

ставляет собой какого-либо вида геморрагического диатеза в чистой, совершенно типичной форме, а дает скорее смешанную картину, что в клинике геморрагических диатезов встречается не так редко.

Что же касается связи в данном случае между вакцинацией и проявившимся геморрагическим диатезом, то скорее всего нужно предположить, что прививка явилась здесь лишь моментом, провоцировавшим бывшую в скрытом состоянии предрасположенность к кровотечениям. К тому же интересно отметить, что под правой лопаткой, в самом месте укола, произведенного больному для предохранения от брюшного тифа, можно было с самого начала отметить ясные геморрагические явления, которые, очевидно, говорят об известной предрасположенности больного к кровотечениям, бывшей уже в момент самой прививки.

Подобные случаи представляют определенный практический интерес, но, как показывает повседневный опыт массовых прививок, они чрезвычайно редки и не могут, конечно, ни в какой мере приниматься во внимание при широком разитии прививочных мероприятий.

Поступила в ред. 7/1 1938.

Адрес: Одесса, Площадь Красной армии, д. 1, кв. 43.

Из клиники нервных болезней (директор проф. М. А. Хазанов) Витебского медицинского института.

Болезнь содоку и нервная система.

Проф. М. А. Хазанов.

Лихорадка от крысиного укуса (rat-bite fever) или содоку издавна наблюдается эпидемично в Японии, Индии и Китае. В Европе и Америке были отмечены только единичные случаи этого заболевания в XIX веке (Вилькоккс в 1839 г., Ватсон в 1840 г., Желлино, Паккард в 1872 г., Мило-Карантье в 1883 г. и др.). Подробное описание содоку появилось в европейской литературе только в 1900 году (Мийаке). В течение последних десятилетий наблюдается значительное распространение этого заболевания в Европе, Америке, Азии, Австралии и других частях света. Особенно участились эти случаи в годы империалистической войны. Всего до 1928 года опубликовано, по данным Аркина и Руге, в мировой литературе свыше 350 случаев.

В Советском Союзе первый случай содоку наблюдал в 1922 году Марциновский, в 1923 г. Космачевский отметил 2 случая, в 1925 г. Эберт и Гессе—I случай. В последующие годы, вплоть до 1938, описано в различных местностях Союза разными авторами (Воробьев, Дмитриев, Корибицын, Одес, Сорокин, Бассян, Андреев, Фирер и др.) свыше 20 случаев этого заболевания.

Исследования Картера (1887), работы Футаки, Такаки, Таничучи, Осуми (1915) доказали, что содоку вызывается спирохетой *Spir. minus Carter'a*, *Spiroch. morsus muris* японцев). Это подтверждено также Строеско. Этот спирохетоз, поражая, как и другие спирохетозы, эктодермальную и мезодермальную ткань, отличается по способу передачи и течению от спирохетоза сифилиса. Переносчиками инфекции являются, в первую очередь, все породы крыс, у которых зародыши инфекции встречаются во рту. Заражение человека происходит только после укуса крыс, при

котором изъязвляется кожа и инфекционное начало попадает в открывшиеся капилляры. Описаны отдельные случаи болезни содоку после укуса кошек или других грызунов, укушенных раньше крысами. Сама спирохета *morsus muris* по величине несколько больше *Spiroch. pallida*. Она встречается в двух видах: в виде короткой спирали на месте укуса и в форме длинной спирали—в крови и в тканях. Она отличается большой подвижностью, хорошо обнаруживается окраской по Гимза или тушью, обнаруживается в крови, слюнных, лимфатических железах, зрительном нерве, брюшной полости, печени, селезенке, почках, яичках и подкожной клетчатке.

Картина болезни характеризуется высокой и ремитирующей лихорадкой, поражением лимфатического аппарата и рецидивирующим течением.

Симптомы поражения нервной системы преобладают во всех без исключения случаях.

Однако, авторами, за исключением Раздольского, мало уделялось внимания изменениям со стороны нервной системы при этой болезни. Мы считаем поэтому небезынтересным поделиться нашими наблюдениями.

Больная С. Р., 43 лет, 22/ХII 1936 г. во время сна почувствовала резкую боль от укуса в правое предплечье. Очнувшись, она заметила, что с кровати соскочила крыса. В области предплечья оказалась царапина, которая слегка кровоточила, но резко зудила в течение нескольких часов, а затем боль стихла. На следующее утро больная чувствовала „немение“ в предплечье и „бегание мурашек“; она обратилась в амбулаторию, где царапина была смазана иодом и наложена повязка. Два дня больная чувствовала себя удовлетворительно, хотя имела слабость в ногах, резкая головная боль, парестезии и шум в ушах. Через 48 часов после укуса наступили резкие боли в предплечье, появились потрясающий озноб с высокой температурой—до 40°, сильное головокружение, жесткие головные боли, обморочное состояние, двоение в глазах, рвота, тошнота, бессоница. Место укуса сильно распухло, стало багровым. В последующие дни явления еще больше нарастали, головные боли стали нестерпимыми, шею невозможно поворачивать, место укуса резко распухло и изъязвилось в центре, подмышечные и шейные железы также распухли, слабость в ногах, бред, обмороки, температура свыше 40°, неутолимая жажда, общая слабость, бессоница. В таком состоянии больная была доставлена в клинику.

В прошлом болела только холециститом, в 1928 г.—холецистэктомия. Замужем, 4 родов, месячные нормальные.

Status praesens. Больная высокого роста, правильного телосложения, плотно упитана. Слизистые—бледно-розовые; температура—41°. В легких рассеянные сухие хрипы, дыхание везикулярное. Границы сердца расширены слева. Тоны приглушены. Аорта расширена. Пульс 88, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Рентген: легкие в пределах нормы. Сердце лежит широким основанием на диафрагме, расширено за счет левого желудочка на 2 см, пульсация нормальная. Аорта умеренно расширена в восходящей части. Язык обложен. Живот мягкий, несколько повышенной чувствительность в области правого подреберья. Мочепускание частое, безболезненное.

На медиальной поверхности средней трети правого предплечья имеется воспалительный инфильтрат, в середине которого находится некротический, черного цвета участок, величиной в десятикопеечную монету. Вокруг этого участка пустулезная сыпь, местами отслойка эпидермиса с выделяющейся серозно-гнойной жидкостью. В локтевом сгибе болезненно инфильтрующие тяжи. Под мышками распухшие железы, подчелюстные и шейные железы увеличены, тверды.

Больная в сознании, но временами бредит, жалуется на невыносимые головные боли и двоение в глазах. Небольшая ригидность затылка. Керниг. Обоня-

ние ослаблено. Зрение нормально. Глазное дно в пределах нормы: Vis. o. d. = 0,5, Vis. o. s = 1,0. Зрачки равномерны, быстро реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию. Паралич правого отводящего нерва. Понижение всех видов чувствительности на лице, резкая болезненность при давлении на болевые точки тройничного нерва, понижение конъюнктивальных и роговичных рефлексов. Понижение вкусовых ощущений на первых $\frac{2}{3}$ языка, особенно справа. Носогубная складка справа сглажена и опущена; левую половину лба морщит хорошо, правая несколько сглажена, глазная щель справа больше и недостаточно закрывается. Слух понижен. Резкая болезненность при повороте шеи в стороны. Повышенная потливость, одышка при малейшим поворотах. Рвота. Движения верхних и нижних конечностей возможны, сила ослаблена, тонус повышен. Резкая болезненность при давлении на нервные стволы верхних и нижних конечностей. Тактильная чувствительность понижена в дистальных отделах, болевая и температурная чувствительность резко повышены. Сухожильные и надкостничные рефлексы на верхних конечностях повышены, коленные и ахилловы рефлексы высокие, клонусы. Патологические рефлексы Бабинского и Хазанова. Красный отечный дермографизм. Исследование крови: гемоглобин—67%, эритроцитов—4470000, лейкоцитов—10400, эозинофилов—0,5, нейтрофилов—77,5, лимфоцитов—16, моноцитов—6%, РОЭ—43 мм в 1 час. RW с кровью отрицательная. Плазмодии малярии в крови не обнаружены. В моче 0,5%₀₀ белка, 10—12 лейкоцитов в поле зрения, значительное количество плоского эпителия, единичные гиалиновые цилиндры и 1—2 эритроцита в поле зрения; уд. вес—1020.

В последующие дни температура снизилась с 41 до 38,4—37,4°, а на пятые сутки дошла до нормы, общее же состояние мало изменилось, головные боли, двоение в глазах продолжают, инфильтраты не рассасываются. Нормальная температура продержалась три дня, а затем стала постепенно нарастать и достигла 40°. При этом общее состояние больной резко ухудшилось: непрерывная рвота, бред, бессонница, нестерпимые головные боли, резкие боли в конечностях, беспомощность. Инфильтраты правого предплечья и плеча еще больше увеличились, резкое покраснение, появились инфильтраты на лице и голенях, нижние конечности отечны и красны, паховые железы опухли. Через 5 дней температура снова снизилась до нормы, но уже через 4 дня опять начала нарастать. Общее состояние больной тяжелое. Множественные лимфангоиты, язвы и инфильтраты на верхних и нижних конечностях, лице, животе, груди и спине, резкая болезненность мышц, суставов и нервов, непрерывная рвота, кричит от головной боли, бред, частые обмороки. Больной было выведено внутривенно 0,3 новарсенола. Через 2 дня температура снизилась, общее состояние начало улучшаться, инфильтраты уменьшились, головные боли слабее. Через 3 дня еще раз внутривенное введение новарсенола 0,45. Больная стала быстро поправляться, температура больше не повышалась, головные боли стали реже, позывы на рвоту еще имеются, инфильтраты рассасываются. Парез лицевого нерва прошел, парез отводящего нерва и расстройство чувствительности в области тройничного нерва еще имеются, Кернинг—отрицательный. Клонусы стоп. Патологических рефлексов нет. После третьего введения новарсенола больная совсем поправилась и выписалась домой. Картина крови: 4470000 эритроцитов, 7800 лейкоцитов, нейтрофилов 50, лимфоцитов—46, моноцитов—2, эозинофилов—2%. Температура нормальная. Через 1½ месяца больная вторично поступила в клинику по поводу общей слабости, высокой температуры, головной боли. На правом локте образовалась снова флегмона. Парез правого отводящего нерва еще выражен. Сухожильные рефлексы повышены, потливость. Чувствительность и движения без отклонений от нормы. Пробыв 14 дней в клинике, больная выписалась здоровой, температура после вскрытия флегмоны упала и больше уже не повышалась.

Спустя месяц больная вновь обратилась в больницу по поводу внезапно наступившей отечности левой верхней и нижней конечностей. Через 5 дней отечность распространилась на правую нижнюю конечность и лицо. Частая рвота. Головные боли. Боли в области m. biceps sin. и левой ключицы, одышка, зуд на местах отека. При исследовании: отек стоп, левой кисти и лица. Сердце в тех же границах, что и раньше. Тоны глухие, пульс 60 в 1', удовлетворительного наполнения и напряжения. В легких никаких отклонений от нормы. Желудочно-кишечный тракт и мочеполовые органы в норме. В моче: следы

Селка, единичные лейкоциты в поле зрения. Глазное дно без отклонений от нормы. Зрачки живо реагируют на свет, конвергенцию и аккомодацию. Тактильная чувствительность в области отека понижена. Правая глазная щель уже, вследствие отека. Парез правого отводящего нерва, остальные черепно-мозговые нервы в порядке. Движения и чувствительность нормальны. Сухожильные и надкостничные рефлексы живые. Патологических рефлексов нет. Тремор пальцев рук. Дермографизм стойкий, отечный. Гипергидроз. Температура нормальная. Отеки то появляются, то исчезают несколько раз в течение дня. Больная пробыла в клинике 10 дней и выписалась совершенно здоровой. Она показывалась еще несколько раз в течение полугода, но уже никаких подъемов температуры, отеков, парестезий у нее больше не наблюдалось, исчез также парез отводящего нерва.

Во время первого пребывания больной в клинике было произведено бактериологическое исследование на *Spigoch. morsus muris*, давшее отрицательный результат. После этого кровь больной была перевита крысе, которая заболела крысиной лихорадкой с множеством инфильтратов; на вскрытии у этой крысы оказались многочисленные инфильтраты и язвы в кишках, гиперемия паренхиматозных органов, оболочек и вещества мозга.

Резюмируя, можно отметить, что у больной после укуса крысы развилась типичная картина болезни содоку с характерной кривой температуры, рецидивами, поражением кожных покровов и лимфатической системы. Особенно интересны явления со стороны нервной системы. Непосредственно после укуса появился сильный зуд во всей укушенной конечности и парестезии в разных частях тела. Это указывает, что спирохетоз содоку является нейротропным и, в первую очередь, поражает периферические нервные окончания. Наличие повышенного спинно-мозгового давления, описанного в ряде случаев, отек мозговых оболочек и вещества мозга, а также обилие спинномозговой жидкости, обнаруженные многими авторами на вскрытиях, являются причиной нестерпимых головных болей у больных содоку. Повидимому, этот отек мозговых оболочек наступает чрезвычайно быстро и раньше, чем развиваются инфильтраты на коже, так как все больные еще до появления высокой температуры и воспалений кожи жалуются на резкие головные боли и обморочное состояние.

Это имело место и в нашем случае, но на этом процесс поражения нервной системы не ограничился. Уже через 48 часов после укуса у больной развился тяжелый менинго-энцефалит с поражением обонятельного, отводящего, лицевого, слухового нервов, расстройством чувствительности и пирамидной системы. Острые явления менинго-энцефалита начали исчезать лишь после двукратного введения новарсенола, причем в течение нескольких месяцев еще оставался парез отводящего нерва и, кроме того, отмечались расстройства вегетативной нервной системы, в виде гипергидроза. Любопытно отметить, что хотя острые явления, в основном, были купированы новарсенолом, однако через 40 дней наступил рецидив, а через два месяца рецидив проявился в виде острого отека Квинке. Последнее обстоятельство также указывает на нейротропность инфекции, поражающей все отделы нервной системы: периферической, центральной и вегетативной.

В том, что в настоящем случае мы имели дело с болезнью содоку, не приходится сомневаться, несмотря на отрицательные

бактериологические данные. Следует, между прочим, указать, что бактериологические исследования редко оказываются положительными, анамнез же и вся картина болезни нашего случая типичны для содоку: крысиный укус, кривая температуры, рецидивы, инфильтраты, лимфангоиты, картина крови и, наконец, излечение после введения новарсенола. За содоку говорит также наступление крысиной лихорадки у пережитой крысы.

Наряду с нашим случаем, следует упомянуть еще об одном случае, наблюдавшемся в факультетской хирургической клинике (дир. проф. В. О. Морзон) также после укуса крысой. Больной, укушенный ребенок, был доставлен в крайне тяжелом состоянии в клинику, спустя долгое время после укуса. Ребенок находился в сопорозном состоянии с явлениями менингита и погиб в течение нескольких часов. Вскрытие, к сожалению, произведено не было. Но и в данном случае, как и в многочисленных других, описанных в литературе, мы видим преимущественное поражение нервной системы спирохетозом содоку и смерть от этого спирохетоза, вследствие тяжелых изменений в нервной системе.

Поступила в ред. 14. III. 38 г.

Из факультетской хирургической клиники (зав. проф. И. А. Цимхес.) Архангельского государственного медицинского института.

Случай болезни крысиного укуса (содоку).

В. С. Юров.

Болезнь содоку встречается в разных частях Европы, Америки и Азии и является редким заболеванием. В нашей советской печати мы имеем указания Космачевского из Самарканда (1923) и Дмитриева из Архангельска (1924 г.). Всего насчитывается не более 20 сообщений.

В связи с этим диагностика и лечение болезни содоку встречает большие трудности. Болезнь часто диагностируется как малярия, сепсис, *t. recurrens*, абсцесс. При неправильном проведенном лечении заболевания в большинстве случаев кончаются летально. Вот почему описание каждого случая представляет значительный интерес.

Мы имели возможность наблюдать в Архангельске один случай болезни содоку. 21/VII 1937 г. в факультетскую хирургическую клинику поступила больная Д. А., 32 лет, с диагнозом врача поликлиники „флегмона IV пальца правой стопы, сепсис“. Больная жаловалась на красноту и припухлость IV пальца правой стопы, сильные боли, отдающие вверх по конечности, на общую слабость, головную боль и высокую температуру.

1/VII 1937 г. вечером на больную, лежавшую в постели, бросилась большая серая крыса и укусила ее в большой палец левой стопы и IV палец правой. Больная вскрикнула от боли и испуга. Прибывшая соседка смазала первый палец левой стопы иодом, а на другой ноге за разговорами и волнением забыла это сделать. Через несколько дней обе ранки зажили, и больная уже забыла о происшедшем. 14/VII, т. е. спустя две недели, больная почувствовала общее недомогание, боль в IV пальце правой стопы, припухлость и красноту. Температура поднялась до 38,9—39,5°, держалась два дня и затем опустилась до нормы. Лечилась в поликлинике; врач предположил абсцесс и на 7-й день болезни, когда