

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 неправильно 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 йодом, 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

снова наступило резкое ухудшение и повышение температуры, направил для операции в хирургическую клинику.

При исследовании обнаружено: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания; подчелюстные и шейные лимфатические железы увеличены, неболезненны. Также пальпируются подмышечные и кубитальные железы. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Нервная система: патологических рефлексов не определяется. Температура $39,2^{\circ}$, Puls. 90 уд. в 1', хорошего наполнения. Язык по краям обложен, в середине чистый; слизистая полости рта без изменений.

На четвертом пальце правой стопы на ногтевой поверхности дистальной фаланги заметны два темно-синих рубчика (укусы), расположенные на плотном основании; весь палец синюшно-багрового цвета, отечный, безболезненный, флюктуации не определяется. По тылу стопы от пальца заметна полоса синюшно-багрового цвета, распространяющаяся вверх до наружной лодыжки. На коже живота и правого бедра редкая розеолезная сыпь, величиной с копеечную монету. Справа в паху прощупываются увеличенные, размером от вишни до сливы, неспаянные, болезненные лимфатические железы. На левой стопе на подошвенной поверхности дистальной фаланги первого пальца заметны два рубчика от укуса без каких-либо патологических изменений.

Исследование крови: Э—440000; Л—8600; Нб—78%; инд.—0,89, с—64; п—16, лимф.—18,5; мон.—1,5%.

23/VII паховые железы заметно уменьшились, температура опустилась до нормы. На IV пальце явления держатся в том же виде. Розеолезная сыпь исчезла.

24/VII к вечеру температура поднялась до 38° (третий приступ). Больная жалуется на головную боль. На коже правой нижней конечности, на животе появилась крупная, с пятикопеечную медную монету, овальной формы, красная, с синим оттенком сыпь в виде отдельных редких пятен, исчезающих при давлении.

25/VII крупно-пятнистая сыпь по всему телу, кроме волосистой части головы, ладоней и подошв. Температура 38° . Язык чистый. Стул и мочеиспускание норма.

Исследование крови на реакцию Видалья—отрицательн.; на R.W.—отрицательн. Исследование мочи: уд. в. 1007; реакция кислая, белка—0,033%; сахар отрицат., кровь—положит., в поле зрения осадка—лейкоциты—100; плоского эпителия—12, эритроц. неизмен.—до 8.

Исследование крови в толстой капле, мазке и методом обогащения—кровь стерильна.

К 28/VII крупная сыпь приняла несколько багровый оттенок и от давления не исчезает. На IV пальце правой стопы явления отека и инфильтрации значительно уменьшились. Лимфангоит и лимфаденит почти исчезли.

Введено внутривенно 0,3 новосальварсана. Резкая реакция—температура до 40° , головная боль, боль в ноге. Всю ночь больная не могла уснуть.

29/VII утром температура упала до нормы. Общее самочувствие хорошее. Сыпь значительно поблекла, приняв несколько ливидный оттенок. Местно—инфильтрат и отек исчезли, заметны два синюшного цвета рубчика. Жалобы на боли в ногах.

31/VII введено 0,45 новосальварсана. 2—4/VIII сыпь исчезла. Местная реакция на пальце прошла. 7/VIII больная выписана домой, но 11/VIII вновь поступила из-за резких болей в обеих ногах, паретического состояния и расстройства походки.

Из описанного нами случая заслуживают внимания следующие моменты: 1) болезнь связана с укусом крысы; 2) начало заболевания появилось внезапно, через 14 дней после укуса; 3) интермиттирующий тип лихорадки, тяжелое общее состояние в период приступов; 4) местно—инфильтрат, синюшно-багрового цвета, лимфангоит, лимфаденит и крупно-пятнистая сыпь.

Эти данные позволяют нам поставить диагноз болезни содоку. Наличие белка, крови и лейкоцитов в моче мы объясняем сопутствующим интоксикационным нефритом.

Кровь при тщательном и повторном исследовании в сан. бакт. институте и лаборатории клинич. больницы в нашем случае была стерильна.

Spirochaeta morsus muris s. *spirillum morsus muris*—возбудитель болезни содоку, описан впервые в 1887 г. Carter'ом по материалам нескольких случаев в Индии. В 1916 г. этого возбудителя открыли и изучили в Японии—Futaki, Takaki, Taniguchi, Osumi. *Spirillum minus* представляет собою спираллу с равномерно крупными от 2 до 19 завитками, длину 2—15 μ . При импрегнации серебром на концах спираллы заметны длинные жгутики; окрашивается легко по Гимза и друг.

обычными красками. Обнаружить ее в крови чрезвычайно трудно. Иногда это удается в толстой капле, или по методу обогащения, по Шюфнеру и Эйбургу. В случаях Ризваша, Снисаренко, Андреева, Дмитриева кровь была стерильна. С диагностической целью производят заражение морских свинок и мышей. У свинок появляется орхит, лихорадка и воспаление паховых желез. В крови зараженных лабораторных животных спиралла также не всегда обнаруживается (Стефанский и Гринфельд). Производят посевы крови на среды Noguchi, Унгерманна, Шмамина.

В летнее, каникулярное время, не имея под руками морской свинки, мы произвели заражение кролика впрыскиванием в брюшную полость крови больной. Через восемь дней мы наблюдали у кролика орхит. Более подробное исследование по техническим причинам мы произвести не могли, не смогли также сделать посев крови.

Передатчиками и распространителями болезни считаются грызуны, главным образом крысы, а также кошки, собаки, белки, горностаи. Буйневич указывает, как на передатчиков, на клещей больных крыс.

Болезнь, повидимому, завезена из Японии. Она проникает главным образом в портовые города (Архангельск, Одесса, Севастополь).

Заболевание протекает в различных формах. По Мизогучи их насчитывается пять: 1) форма с преобладанием местных явлений и сыпью, 2) лихорадочная форма с сыпью, 3) лихорадка, сыпь и ревматические боли, 4) нервная и 5) абортивная.

В нашем случае мы считаем форму заболевания нервнолихорадочной.

Клиническая картина не всегда сопровождается типичными симптомами. Хотя сыпь по указанию многих авторов считается патогномоничной, но наблюдались случаи, когда сыпь или отсутствовала совсем (Фабрикант, Златогоров, Марциновский, Ризваш), или же проявлялась одним двумя элементами (Андреев, Стефановский и Гринфельд). В этих случаях дифференциальная диагностика может представить некоторые трудности. В случаях, протекающих тяжело под диагнозом тиф, сепсис, когда анамнез не может выявить этиологический момент, необходимо тщательно исследовать места возможных крысиных укусов и искать там инфильтраты и синюшные рубчики (Цимхес). В случаях Ризваш, Снисаренко, Андреева и Дмитриева о R-W. не упоминается. Мошковский говорит, что R-W. бывает иногда положительная. В нашем случае при двукратном исследовании крови R-W. была отрицательная.

Больших гистологических исследований при содоку нам не удалось встретить. По имеющимся данным при исследовании на месте укуса находят воспалительную инфильтрацию с лимфоидными элементами и некрозом мышечной ткани или же — гранулему с разрастанием эпителиоидных, веретенообразных и круглых клеток, среди которых находятся плазматические клетки.

Лечение содоку стало успешным после применения препаратов арсенобензолов. Новосальварсан по 0,3—0,45 2—3 раза через 3—4-дневные промежутки купирует приступ, что мы наблюдали и в своем случае. Кроме этого применяют зильберсальварсан, миосальварсан, но они действуют слабее (Шлоссбергер); сано-кризин—*patr. aurotiosulf.* дает по Кину быстрое излечение. Применение арсенобензолов снизило смертность с 10% до 0.

Дальнейшее течение нашего случая осложнилось нервно-психическими явлениями, выражающимися страхом перед возникновением болей, парезом и болями в нижних конечностях. Применяемая физиотерапия дает медленный успех.

Вообще же прогноз содоку *quoad vitam* можно считать благоприятным. Несмотря на это вопрос профилактики содоку является актуальным, тем более, что недостаточное знакомство широких кругов врачей с этим заболеванием ведет к неправильной диагностике, а следовательно и терапии (случай Ризваш, Снисаренко, Коробицына и наш до поступления в клинику).

Сотрудник нашей клиники д-р Исадский наблюдал случай содоку в Архангельске в августе 1937 г. (не опубликован), в котором по назначению врача был сделан курс прививок против бешенства.

Смазывание иодом места укуса является совершенно необходимым. В нашем случае входными воротами для инфекции, возможно, явился укус, не обработанный иодом.

Большое значение имеет борьба с грызунами (крысы), а также обследование их на бациллоносительство, что в условиях Архангельска, как портового города, безусловно важно.

Обследование крыс на зараженность *Spirillum minus* проведено Д. К. Дымовым (Тропич. институт в Москве). Автор делает вывод, что крысы в Москве заражены. Случай Дмитриева в 1923 г. и наш подтверждают наличие инфекции у крыс г. Архангельска, и если мы не имеем частых случаев заболеваний, то позволим себе объяснить это следующими тремя моментами: 1) иногда содоку протекает под другим диагнозом; 2) не все люди восприимчивы к заражению; 3) не всегда больная крыса может укусом вызвать заражение, т. к. спиралла находится в крови и лишь при геморрагических заболеваниях десен может попадать в слюну, а вместе с нею через укус человеку.

Необходимо отметить, что нахождение в крови крыс *spirillum minus* также трудно. В указанной выше работе Дымова приводятся следующие данные: на 260 крыс спиралла в крови была обнаружена 1 раз, а в мазках из перитонеальной жидкости на 394 крысы—4 раза.
Поступила в ред. 3/XI 37 г.

Адрес: Архангельск, Петроградский
проспект, д. № 164, кв. 1.