпринятых исследований Розенбах пришел к выводу о групповом родстве этих трех различных между собой возбудителей. Готрон и Бирбаум, Рижман, Рамон и др. путем бактериологического и серологического изучения возбудителей э., свиной рожи человека и мышинной септицемии окончательно доказали полную их идентичность, патогенность для белых мышей и голубей, а также полиморфизм микроба свиной рожи (Ланграндт). Инокуляция мышам и голубям инфекционного материала и служит целям диагностики э.

Установлено, что этот микроб, как универсальный сапрофит, очень распространен в природе. Овцы, бараны, ягнята, рыбы, омары, раки, крабы, птицы (куры), мыши, крысы, являются его носителями. По Димеру, Россеру и др., свиньи в 50% являются бациллоносителями. Бациллу эту можно найти и на растениях, с которыми соприкасается, например, на пастбище, животное. Гиндемарш однако указывает, что вследствие универсальности сапротифизма бациллы свиной рожи даже при хорошем санитарном контроле могут быть случаи заражения э., особенно при пользовании для пищи сырым мясом. Приготовленные пищевые продукты животного происхождения, большей частью испорченные уже вследствие долгого лежания или других причин, также

являются источником инфекции. Фридрих доказал, что такие продукты изобилуют бактериями мышиной септицемии. Бенче наблюдал э. у лиц, соприкасавшихся с животным жиром, а Джиннес и др. — с костями-сырьем пуговичной промышленности. Заражение э. человека от человека не отмечено.

Обращаясь к эпидемиологии э., можно отметить, что э., как на то указывает Мещерский, Бельгодер и др., не так редок, как мало известен. Э. встречается в центральной Европе, на островах Англии, в Америке и в Африке. Павловский приводит 1113 случаев э., зарегистрированных в Германии за 25 лет в хирургической клинике Бира. Готрон и Бирбаум насчитывают еще 500 случаев в том же Берлине, в дерматологической клинике. Гиндемарш собрал в Стокгольме 282 случая за 10 лет. Фипрехт указывает, что в некоторых местах нижней Баварии э. встречается чаще панариция. Джилхирст в Америке за 8 лет насчитал 329 случаев э., из них в 323 он отмечает укусы краба и рака. Рост полагает, что это происходит оттого, что раки, крабы и т. д. поедают гнилое мясо. Клаудер, Райтер и Гаркинс наблюдали 1000 случаев э. среди рыбаков. Люц описывает случай заражения э. через укус насекомого. Гринфельд и Стефанский в 1929 г. наблюдали э. в Одессе у лиц, имевших дело с судаком. Стрелков наблюдал э. в Гатчине у лиц, соприкасавшихся с большими свиньями и их мясом. Такие же наблюдения сделаны Шифрином в Воронеже, Брандом в Харькове и нами в г. Виннице. Эризипеллоид чаще встречается в теплое время года. Заболевают преимущественно лица в возрасте от 20 до 60 лет.

Эризипеллоид у человека протекает, как правило, доброкачественно; встречается в виде септической и доброкачественной ограниченной формы. Зибен описывает трех больных, заразившихся э. из одного источника, причем в двух случаях э. протекал местно, а в третьем с тяжелыми септическими явлениями. Описанная Праусницем, Чезарье, Фисингером и др. септическая форма э. представляет собой тяжелое общее заболевание с гипертермией и страданиями серозных оболочек, причиной которых, по ряду авторов, является бактерия свиной рожи. Эта форма представляет для нас интерес и в том отношении, что и при ней встречается сыпь на коже эритематозно-геморагического характера. Форма эта однако Готроном рассматривается, как проявление вульгарного сепсиса в виду того, что произведенные в отношении бактерии свиной рожи исследования недостаточны. Лексер говорит о смешанной инфекции в подобных случаях. В руки дерматолога и хирурга, да и то не всегда, попадает другая форма, ограниченная по своему распространению и доброкачественная по своему течению. Последнее, а также отсутствие случаев заражения э. человека от человека приходится объяснять ослаблением вирулентности возбудителя, перешедшего от промежуточного хозяина, вырабатывавшего, очевидно, какие-то защитные тела.

Появлению э. предшествует инкубационный период в 1—3 дня, а иногда и значительно больший—5—10 дней (Бенче, Рупрехт и др.). Общие явления, как правило, отсутствуют. Изредка отмечаются ощущения зуда, покалывания на месте входных ворот. Локализованная форма, в виде диска, исходным центром имеет едва заметные входные ворота, случайные повреждения кожи. Центр этот характеризуется появлением воспалительной желтовато-красной папулы, часто

папуло-везикулы или везикулы. Иногда к содержимому последних прибавляется кровь. Отсюда начинаясь, овальный или кругоподобный, нередко с везикулами или пузырями в центре, отечный эритематозный диск ползет, распространяясь центробежно, реже в одну сторону (Мещерский), приобретая различные размеры и заканчиваясь валикообразно приподнятыми краями. Последние резко отграничены от окружающей здоровой на вид кожи. Цвет диска (более интенсивный по периферии, чем в центре)—насыщенно-красный с синюшным оттенком. Длина и ширина его разная, часто достигает больших размеров. Кожа в области диска слабо инфильтрирована. Через 1—2—3 недели происходит обратное развитие э.: последнее также начинается с центральной части и сопровождается побледнением кожи, а иногда и незначительным шелушением. В центре при наличии экссудации—корочка и более значительное шелушение. Полное исчезновение очагов наступает, в зависимости от ряда обстоятельств, через 2—5 недель.

Как правило, очаг бывает одиночным, однако не исключена возможность появления нескольких дисков при инфицировании сразу в нескольких местах. Лишь в очень редких случаях (Домрих, Рихтер, Шрайнер, Клаудер, Готрон) э. имеет значительное распространение на туловище и конечностях. Изредка э. рецидивирует. Очевидно, это не рецидивы, а повторные заражения.

Микроскопически при э. обнаруживается в коже воспалительный процесс с резко выраженными сосудистыми явлениями и со значительным б. ч. участием в инфильтрате тучных клеток.

Локализация э., как правило—кисть руки, именно тыльная поверхность пальцев. У Павловского на 1113 случаев только 30—с экстрадигитальной локализацией. По Бенче в 70% поражаются кисти и предплечья. Павловский отмечает э. и на щеках, носу, ушах. В 23 случаях этот автор отмечает двустороннюю локализацию на коже кисти рук и только в 4 случаях—на ладонях. В одном случае наблюдался метастатический ирит. На случаи метастатического распространения последнего лимфатическими путями на плечи, туловище и т. д. указывают Клаудер, Шрейнер, Готрон, Домрих, Рихтер и др.

При э. отмечается увеличение, а иногда и болезненность регионарных желез (Каломон, Арнгольц, Гиндемарш и др.) и наличие—по Лексеру—в 10% случаев лимфангоитов. Кроме лимфатических желез и сосудов, на вирус э. реагируют, как указал Готрон, суставы пораженных областей. Последние отекают, делаются болезненными. Движения затрудняются и болезненны. Артриты появляются как одновременно с э., так и много позже, по его исчезновению, но обязательно на тех местах, где был э. Поражаться может один сустав фаланги пальца или несколько их на одном пальце, или несколько пальцев и т. д. Частота поражения суставов, по Аксгаузену, составляет 75%. Готрон считает, однако, эту цифру преувеличенной.

Карталь и Готрон различают четыре формы артрита при э.: 1) острая форма с незначительными болями и затруднением в движении сустава; 2) хронически рецидивирующая форма артрита, при которой э. исчезает, а отечность и краснота, а также болезненность в области пораженного сустава остаются. Затянувшаяся хронически рецидивирующая форма может в неблагоприятных случаях превратиться в третью форму; 3) хронически-стационарная; при ней наблюдаются и контрактуры. Рентгенографически при этом контуры суставов неясны. 4) При четвертой форме рентгенографически имеется

деформирующий артрит. Известны и артралгии при э. (Арнгольц, Райх, Франк). Каломон указывает, что при э. бывает и периартрит. Гаук и Тильманс наблюдали тендовагиниты в соответствующих областях.

Исследование крови при э., произведенное всего в одном случае Сабразе и Мюрате и в 18 сл. Бриндом, показало небольшой лейкоцитоз. Местно в области э. в сосудах кожи обнаружено увеличение количества лейкоцитов сравнительно с симметричным участком здоровой кожи. В крови больных э. бактерий, как правило, не находят. Гемокультуры не удаются. Бальби путем интрадермального введения прокипяченной взвеси культуры свиной рожи получил положительную реакцию у 5 больных э. Реакция в виде отека воспалительного пятна наиболее резко была выражена у больных через 48 часов. У 14 контрольных больных получен отрицательный результат.

Ядассон подтвердил на животных вышеприведенные данные. После первого введения кролику живой культуры, вызвавшей на месте инъекции красноту и некроз, последующие введения ее приводили к появлению инфильтрированного пятна. Прогретая в течение одного часа при 70° взвесь культуры микроба свиной рожи не вызвала реакции у здоровых кроликов и вызвала положительную реакцию у ранее сенсibilизированных. Ценно замечание Бельгодера о возможном наличии предварительной сенсibilизации у лиц, болевших э., в связи с выполняемой ими работой. Бельгодер в одном случае из двух его наблюдений получил положительную интрадермальную реакцию от введения убитой бульонной культуры. Положительную аллергическую реакцию получил и Лемьер. Сезари и Тифено в двух случаях получили положительную интрадермореакцию на введенный эндотоксин.

Несмотря на доброкачественный характер э., обычно сравнительно короткий срок болезни и редкие—но все же наблюдавшиеся—повторные заражения, небезынтересны, однако сведения о реакции иммунитета при нем. Наличие преципитинов отмечает Асколи. Бельгодер же не нашел их. Положительную реакцию агглютинации получили Бацолли, Бельгодер, Ферне, правда, в слабых разведениях. Стилс и Девич получили реакцию агглютинации с кровью, сывороткой и синовиальной жидкостью больных животных. Реакция связывания complemента оказалась отрицательной почти у всех авторов.

Для лечения, как общего, так и местного, предложено и испытано, и притом почти всегда с положительным результатом, много медикаментозных и других средств. Это объясняется тем обстоятельством, что э. в подавляющем большинстве случаев проходит и без всякого лечения в упомянутые выше сроки. Для общего лечения предложены инъекции слабых растворов карболовой кислоты, спирта, уксусной кислоты, сулемы, риваноля, протеинотерапия, введение сыворотки против свиной рожи. Рихтер получил хорошие результаты от аутогемотерапии, Френкель от триафлавина. Для местного лечения важен покой пораженного пальца или кисти (Лексер, Арнгольц). Из медикаментозных средств почти одинаково хорошо действуют смазывание пораженного участка иодной настойкой, примочки и компрессы с свинцовой водой, уксуснокислым глиноземом, борной кислотой, ихтиолом, водные или спиртовые сулемовые (полупроцентные) компрессы (Рупп्रेхт). Иесснер рекомендует повязку с 50%-ным спиртом, с наложением прорыванной гуттаперчевой бумаги. Из

мазей предложены: мазь с коллоидальным серебром, ихтиоловая, иодоформенная и т. д. Франке предложил серно-нафтол-салициловую пасту. Предлагается и 25% салициловый пластырь (Джильхирст). Рихардт рекомендует ихтиол-коллодий. Губер с успехом обкалывал пораженные э. участки 1% раствором новокаина или 3% раствором сахара и даже физиологическим раствором — и все с одинаковым, положительным, результатом. По его мнению, дело в местной гиперемии, вызванной химическим путем, что особенно важно в затянувшихся случаях э. Новаковский предлагает скарификацию пораженных участков, как метод, способствующий свободному выходу бактерий. Рекомендуются также и замораживание дисков хлор-этилом, по аналогии с лечением рожи по Гуттену. Димер рекомендует сочетание местного (иод) и общего (вакцина) лечения. Мюльпфордт предложил облучение кварц-лампой; Ашер и др. получили хорошие результаты от этого метода. Зак рекомендует рентген-терапию ($\frac{1}{3}$ эритемной дозы) с одновременным применением компрессов из уксусно-кислого глинозема. Буцелло также рекомендует рентгенлечение.

Мы наблюдали в нашей клинике 25 случаев э., из них интернированных в клинике 11 случаев и в амбулатории клиники 14 случаев. По времени года наши наблюдения распределяются таким образом: в 1935 году май—2 случая э., июнь—1, октябрь—2, декабрь—8; в 1936 г.: январь—1, октябрь—3, ноябрь—1, декабрь—1; в 1937 г. март—4, апрель—2. Наши данные указывают, что э. встречается и в теплое и в холодное время года. По профессии — рабочих мяскокомбината—13 чел., из них рабочих боевского цеха—7, колбасного цеха—3, жирового—2, холодильного—1; рабочих свиного совхоза—1, колхозников—2, ветврач—1, дом. работниц—6, прочих—2.

Из приведенных 25 больных занимались: обработкой свиной кожи—7 чел., участвовало в убое свиней—5 чел., в спец. вакцинации—2, в сортировке свиного сала и мяса—5 чел., в приготовлении пищи из свиного мяса—6 чел. Интересно отметить, что подавляющая часть больных самостоятельно указывала на связь своего заболевания с той или иной манипуляцией, проведенной больным над живой или убитой свиньей. Мужчин было 18, а женщин 7.

При сопоставлении приведенных данных о заболеваемости людей э. с данными ветерин. надзора Мяскокомбината о заболеваемости свиней свиной рожей отмечается: в первых трех кварталах 1935 г. обнаружено 3 случая э. и 22 случая рожи у свиней, в одном же четвертом квартале установлено 10 случаев э. и 154 сл. рожи свиней, а в четвертом квартале 1936 г. 5 случаев э. и 192 случая рожи свиней. По нашим материалам совершенно отчетливо выявляется взаимосвязь между появлением э. у человека и рожи у свиней, как на то указывает Нокар и Лекленш.

Длительность инкубационного периода в 1 день отмечена у 15 больных, в 2 дня—у 8 больных, в 2—4 дня—у 2 больных. Локализация—тыльная поверхность правой кисти—7 случаев, тыльная поверхность правой кисти и нижняя треть предплечья—3 случая, тыльная поверхность правой кисти и пальцев—4 сл., тыльная поверхность правого указательного пальца—1, тыльная, ульнарная и радиальная поверхность обоих больших пальцев—1, тыльная поверхность левой кисти—2 сл., тыльная поверхность левой кисти и пальцев—4 сл., разгибательная поверхность левого предплечья—1 сл., сгибательная поверхность правого предплечья (нижн. треть)—1 сл., кожа лица

(левая щека)—1 сл. Из всего числа больных э. переход его на ладонную поверхность отмечен в 10 случаях.

Подобно Аригольцу, Рому, Рилю и др., мы наблюдали в 3 случаях переход э. с кожи кисти на боковую поверхность предплечья. В наших случаях клиническая картина была в достаточной мере типична; она соответствовала приведенным выше описаниям и не представляла трудности для диагностики. В пяти из наших случаев на дисках отмечены везикулы. У всех больных можно было обнаружить входные ворота. У ряда наших больных отмечалось опухание фаланговых и других суставов в пораженных э. местах, болезненность и затрудненность при движении. Следует отметить и наличие артралгии в ряде случаев. У всех наших больных отмечалось увеличение и болезненность регионарных желез, а у девяти из них—лимфангоиты.

Для бактериоскопического и бактериологического исследования нами производился соскоб пораженной кожи и аспирация из глубоких слоев кожи по описанному выше способу. Произведенные у 22 человек бактериоскопические исследования обнаружили: маленькие грампозитивные палочки у двух чел., сомнительные грампозитивные палочки у 3 чел.

Отрицательные результаты получены у 17 больных, в том числе при взятии материала из пузырьков. При посеве на агар-агар и бульон положительный результат получен в 5 случаях из 22, из них рост на агаре получен в 4 сл., а на агаре и бульоне—в 1 случае. На агаре через 24—48 час. получен рост чрезвычайно маленьких колоний в виде капелек росы. Бульон мутноват, при взбалтывании хлопья. Микроскопически грам-позитивная палочка. Гемокультуры не удалось получить.

Исследование крови, произведенное у 18 наших больных, показало некоторое увеличение количества лейкоцитов за счет нейтрофилов и лимфоцитов. В двух случаях обнаружено сравнительное увеличение количества лейкоцитов в коже, пораженной э.

При интрадермальном введении сыворотки против свиной рожи 11 больным э. и 3 больным контрольным в дозе 0,2 у двух больных и одного контрольного через 24 часа появились на месте введения отек и эритема, которые держались трое суток. У остальных больных, равно как и у двух контрольных, реакция отсутствовала. Реакция Вассермана (кровь) у 24 больных отрицательная, в одном случае резко положительная (люес и э.).

При исследовании мочи и желудочного сока отклонений от нормы не обнаружено. При интрадермальном введении конго-рот у 7 больных с э. исчезновение пятна обнаружено: на 9-й день—у 2 чел., на 10-й—у 1 чел., на 12-й—у 3 чел. и на 14-й—у 1 чел., что указывает, по аналогии с такими же данными у больных с хроническими инфекциями кожи, на участие ретикуло-эндотелиальной системы при э.

По длительности заболевания э. наши больные распределяются следующим образом: 9 дней—2 сл., 10 дней—3 сл., 12 дней—3 сл., 13—14 дней—11 сл., 16 дней—1 сл., не выяснено—5 сл. Нередко, однако, на местах бывшего э. остается на некоторое, иногда продолжительное время, отечность кожи. У значительного большинства больных наблюдался один очаг. Мы наблюдали один случай повторного заражения через 4 м-ца после первого заболевания.

На основании приводимого выше материала мы можем присоеди-

ниться к тем авторам, которые, кроме покойного положения, довольствуются наложением сухой повязки на пораженный участок в легких случаях и применением ихтиоловой мази со смазыванием краев диска и окружающей кожи спиртовым (10%) раствором иода в затянувшихся случаях. В тяжелых случаях следует ввести специфическую сыворотку (против свиной рожи). Дифференцировать э. приходится, главным образом, от истинной рожи и флегмоны. У одного из наших больных была ошибочно сделана операция вследствие того, что э. не был распознан и был принят за флегмону. Прогноз при э., как правило, благоприятный.

Приведенные нами наблюдения указывают на несомненную связь данного заболевания с манипуляциями над живой или убитой свиньей и, что особенно интересно отметить, на учащение заболевания э. в полном соответствии с увеличившимся в тот же период количеством случаев рожи у свиней. Это последнее обстоятельство настоятельно диктует необходимость тщательного ветеринарного и санитарного надзора за мясными продуктами на соответствующих производствах и в торговых предприятиях, что даст возможность предупредить в значительной мере появление э. у людей.

В неблагоприятных по свиной роже местностях следует производить предохранительную вакцинацию свиней перед выпуском их на пастбище (Андреев). Это особенно следует учесть в виду того, что возбудитель свиной рожи, как универсальный сапрофит очень распространен в природе, а эпидемическое появление свиной рожи может повести к проявлению патогенных свойств микроба и к усилению его вирулентности.

Поступила 21.II 1939.

Проф. А. И. ДМИТРИЕВ и Г. И. ЕГОРОВ

Лечение острого гоноройного уретрита сульфидином

(Сообщение II)

из отдела мужской гонореи (зав. заслуж. деятель науки профессор Р. М. Фронштейн)
Центрального кожновенерологического института Наркомздрава СССР (дир.
Л. Б. Гиндин)

За последние 1½—2 года как за границей, так и в СССР было синтезировано более 20 новых растворимых и нерастворимых сульфоновых препаратов. При экспериментальном изучении новых препаратов они не всегда оказывались активными. Нередко новый препарат был активным, но в то же время обладал выраженным токсическим действием. Не все синтезированные препараты поэтому были подвергнуты клиническому испытанию.

Эвансу и Филипсу пришла мысль изменить формулу сульфаниламида таким образом, чтобы один атом водорода в пара-положении заменить пиридином. Новый препарат был назван сульфациридином, а фирма, выпустившая его впервые в Англии, дала ему название „М и В 693“.

Сульфациридин представляет собой мелко кристаллический порошок белого цвета, плохо растворимый в воде (1:1000). Экспериментально препарат был подвергнут испытанию впервые при пневмококковой инфекции животных, при которой он оказался весьма активным.