

Из бактериологического отделения Саратовской городской санитарно-бактериологической лаборатории (зав. лабораторией И. А. Гольдштейн).

Случай септического заболевания, вызванного *b. Proteus*.

В. С. Петерсон и Б. К. Рубашкина.

В вопросе о патогенности *b. Proteus* нет достаточной ясности. Большинство авторов считает протей условно патогенным видом. Однако ввиду широкого распространения *b. Proteus* в природе и способности его заглушать на средах рост других видов приходится с большой осторожностью подходить к признанию его этиологического значения в каждом отдельном случае. Указания на протей, как на возбудителя местных заболеваний, встречаются в литературе не так редко. Хаузер в 1882 г. описал случай флегмонозного воспаления, при котором возбудителем был *b. Proteus* и стрептококк. Бердников в руководстве проф. Златогорова указывает, что протей был найден в патологическом материале при кишечных расстройствах, отравлениях, перитонитах, циститах, пиелонефритах, параметритах, отитах, менингитах, абсцессах мозга. Мы встретили в литературе также несколько случаев нахождения *b. Proteus* при гнойных плевритах (Паули, Шаре, Медведева).

Сообщения о достоверных случаях общих протеусных заболеваний встречаются редко. В доступной литературе нам удалось найти следующие данные. Иохманн описал общее заболевание на почве гнояного мастоидита. Посев был сделан в момент наивысшего подъема температуры (40°). Через 10 часов выросли в громадном количестве *b. Proteus* и 30 колоний стрептококка. Бертельсман и Мау описали случай уретральной лихорадки, при которой из крови выделен протей. Ленхартц описал случай гнояного перитонита, при котором агаровые культуры из крови и гноя брюшины дали чистую культуру *b. Proteus* (три последних работы цит. по Клинебергеру Z-sch. f. Hyg. 1908, т. XXVIII).

Гебель (Deutsche Arch. f. klin. Med., 1914) описал случай менингита у новорожденного, при котором из спинно-мозговой жидкости и из крови был выделен *b. Proteus*. Кровь была взята из пальца в день смерти. Паули (Münch. med. Wochenschrift, 1917, № 1—2) описал случай огнестрельного ранения с переломом бедра. Из вонючего гноя раны был выделен протей. Через день после операции, сопровождавшейся выскабливанием полости острой ложечкой, развился гнояный плеврит. В гное из плевры был также найден *b. Proteus*. Автор считает метастатический занос инфекции по кровяному руслу несомненным. Отрицательный результат посева крови он объясняет тем, что

посев был сделан через 3 недели после наивысшего развития инфекции, при нормальной температуре.

В определителе микробов Бердже (Киев, 1936) упоминается о находках протей в крови, описанных Ассис (тифоноподобное заболевание) и Пачеко (легочный абсцесс).

Ввиду скудности литературных данных по этому вопросу, мы считаем нелишним описать случай общего заболевания, при котором роль *b. Proteus*, по нашему мнению, является несомненной.

Нами производились только бактериологические исследования. Клинического течения болезни мы не наблюдали, а с ней познакомились из истории болезни, любезно предоставленной нам проф. Николаевым (клиника уха, горла и носа Сар. мединститута).

Больная О-ва, 45 лет, подвергалась операции по поводу гнойного воспаления среднего уха. Операция была произведена на 14-й день болезни и сопровождалась выскабливанием острой ложечкой некротизированных и издающих трупный запах частей кости.

После операции у больной развилось заболевание септического характера с подъемом t° до 40° (больная страдала также малярией). Рана имела септический вид и выделяла вонючий гной.

На 20-й день после операции появился метастаз под подбородком. Через 2 месяца после операции больная погибла при явлениях со стороны нервной системы. На вскрытии был обнаружен абсцесс в области левой затылочной доли.

В течение болезни производились посевы крови, гноя из уха, из метастаза, а также ставилась агглютинация выделенных культур с сывороткой больной. Посев крови (на сахарный бульон, с последующим высевом на кровяной и простой агар) был произведен дважды—на 4-й и 9-й день после операции. В обоих случаях была выделена одна и та же культура, хотя подробно изучена была лишь вторая из них, т. е. первый раз было заподозрено загрязнение.

Выделена грамотрицательная, подвижная, полиморфная палочка. На простом агаре—ползучий рост, на кровяном—зеленовато-серые колонии, дающие гемолиз. На среде Эндо—бесцветные колонии, давшие спустя несколько дней дочерние колонии. Культура сбраживала глюкозу и галактозу с образованием кислоты и газа, на левулезе давала кислоту лишь на пятый день, лактозы, мальтозы, маннита и сахарозы не изменяла. Молоко культура пептонизировала без свертывания, желатину разжижала, индола не давала, нитраты восстанавливала до нитритов. Реакция на сероводород—положительная. Реакция Вогес-Проскауэра отрицательна. Р. агглютинации с сывороткой больной и выделенной из крови культурой дала положительный на 2 креста результат в разведении 1:100.

Исследование гноя из уха дало следующий результат:

В мазке преобладает грамотрицательная палочка. Встречаются грамположительные кокки. Посев на кровяной и простой агар дал почти чистую культуру грамотрицательной палочки и редкие колонии стафилококка. Стрептококк отсутствовал. Культура оказалась по биохимической характеристике идентичной с культурой, выделенной из крови, за исключением гемолиза, который отсутствовал. Культура агглютинировалась сывороткой больной в разведении 1:100.

Гной из метастаза дал следующее:

Преобладает грамотрицательная палочка. Встречаются грамположительные кокки. Результаты бактериологического исследования в точности те же, что и при посеве гноя из уха. Однако культура из метастаза, так же как и культура из крови, давала гемолиз, чем только и отличалась от культуры из первичного очага. Р. агглютинации не ставилась, так как сыворотки больной у нас уже не было.

Выделенные нами культуры являются, по нашему мнению, протеем. Основные признаки, говорящие за принадлежность их к роду *Proteus*, нижеследующие: 1) полиморфизм, 2) подвиж-

ность, 3) ползучесть роста, 4) образование дочерних колоний, 5) протеолитические свойства, выраженные на желатине и молоке.

Культуры в точности не соответствуют ни одному из видов, приведенных у Бердже. Ближе всех они стоят к виду *Proteus americanus*. Однако наши культуры отличаются от указанного вида отсутствием свертывания молока, отношением к левулезе и галактозе и отрицательной реакцией Вогес-Проскауэра. Ближе стоят они также к виду *Proteus mirabilis*, от которого отличаются отношением к сахарозе и частично к левулезе. Таким образом, если принимать во внимание второстепенные признаки, мы могли бы признать их новым, 14-м видом протея. Однако целесообразнее считать наши культуры вариантом одного из названных видов.

Свойства выделенных культур и близких к ним видов рода *proteus*.

	Морфология	Т р а м	Подвижность	Желатина	Индол.	Сероводород	Молоко		Глюкоза	Лактоза	Мальтоза	Маннит	Сахароза	Левулеза	Галактоза	Восстан. пептатов	Р. Вогес-Проскауэра	Гемоллиз
							Пептолиз.	Свертывание										
<i>Proteus americana</i>	Полиморфная, неспороносная палочка.	—	+	+	—	—	+	+	ГК	—	—	—	ГК	ГК	—	+	+	—
<i>Proteus mirabilis</i>		—	+	+	—	+	+	—	ГК	—	—	—	ГК	ГК	ГК	+	—	—
<i>Proteus</i> „Одиночная“ из крови		—	+	+	—	+	—	—	ГК	—	—	—	—	К	ГК	+	—	+
<i>Proteus</i> „Одиночная“ из уха . .		—	+	+	—	+	+	—	ГК	—	—	—	—	ГК	ГК	+	—	—

Особенности нашего случая: 1) Повторное выделение культуры из крови в разгаре болезни (задолго до смерти).

2) Ясно выраженная (на 2 креста) реакция агглютинации нашей культуры с гомологичной сывороткой в разведении 1:100.

По литературным данным такой титр может считаться доказательным. По Клинебергеру *Proteus vulgaris* и *mirabilis* не агглютинируются нормальной человеческой сывороткой в разведении выше, чем 1:20. В случае протеусного менингита, описанном Гебселем, титр агглютинации культуры с гомологичной сывороткой был 1:60. Однако ввиду того, что Тюмякова и Попова (ненапечатанная еще работа) встречали штаммы *b. Proteus*, агглютинировавшиеся нормальной сывороткой до титра 1:100, мы проверили свои культуры на ряде нормальных сывороток,

Две дали агглютинацию (на 1 крест) в разведении 1:40, две 1:20 и 38 сывороток агглютинации не дали.

3) Гемолиз, который наблюдался в культурах, выделенных из крови и метастаза, и отсутствовал в культуре из первичного очага, не прошедшей через ток крови.

4) Идентичность во всех отношениях, кроме гемолиза культур, выделенных из крови, метастаза и первичного очага.

Из пропедевтической хирургической клиники Ростовского мед. института
(директор проф. Б. И. Гутников).

О кормлении больных при гастростомии.

В. А. Макаренко.

В целях рационального питания больных необходимо предоставить организму достаточное количество пищи строго определенного состава (белков и жиров животных и растительных, углеводов, солей) и в то же время нужно заботиться о достаточной даче витаминов, так как отсутствие последних ведет к ряду характерных тяжелых расстройств в организме. Роже считает, что больные во время болезни расходуют все свои запасы витаминов, и если с пищей они не получают их в достаточном количестве, заболевают анемией авитаминозного порядка. В силу этого при назначении питания приходится, помимо характера заболевания, степени болезни и стадии его развития, учитывать и лечебную сторону питания, его вид и форму.

В этой краткой статье мы не ставим себе задачей осветить этот большой, сложный и чрезвычайно важный вопрос в целом. Мы коснемся лишь части его — формы кормления больного после гастростомии. Здесь в большинстве случаев мы имеем перед собой истощенных больных, оперированных по поводу непроходимости пищевода: рак, рубцовые сужения после ожогов кислотами и щелочами, длительные спастические сокращения пищевода. Обычно питание при свище по Витцелю, Гадеру или Топроверу исключительное жидкое (т. к. через трубку невозможно ввести ничего другого) и однообразное: в основном бульон, молоко, яйца, масло, сахар.

Считая такое питание недостаточным и неполноценным для подобных больных, мы задались целью создать им условия, при которых они могли бы, как и больные, у которых не исключен жевательный и пищеводный аппарат, получить разнообразный ассортимент питательных веществ в форме рационально приготовленных блюд. Поставленную задачу мы разрешили путем использования 100-граммового шприца с наконечником широкого диаметра. У больных, оперированных по Топроверу, свищ герметичен, имеет трубку достаточного диаметра. Мы считаем, что для введения пищи может быть использован