

2. Гипотонии на почве недостаточности периферического сердца: а) сосудистые гипотонии в собственном смысле, систолические и диастолические; б) гипотонии на почве артерио-венозных аневризм.

3. Гипотонии токсико-инфекционного характера.

А. Аллергические состояния, состояния шока.

В. Гипотонии на почве интоксикации ядами:

а) эндогенными (некоторые заболевания печени, холемия, желтуха; некоторые болезни крови, болезни обмена веществ, как например *diabète maigre*; хронические заболевания, идущие с резким истощением организм и пр.)

в) экзогенными (некоторыми химическими веществами, лекарственными веществами, кишечные интоксикации, некоторые авитаминозы, например, пеллагра.).

С. Инфекционные гипотонии:

б) хронические инфекции: *tbc*.

в) острые инфекции: *typhus abdominalis*, *typhus exanthematicus*, *cholera*, *pneumonia* и др.

Некоторые особенности эпидемиологии и клиники туляремии.

И. Ф. Березин (г. Курган, Урал. обл.).

Судя по доступной нам русской литературе, туляремия в пределах Советского союза встречается сравнительно редко, мало описана, а потому и мало известна широкой врачебной массе. В большинстве же русских работ описания клинического характера приведены, главным образом, бактериологами и участниками особых отрядов или комиссий, выделенных лечебными организациями для обследования этого чумоподобного заболевания. Видимо этим можно объяснить пестроту в описании клинической картины при суммировании этих работ и отсутствие твердо установленной и строго патогномичной для этого заболевания полной картины болезни. Наблюдая туляремию в течение трех лет среди рабочих консервников Курганского завода, мы имели возможность проследить наиболее полно все разнообразие клинических форм этого заболевания и отметить особенности в эпидемиологии и клинике, до сих пор не освещенные в литературе этого вопроса. В основу данной работы положен наш материал 1932 года и конца 1931 г.

Первое, на что мы желаем обратить внимание, главным образом, бактериологов и эпидемиологов, это — встреченные нами некоторые особенности эпидемиологического порядка. Вопрос эпидемиологии при туляремии — вопрос еще окончательно не решенный. Мы знаем, что заболевание обуславливается передачей вируса от грызунов к человеку, причем эта передача совершается разнообразно, в зависимости от местных условий и вида грызуна — носителя инфекции. Большинство русских работ говорят о заражении при снятии шкурки водяной крысы, зараженной туля-

ремией. Некоторые русские авторы (Кричевский, Березин) связывают этот вопрос с обработкой мяса кроликов и зайцев.

Мы уже имели возможность в одной из своих работ отметить факт большой стойкости вируса туляремии по отношению к холоду и замораживанию. В 1931 году заячьи тушки пробыли очень долгое время на морозе при t^0 , доходившей до 30^0 , и не потеряли своей вирулентности. В этой же работе мы указываем и на другой, не менее интересный, и, думаем, пока неизвестный факт, требующий внимательного и осторожного подхода к консервированию зайцев на заводах. Мы говорим о принятом консервировании их солью в бочках. В 1931 году зайцы, консервированные таким образом и направленные в столовые гор. Кургана, дали заражение туляремией работников кухни одной из столовых при обработке посоленного заячьего мяса. В 1932 году мы встретились с этим фактом вновь, получив неожиданно для нас больных из второй столовой закрытого типа, обслуживающей один из механических заводов города. Как и в первой столовой, здесь заболели работники кухни. Регистрация второго очага среди столовых города определенно указывает на полную несостоятельность заводской засолки заячьих тушек. Возникают два вопроса: 1) или эта засолка произведена не полноценно, или консервирование поваренной солью не ослабляет вируса туляремии. Первое едва ли возможно, на второе необходимо обратить серьезнейшее внимание в целях возможной профилактики.

Переходим к описанию случаев:

Случай 1. К. П.—мальчик 13 лет. Поступил в хирург. отд. Курганской гор. больницы 8/IV 31 г., жалуюсь на общую слабость, головные боли и боли в левом плече. Больной—воспитанник детдома, с детства живет в Кургане; работает в столовой Рабкоопа помощником повара. Заболел внезапно 27/III, почувствовав сильный озноб, сменившийся жаром, сильные головные боли. Пришлось лечь в постель, где провел три дня; затем самочувствие улучшилось. В день заболевания заметил болезненную, величиною с орех опухоль в левой подмышечной впадине. Опухоль постепенно увеличивалась. До настоящего времени чувствует себя больным и на работу не выходит. Работа его на кухне заключалась в обрезывании мяса с костей и разрубке крупных кусков мяса. Перед заболеванием пришлось разрубать заячьи тушки, доставленные в столовую в бочках и в засоленном виде. Порезав на пальцах не отмечает. Status praesens: среднего роста, правильного телосложения, питание понижено; кожа и слизистые бледноваты; легкие—норма. При нормальных границах сердца выслушиваются глухие тоны и небольшой шумок на верхушке. При обследовании лимфатической системы находим: слева в подмышечной впадине прощупывается плотная, болезненная опухоль величиною с куриное яйцо, неподвижная, но не спаянная с прилежащими тканями. Поднять левую руку вверх не может. Селезенка прощупывается, безболезненна. Температура при поступлении $38,2^0$. 10/IV—жалуется на увеличивающиеся боли в опухоли. 14/IV—под влиянием влажного тепла боли значительно меньше, через два дня выписан на амбулаторное лечение с значительным улучшением и уменьшением лимфатической железы до величины грецкого ореха. Температура во время пребывания в больнице упала до нормы на третий день. На восьмой день кратковременное поднятие ее до 38^0 без субъективных расстройств (истор. бол. № 26.). Случай обследован серологически, ясно выраженная реакция агглютинации (д-ром Несторовым).

При установке диагноза мы, еще до агглютинации, должны были прийти к заключению, что все вышеизложенное является чрезвычайно характерным для чумоподобного заболевания, наблюдаемого нами на консервном заводе около месяца тому назад у лиц, имевших соприкосновение с заячьими тушками. Общность эпидемиологических факторов и тож-

дественная клиническая картина дали нам возможность установить туляремию или, как мы ее тогда называли, —инфекционный лимфаденит по типу *pestis ambulans*.

Из особенностей случая мы должны отметить литическое падение t^0 только на 14 день от начала заболевания вместо обычного на 4—5 день. Случай мы характеризуем как чисто glandулярный.

Случай 2. М. М., женщина, 19 лет, явилась в хирургическое отделение 4/1-32 г. на осмотр с жалобой на боли в правой руке. Рука заболела 26/XII сразу же после работы на кухне столовой Турбинного завода, связанной с разрубкой заячьих тушек, присланных в столовую в бочках и консервированных солью. На кухне работает 4 мес. посудницей и кухонным рабочим. Заболела внезапно, почувствовав сильную головную боль и жар, сменившийся ознобом. Одновременно в правой подмышечной впадине заметила опухоль величиною с горошину. Лихорадочное тяжелое состояние длилось неделю, после чего почувствовала себя лучше, но опухоль немного увеличилась и появилось затруднение при движении рукой. Status praesens: Среднего роста, скелет развит правильно; питание хорошее. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы нет. Справа в подмышечной впадине имеется плотная мало-болезненная опухоль величиной с куриное яйцо и расположенная по краю большого грудного мускула. По передней поверхности ее опухоль спаяна с прилежащими тканями. Непроизвольного напряжения сухожилий не отмечено. Движение руки в плечевом суставе затруднено. В дальнейшем постепенное нарастание улучшения от применения уротропина и согревающих полуспиртовых компрессов (применение сухого тепла ухудшает процесс). Лечилась амбулаторно более месяца. Выписана на работу, по настоянию больной, с имевшейся опухолью в подмышечной впадине.

Случай 3. К. В., женщина, 38 лет; явилась в хирургическое отделение 4/1 32 г. на осмотр с жалобой на общую слабость и наличие опухолей в подмышечной впадине и в области локтевого сустава. Работает кухонным рабочим в столовой Турбинного завода около семи месяцев. В декабре 1931 г. в столовую поступала зайчатина. Приходилось разрубать заячьи тушки для изготовления обедов. Зайцы получены в засоленном виде в бочках. Видимых больных зайцев с наличием гнояников не было. Заболела внезапно 22/XII. Был жар, кашель. Лечилась от гриппа. Несколько дней спустя после заболевания заметила под мышкой опухоль; одновременно — опухоль на этой же руке в области локтевого сустава. Через неделю жар исчез. Осталась общая слабость и невозможность поднять руку вверх. Status praesens. Среднего роста, питание понижено. Нервная система — норма. Глуховатые тоны сердца. В легких рассеянные сухие и влажные хрипы, главным образом в верхних долях легких. Справа в подмышечной впадине прощупывается плотная мало болезненная лимфатическая железа, величиною с грецкий орех, покрытая нормальной кожей. Движение руки в плече с этой стороны ограничено. Над локтевым суставом с медиальной стороны локтя имеется плотная болезненная опухоль, величиною с куриное яйцо. Опухоль спаяна с кожей. 6/1 — опухоль над локтевым суставом значительно больше, имеется наклонность к нагноению. 12/1. Железа размягчилась, болезненна, флюктуирует. Incisio. Получен густой сливкообразный гной. При посеве гноя стерильно на косой агар получен рост (при низких температурах) какого-то палочковидного, подвижного, грамотрицательного бацилла, на некоторых препаратах напоминающего *bac. pestis*. Есть основание думать, что микроб принадлежит к сапрофитам, но он удивительно часто сопровождает гнойники туляремии. Роста других микробов не получено.

В наших вышеприведенных случаях я счел себя вправе притти к заключению, что перед нами действительно была туляремия. На это указывали эпидемиологические особенности случаев, характерная картина чумоподобного заболевания и, что самое главное, —одновременное и одинаковое заболевание у нескольких лиц, работающих на кухне столовой. Заболело немного, 6 человек, но если принять во внимание, что штат кухни не превышает 8 человек, то эта небольшая цифра очень демонстративна.

Оба случая протекали по типу железистому, причем во втором случае наличие катарральных явлений в легких затемнило картину для лечаше-

го врача, направив его на путь диагноза гриппа. Следует отметить, что в литературе имеются указания на легочную форму (Вольферц) „протекающую по типу альвеолярного бронхита“. Замеченные расстройства органов дыхания у нашей больной, таким образом, нисколько не исключают поставленный диагноз.

В последнем случае больная только спустя несколько дней после заболевания заметила увеличенные железы. Это еще не говорит за то, что их не было в первые дни. Иногда в первый момент мало болезненная железа не фиксирует на себе внимание больного. Например: 6 ной Л. П. Мазуровского и А. К. Новицкого (случ. 2) только на третий день с момента заболевания „заметил болезненную опухоль подчелюстных желез и левой подмышечной“. На этом мы позволим себе закончить изложение эпидемиологической особенности туляремии и перейти к изложению особенностей клинического течения болезни.

В начале настоящей статьи мы указывали на крайнее разнообразие симптомов заболевания. Что дает это разнообразие - пока еще не установлено. За последнее время в русской литературе приводится не мало случаев туляремии, причем, почти как правило, туляремия в отдельных местностях сразу же принимает один определенный тип течения с небольшими отклонениями в сторону поражения отдельных органов и у отдельных лиц. Так, например, Мазуровский и Новицкий, наблюдая туляремию в Илекском районе Оренбургской губ., описывают тип ульцерогландулярный, как доминирующий; Зархи, обследуя материал Обдорского района, говорит о форме железисто-тифозной и железисто-глазной; Хатеневр. описывая очаг Елатомского района Рязанского округа, разделяет клиническую картину на три типа: лихорадочно-железистый (47,5%), лихорадочный (45,5%) и железистый (7%); Рабин указывает на бубонную форму туляремии и, наконец, наш материал 1930 и 1931 года позволяет указать на наличие новых типов заболевания: железисто-гемморрагического и железисто-суставного. Вспышка эпидемии 1932 года не изменила этих форм у нас. Таким образом, выделяя рельефно наиболее выраженный какой-нибудь один признак, мы должны различать следующие типы: железистый, септический, железисто-язвенный, железисто-глазной, язвенный, железисто-гемморрагический и железисто-суставной. Если пристально взглянуть в эту приведенную нами схему, то становится ясным, что туляремия, протекая по типу общего заболевания (септицемия), поражает целый ряд органов человеческого организма, не исключая и органов чувств. До сих пор еще не было определенных указаний на поражение рото-носовой полости и нервной системы. Правда, отдельные описания русских авторов (Голов, Князевский, Бердников, Березин) устанавливают в отдельных случаях почти непрерывную цепь поражений. У Князевского были ангины; в трех случаях Голова, Князевского и Бердникова вначале болезни наблюдалось носовое кровотечение; у двух больных мы наблюдали одновременно поражение глотки и гортани в виде ангины и большого количества беловатых пятен на слизистой щек, губ, десен, на ложных голосовых связках и на надгортаннике. Одна больная дала нам одновременное и необычное поражение уха, которое мы можем поставить в связь с туляремией, причем, подчеркиваю, последнее предположение является только гипотезой, навеянной этим случаем. Остается в стороне как будто только пораже-

ние нервной системы. Просматривая доступную нам литературу, мы указаний на заболевание ее не видели. Обследование новой группы больных в 1932 году указало нам, что тщательное изучение заболевания может открыть то, что иногда просматривается в общей куче симптомов, затемненное преобладающими и рельефно выступающими особенностями. Не скроем, что ясные указания на поражение нервной системы мы получили случайно. В конце 1933 года к нам обратилась больная, заболевшая туляремией и еще до сих пор не освободившаяся от болезни, несмотря на самое энергичное лечение в течение года. Ввиду интереса случая позволяем себе привести историю болезни более полно.

Случай 4. С. П., женщина, 48 лет. Обратилась 30/XII-32 г. с жалобой на непрекращающиеся боли в руках, которые она ставит в связь с опухолями, расположенными слева в подмышечной впадине и на шее. Весною 31 года, работая в порционном цехе консервного завода, заболела туляремией. После непродолжительного лихорадочного состояния остались боли в конечностях и не исчезающие опухоли лимфатических желез. С момента заболевания не работает. Экспертной комиссией по заболеванию переведена в инвалиды III группы. Больная указывает на сильно беспокоящее ее обстоятельство: за последнее время, кроме ноющих болей, „стягивает руки“ — сухожилия мышц напрягаются, как пружины. Разогнуть руку до прямой линии не может. Кроме болей в подмышечной впадине, испытывает боли в коленных суставах. Поднять руки вверх не может. Лечилась амбулаторно втираниями в опухоль. Status praesens: среднего роста, хорошего питания, скелет развит правильно. Тоны сердца глухие, границы нормальны. Слева в подмышечной впадине ощущается плотная болезненная опухоль, не спаянная с кожей и подлежащими тканями, величиною с грецкий орех. Слева же на шее над ключицей имеется вторая опухоль такого же характера, как и первая, но более меньших размеров. Вытянутые вперед руки полностью не разгибаются в локтевых суставах. Хорошо виден и ощущается несколько сокращенный, в виде мышечного валика, m. biceps, причем сухожилие двуглавой мышцы (идущее для прикрепления к tuberositas radii) напряженно и ощущается в виде плотного шнура. Движение руки вверх резко ограничено.

Наблюдая больных раньше, мы очень часто слышали жалобы на кратковременное судорожное сведение и чувство стягивания конечностей. Указанная больная обрисовала нам этот симптом чрезвычайно рельефно. Заинтересовавшись этим, мы, при обследовании новой группы больных, обратили внимание особенно на наличие этого симптома. Оказалось, что у них этот симптом наблюдается, но не в одинаковой степени: у одних — более, у других — менее. Для иллюстрации этого, мы позволим себе привести несколько историй болезни.

Случай 5. В. И., женщина, 18 лет. Явилась на прием 5/I-32 г. с жалобой на боли в руках и наличие опухоли в подмышечной впадине справа. Работает в порционном цехе консервного завода. Заболела 1/I 32 г. после работы с зайцами, почувствовав озноб, сменявшийся жаром, сильные головные боли, шумы в ушах, общую слабость. С сегодняшнего дня чувствует себя лучше. Status praesens: со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Справа в подмышечной впадине имеются плотные, малобользные железы различной величины. Движения руки в плече ограничено. Ясно выраженный красный дермографизм, мышечный валик, коленные рефлексы повышены. Сухожилия бицепсов напряжены. Раздражение мышц током небольшой величины (1—1½ амп.) вызывает энергичное сокращение.

Случай 6. Ю. Д., мужчина, 24 лет. Явился на прием 4/I-32 г. с жалобой на общую слабость, отсутствие аппетита, жар и опухоль в подмышечной впадине справа. Рабочий порционного цеха консервного завода. Заболел внезапно 30/XII после работы с зайцами. В момент заболевания: озноб, жар, „колотье по всему телу“. Одновременно заметил какие-то шипки под мышкой. Опухоль слабо болезненна. До настоящего дня лежал в постели. Status praesens: среднего роста, скелет развит правильно, питание удовлетворительно. Со стороны внутренних органов отклонений от норм нет. Справа в подмышечной впадине имеются плотные, болезненные, величиною от горошины до грецкого ореха железы, не спаянные с кожей и окружающими тканями. Справа же над локтевым суставом и более к медиальной

стороне сустава имеется опухоль величиною с вишню. Резкий дермографизм и мышечный валик. Сухожилие бицепса резко напряжено. Мышцы энергично сокращаются в ответ на раздражение током малой величины ($1\frac{1}{2}$ —2 амп.). 13/1 состояние резко ухудшилось. Вместе с небольшим недомоганием появилась новая опухоль над локтевым суставом справа и несколько ниже первой.

Мы не приводим истории болезни полностью, фиксируя внимание только на симптомах заболевания (каждый больной провел длительный период выздоровления) и, главным образом, на необъяснимом с первого момента напряжении мышечных сухожилий двуглавой мышцы и повышенной электровозбудимости у этих больных. Чем же можно объяснить в наших случаях это своеобразное длительное сокращение мышцы, напоминающее тетанию? Заметим, что как раз при последнем заболевании мы имеем повышение как механической, так и электрической возбудимости мышц и нервных стволов (Оппель). Это заключение видного исследователя по этому вопросу крайне интересно и заставляет нас внимательнее подойти к анализу частичных явлений тетании у наших больных. Мы знаем, что тетания обыкновенно проявляется в форме преимущественно двигательного невроза, наиболее важный симптом которого составляет приступ симметрических, двусторонних тетанических судорог, без расстройства сознания, сопровождающихся болями и парестезиями и продолжающихся очень короткое время: то несколько часов, а в редких случаях даже несколько дней. Судороги поражают главным образом верхние конечности и притом мышцы, иннервируемые локтевым нервом (Меринг). Это длительное судорожное сведение мышц, зарегистрированное у нас, указывает на чрезмерную возбудимость нервной системы. Объяснить все это наличием тетании, как отдельного заболевания, мы не можем, так как тщательно обследуя больных с этой точки зрения, мы симптомов чистой тетании у них не нашли. Оставалось приписать это длительное судорожное сведение мышц действию той болезни, которая в данный момент зарегистрирована у больного.

В связи с нашим заявлением заслуживает внимания указание некоторых авторов на возможность возникновения так называемой идиопатической профессиональной тетании, встречающейся в известное время года и в определенных городах (Вена) между сапожниками и портными. Некоторые эпидемиологические особенности в этих случаях дают право предполагать эндемически-эпидемический характер ее вследствие какой-то инфекции (v. Franke-Hochwart), тем более что тетанию наблюдали также и при некоторых инфекционных заболеваниях: инфлюэнца, скарлатина, брюшной тиф.

Кроме двигательной сферы в некоторых случаях мы имеем видимо поражение и других отделов нервной системы. Наличие парестезий у отдельных больных, частая сыпь на конечностях больного по типу крапивницы указывают и на некоторые трофические расстройства.

На основании этих рассуждений я считаю себя вправе прийти к заключению, что перед нами было воздействие яда туляремии на двигательные нервно-мышечные аппараты скелетных мышц, приведшее их в состояние резкой возбудимости. Наличие вариаций этого симптома от еле заметных форм к резко выраженным напряжениям сухожилий мы объясняем неодинаковой степенью поражения нервной системы. В случае нервно-мышечной болезни, предприняв длительное амбулаторное лечение втираниями,

занимаясь массажем пораженной туляремией железы, вызывала частые обострения процесса и, возможно, обильное „наводнение“ организма инфекцией, также чутко воспринимаемой нервной тканью как и остальными органами. Таким образом, этим своеобразным поражением нервной ткани мы обязаны появлению у больных того чувства „сведения конечностей“ в крупных суставах, на которые многие из них указывали. Нужно думать, что только благодаря этому, мы имели и те длительные контрактуры мышц, которые так рельефно выступали на материале прошлого года.

Следующее, на что мы желали бы обратить внимание при туляремии—это особенность в поражении глаз. Судя по доступной нам литературе конъюнктивиты при туляремии встречаются не так то уж редко. Довольно большое количество их было на материале Зархи. Ослучаях конъюнктивита говорит и Мазуровский. Наконец, что особенно важно, появление папул или конъюнктивита является одним из необходимых условий для постановки диагноза туляремии в схеме Francis'a. На своем материале мы имеем несколько случаев поражения глаз, но во многом отличное от того описания конъюнктивитов, которое мы встречали в доступной нам литературе. Должны вперед обусловить, что инфекция туляремией, с нашей точки зрения, вызывает заболевания глаз, как оптического прибора в целом, не ограничиваясь поражением конъюнктивы. Какие патологические расстройства вызывает эта инфекция среди элементов глазного яблока мы точно указать не можем, не считая себя достаточно компетентными по этому вопросу. Это—дело будущих исследователей специалистов, пока еще мало знакомых с этим заболеванием. Но, что действие яда туляремии имеется—это доказывают нам определенные ощущения больных, говорящие не об одном поражении конъюнктивы, но, вероятно, глазного нерва и прозрачных сред глаза. Во всяком случае упорные и неоднократные жалобы больных на то, что после заболевания туляремией они видят „как бы в тумане“, что все предметы окрашены в желтоватый цвет, не являются следствием только имеющегося у них конъюнктивита, тем более, что роговая оболочка глаза при осмотре никаких видимых отклонений от нормы не давала. Мазуровский в своем сообщении („Заболевания грызунов, передающиеся человеку“) описывает свой случай конъюнктивита (случ. 4) таким образом: „в первый же день заболевания появился гнойный конъюнктивит. При осмотре,—левый глаз закрыт, верхнее и нижнее веко резко припухли, интенсивно красные. Из конъюнктив. мешка выделяется обильный гной. Конъюнктивы глазного яблока резко гиперемированы, светобоязнь. Нарушение целостности конъюнктивы нет“. Ничего похожего на это описание мы у своих больных не видели. То, что описывает Мазуровский, напоминает острый банальный конъюнктивит экзогенного происхождения. В наших случаях мы имели иную картину поражения конъюнктивы, которую мы для данного заболевания считаем строго патогномичной. Обычно заболевание глаз не начинается в первый день болезни. В наших случаях оно отмечено спустя около 2 недель от момента заболевания и только в одном случае мы видели резкий конъюнктивит спустя 8 мес. после начала болезни. Общая жалоба больных на „покалывание“, а иногда и боли в глазных яблоках, слезотечение, слабость зрения, мелькание точек в глазах. Обычно мы находим местное поражение конъюнктивы, явно не соответствующее

тяжелым субъективным ощущениям. Мы не видели гнойных поражений глаза, сопровождающихся отечностью век. Конъюнктивы век слабо гиперемированы. Наибольшие изменения находились на конъюнктиве самого глазного яблока. Как правило, роговая оболочка в процесс не вовлекалась, только внимательный осмотр определял небольшой беловатый круг на месте перехода роговицы в склеру. На конъюнктиве самого глазного яблока мы имели хорошо заметную развитую сеть тонких сосудов, идущих в виде полосы от угла глаза к роговой оболочке. Эта инъекция сосудов в определенном месте создавала впечатление не широких розовых полос, пересекающих глаз от одного угла глазной щели к другому. Субъективные расстройства проходили через некоторое время, обычно без местного лечения, но сосудистая сеточка на склерах оставалась надолго. Только спустя несколько недель исчезала и она. Отмечаем интересный факт. В одном случае, при резко выраженном конъюнктивите у явившейся для осмотра больной, было одновременное поражение глаз у родившегося недавно ребенка. В момент заболевания туляремией она имела беременность около 6—7 мес.

Чтобы не загромождать статьи, мы приводим полностью историю болезни только одной больной, тем более что она, кроме поражения глаз, дала нам еще некоторые особенности клинической картины туляремии.

Случай 7. П. Павла, 24 л., работница порционного цеха консервного завода (солища) поступила в хирургическое отд. 22/III-32 г. (истор. бол. № 105—214) с жалобой на сильные боли в ногах, сопровождающиеся чувством „стягивания“. Выпрямить ногу полностью не может. Одновременно с болями в ногах заметила наличие каких-то болезненных плотных опухолей величиною от чечевицы до вишни. Опухоли были настолько болезненны, что пять дней больная не могла ходить. Ноги заболели 10 дней тому назад. До этого лечилась в хирург. отд. от туляремии. Некоторое время после выписки она чувствовала себя сравнительно хорошо, испытывая небольшое покалывание в глазных яблоках. Затем боли в глазах усилились, появилось небольшое слезотечение, веки покраснели. Жалуются на мелькание в глазах точек. К вечеру болезненность глаз усиливается, появляется ощущение „как бы насыпанного в глаза песка“; видит предметы в тумане. Через несколько дней, вместе с усилением болезненности в железах, появилась крупно-пятнистая, болезненная сыпь на лице и конечностях. При осмотре глаз в это время обнаружено, что конъюнктива век особых отклонений от нормы не представляет. По краю радужной оболочки имеется ясно выраженное беловатое кольцо. В обе стороны от роговицы к углам глаза тянутся розовые полосы с резко отграниченными краями. На розовом фоне этих полос четко выступают извитые, мелкие сосуды. Постепенно боли и краснота глаз исчезла. На склерах до сих пор заметны извитые коричневого цвета сосуды. Сыпь на теле типа крапивницы. Сыпь расположена главным образом на лице и кистях рук. Через неделю сыпь исчезла, оставив после себя пигментацию. Почти тотчас же вслед за исчезновением сыпи—боли в первично пораженных железах и ногах. В это время подвергалась рентгеновскому исследованию, причем оказалось, что предполагаемых перифоситов у больной нет. На следующий же день после исследования рентгеновскими лучами резкое улучшение. Железы в подкрыльцовой впадине и в области локтевого сустава уменьшились, менее болезненны. Утихли боли в ногах, опухоли на них заметно уменьшились.

Status praesens: со стороны внутренних органов отклонений нет. Справа в подкрыльцовой впадине и над локтевым суставом—слабо болезненные, мало подвижные, плотные опухоли, величиною с куриное яйцо и грецкий орех. На склерах следы бывшего специфического конъюнктивита. Ноги согнуты под тупым углом, сухожилия сгибателей напряжены (контрактура!) Разогнуть ногу полностью в колене не может. На обеих ногах по линии большеберцовых костей, но несколько в стороне от них, имеются несколько болезненных, без резких границ, опухолей величиною от вишни до волошского ореха. При более внимательном осмотре видны слабо намечающиеся, лимфатические воспаленные сосуды в виде красноватых по-

дос, расположенных с медиальной стороны голени. 30/III больная выписалась с значительным улучшением после согревающих компрессов на опухоли ног и вливаний в вену 20% уротропина. Жалоб нет. Контрактура исчезла.

Интерес случая заключается в поражении глаз и нижних конечностей.

Фиксируя наше внимание на первом случае, мы видим, что у нас имеется значительная разница в течении конъюнктивита от наблюдений других авторов. Мы не наблюдали совершенно картины гнойного воспаления конъюнктивального мешка. Возникает вопрос—где же истина?! Мы думаем, что картина поражения глаз у нас действительно патогномонична заболеванию. В этом убеждает нас следующее. То, что мы видели у больных являлось несомненно конъюнктивитом эндогенного характера. На этом мы можем смело настаивать, ибо поражение глаз у наших больных было в момент их последующего амбулаторного лечения, без работы на производстве. Следовательно попадание инфекционного начала извне уже быть не могло. Наше утверждение не противоречит литературным данным, так как мы знаем эндогенные конъюнктивиты при циркуляции в крови микробов или их токсинов: например, конъюнктивиты при общих инфекциях, как корь, скарлатина и т. д. Одним из основных симптомов такого конъюнктивита является гиперемия конъюнктивы в области глазного яблока, что характерно в особенности для острых конъюнктивитов инфекционного происхождения. Нередко в этих случаях гиперемия сопровождается здесь кровоизлияниями или точечными, или более распространенными. То, что описываем мы, как раз, является типичным для инфекционного конъюнктивита с наличием распространенных кровоизлияний, что едва ли имеет место при банальном экзогенном конъюнктивите. Мы думаем, что то, что описывает Мазуровский,—не специфический конъюнктивит в зависимости от туляремии. Ощущение инородного тела за веками, резь, колотье в глазах могли при достаточно активном участии самого больного, в попытках ликвидации неприятных ощущений, вызвать чисто гнойный конъюнктивит экзогенного происхождения. Двух больных с наиболее яркой картиной конъюнктивита мы демонстрировали специалистам-глазникам (П. Успенскому и Лукшину), подтвердивших наличие специфического конъюнктивита, ничего общего не имеющего с простым обычным конъюнктивитом.

Наконец,—последнее, на что мы хотим обратить внимание, это особенность в поражении лимфатической сети вдаль от входных ворот инфекции и не в первый момент заболевания.

Если внимательно присмотреться к клинике болезни, то становится очевидным, что туляремия представляет из себя заболевание, протекающее по типу общей септицемии, имеющее склонность к хроническому затяжному течению и избирательно, более других органов и тканей, поражающее лимфатические железы. То, что мы видели на нижних конечностях в прежнее время, давало впечатление мелких опухолей в толще кожи с наличием ограниченных периоститов. Исследование рентгеном показало, что поражения костей не имелось. Явления же не резко выраженного лимфангоита дают право трактовать эти опухоли как увеличенные лимфатические узлы. На нижних конечностях, кроме паховых желез, мы имеем крупный коллектор лимфоидной ткани (*lymphoglandul. popliteae superficiales*), расположенный в подколенной впадине. Лимфатические сосуды голени прерываются 1—3 мелкими железами, из которых чаще

встречаются железы, заложенные в верхней трети голени. При обследовании больных туляремией, жалующихся на боли и опухоли ног, мы почти всегда имели именно эти железы в стадии острого их воспаления.

Сам по себе этот мелкий факт заболевания с нашей точки зрения имеет чрезвычайно существенное значение. Он лишний раз показывает, что в данном случае мы имеем заболевание не „местного значения“; что заболевание, протекая по типу септицемии, довольно продолжительно и в некоторых случаях принимает хроническое затяжное течение и, что первично воспаленная железа, „первичный бубон“ в подмышечной впадине—лишь первый этап внедрившейся инфекции. Это поражение лимфатического аппарата в последующий период болезни дает ясное указание на то, что мы были не далеки от истины, когда в одной из своих работ по туляремии предлагали считать воспаление лимфатических желез, в момент вспышки общих симптомов как гематогенную форму лимфаденита с заносом инфекции через кровь.

Прошло 20 лет, как Фрэнсис в С.А.С.Ш. впервые описал эпизоотию туляремии среди грызунов. В 1929 году первый случай этого заболевания в Норвегии описан д-ром Тиотта, а затем ретроспективно и другие случаи, относящиеся к 1926—28 году. Нечто подобное мы имеем и в нашем Советском союзе, где туляремия описана раньше Норвегии (Суворовым, Вольферц и Воронковой в 1926 г.). Ретроспективно, по описанию Дербёка, установлена вспышка туляремии в дельте Волги в 1877 году. Мы будем не далеки от истины, сказав, что в большинстве случаев „легко протекавшей амбулаторной формы бубонной чумы“ (установленной только клинически), мы имели в прошлом туляремию.

Источником заражения у нас до сих пор считалась водяная крыса. Заяц, как носитель инфекции, был не известен, хотя в Норвегии он был источником заражения охотников.

В настоящий момент, при наличии широко развитого кролиководства, изучение туляремии у нас приобретает особенное значение: в сферу заражения туляремией вовлекаются не только охотники, но и рабочие консервных заводов. Наличие вспышек туляремии на консервных заводах мы всецело относим за счет малого знакомства с этим заболеванием врачей и рабочих. При нестойкости вируса туляремии к высоким t° , видимо виновниками этих вспышек нужно считать следующие обстоятельства:

1. Несовершенство или неисправность механизмов и агрегатов.
2. Недостаточность бактериоскопического контроля и неправильный ход процесса выделки заячьих консервов на заводе.
3. Неправильная организация трудового процесса: необученность отдельных групп рабочих; неиспользование правил технической безопасности и санитарно-гигиенического минимума.

Эти три группы и имели место на Курганском консервном заводе.

На основании всего изложенного мы позволим себе высказать следующие соображения.

1. Консервированные солью заячьи тушки могут быть источником заболевания туляремией.
2. Необходим тщательный контроль над посолкой заячьего материала и изучение влияния поваренной соли на вирус туляремии.

3. Туляремия, протекая по типу септицемии, поражает ряд органов и систем, не исключая органов чувств и нервной системы.

4. Поражение нервной системы проявляется судорожным напряжением сухожилья сгибателя предплечья и ограничением движений в плечевом суставе, в зависимости от своеобразной контрактуры мышц плеча.

5. На поражение нервной системы при туляремии указывает повышение электровозбудимости мышц.

6. Симптомами трофических расстройств являются: частые парестезии и периодически появляющаяся сыпь типа крапивницы.

7. Туляремия поражает глаз в целом, не ограничиваясь поражением конъюнктивы.

8. Имеющийся при туляремии конъюнктивит строго специфичен, не похож на септический и является эндогенным.

9. Последующее воспаление лимфатических желез, идущее по типу „железистого туберкулеза“, указывает на гематогенную форму лимфаденитов.

Из Смоленского государственного бактериологического ин-та.
(Директор института проф. М. П. Изаболинский).

К этиологии гриппа.

Сообщение II¹

М. П. Изаболинский, В. А. Юденич. и Е. Л. Батенков.

Вопрос об этиологии гриппа не может считаться окончательно разрешенным, несмотря на целый ряд работ в этом направлении. Роль палочки Pfeiffer'a, которую большинство исследователей склонны были считать единственным возбудителем гриппа, в настоящее время очень горячо отвергается на основании целого ряда исследований в различных странах и в разгар эпидемии. С другой стороны, аргументы, выдвинутые в защиту роли других возбудителей при гриппе, не являются достаточно убедительными. Вполне естественно, что мысль целого ряда исследователей направлена была в сторону фильтрующегося вируса. Однако и в этом направлении накопившийся до сих пор материал не дает нам пока никаких оснований к тому, чтобы признать какой-либо фильтрующийся микроб в качестве возбудителя гриппа. Все эти обстоятельства дали возможность Sahli говорить о поливалентности гриппозной инфекции. Еще в 1925 г., во время большой вспышки эпидемии гриппа, нами из 40 типично-протекавших случаев гриппа в 25 выделена была чистая культура диплострептококка при посеве слизи зева и носоглотки на различных средах и в особенности на кровяной среде Lewinthal'я. Этот диплострептококк в большинстве случаев проявлял гемолитические свойства, агглютинировался сывороткой иммунизированного кролика и экспериментально в некоторых случаях вызывал у кроликов явления хронической интоксикации.

¹) I сообщение — см. „Гигиена и Эпидемиология“, 1926 г.