

здесь вопросу еще очень бедна, а вопрос о функциональном состоянии организма в целом и отдельных его органах в частности до и после работы у работников различных профессий, у подростков, мужчин, женщин, при различных сменах, различной продолжительности рабочего дня и т. д. находится сейчас только в стадии изучения. И нам мыслится, что каждая статья по данному вопросу есть по существу только материал для будущих окончательных выводов.

В согласии с другими авторами и на основании нашего материала, мы позволим себе высказать следующие предположения:

1. Функциональное состояние органов у различных профессиональных групп рабочих—различно.

2. Длительное пребывание работницы в никотинном производстве влияет на уровень кровяного давления в сторону его повышения.

3. Нагрузка организма 1 литром жидкости: а) на максимальное кровяное давление заметного действия не оказывает, б) минимальное кровяное давление повышается, в) количество пульсовых ударов в 1 мин. уменьшается.

4. После работы у наших испытуемых отмечается более высокое кровяное давление и более частый пульс.

5. Заметного параллелизма между высотой кровяного давления и скоростью и количеством выведения жидкости в наших случаях мы не отмечаем.

6. Общее количество выводимой мочи после нагрузки 1 литра жидкости до работы больше, чем после работы.

7. До работы наибольшее количество мочи после нагрузки 1 л. жидкости испытуемые большей частью выводили через 1 час, после работы через 1¹/₂ часа; последнее более резко выражено в набивочном пеху, чем в гильзовом.

Из Татарской районной больницы Зап. Сиб. края.

К клинике ундулирующей лихорадки.

(Инф. bac. abort. Van g'a, Febris undulans, Brucellosis).

Врача И. Д. Хнюнина.

Под названием ундулирующей лихорадки (*Febris undulans*) описывается своеобразное заболевание, характеризующееся длительной лихорадкой, тянущейся в течение нескольких месяцев и даже, в некоторых случаях, больше года, причем лихорадочные периоды сменяются периодами полной или относительной апиреksии. При наблюдении этого заболевания в течение многих месяцев получают температурную кривую волнообразного характера, откуда произошло и само название заболевания.

Возбудителями данного заболевания являются некоторые микробы из рода *Brucella*, патогенные как для человека, так и для некоторых домашних животных (рогатый скот, овцы, свиньи). Одна из разновидностей этой группы—*brucella (micrococcus) melitensis* является возбудителем так называемой мальтийской лихорадки, значительно распространенной на юге СССР (Азербайджан), которая также носит название ундулиру-

щей лихорадки. Другая разновидность из рода *Brucella*—*bac. abortus Bang'a* вызывает септический аборт у коров, но патогенна и для других домашних животных; т. к. указанные возбудители близки между собой как морфологически, так и биологически, то в последнее время предложено все заболевания, вызываемые ими, называть бруцеллезами (*Brucellosis*). *Brucella abortus Bang'a*, коротенькая Грам-отрицательная палочка, до последнего времени считалась непатогенной для человека, хотя случаи поражения ею человека описывались с 1913 года (правда, единичные) под названием *Inf. bac. abortus Bang'a*.

До настоящего времени об этом заболевании в заграничной литературе скопилось значительное количество статей и монографий, характеризующих как клиническую картину заболевания, так и возбудителя. В нашей же отечественной литературе об *inf. bac. abort. Bang'a* опубликован только один случай д-ра Колтовской, хотя, как это видно из отчетов II Всерос. съезда микробиологов, случаи этого заболевания имели место на Украине и в Белоруссии, имеются указания на обнаружение отдельных случаев в районах Минска, Москвы, Новочеркасска и Витебска, но в литературе они не опубликованы. Интересно отметить, что один из 3-х случаев д-ра Макковейского был им опубликован в 1929 г. не в нашей литературе, а в немецкой, в результате чего наша врачебная масса не имела возможности своевременно с ним ознакомиться.

По клинической картине ундулирующая лихорадка, вызванная *bruc. abort. Bang'a*, имеет огромное сходство с мальтийской лихорадкой. Судя по литературным данным, клиническая картина ундулирующей лихорадки складывается из длительной неправильного типа волнообразной лихорадки, сопровождающейся потами и относительно хорошим общим самочувствием больных. В течение всего лихорадочного периода наблюдаются явления септико-пиемического характера в виде артралгий, невралгии, миалгий и орхитов; при заболевании беременных женщин наблюдали выкидыш; всегда увеличена селезенка, а иногда и печень; в крови лейкопения, умеренная анемия, относительный лимфоцитоз, моноцитоз и анэозинофилия. Прогноз, как правило, считается благоприятным, так как заболевание склонно к самопроизвольному излечению. Специфической терапии нет; применяется только симптоматическое лечение, направленное на поддержание сил больного. В последнее время применяется лечение аутовакциной, но результаты неопределенны.

Заражение человека происходит: через молоко и молочные продукты от больных септическим абортom коров и второй путь заражения—через поврежденную кожу при соприкосновении с больными животными (наблюдения над ветеринарами). Отсюда вытекает и профилактика.

В течение 1930-31 г. нам пришлось наблюдать 16 сл. ундулирующей лихорадки, диагностированной как *инфек. bac. abort. Bang'a*, у больных нашего и соседних с нами районов. 5 из этих случаев были подтверждены серологическими исследованиями (Омский бакт. инст.), остальные диагностировались на основании клинической картины. Истории болезней некоторых из этих больных я позволю себе привести здесь.

История № 1. Б-ной К. 21 г. холост, рус., грам.; работает чебаном в совхозе, Зап.-Сиб. края. Венерические б-ни и тbc как у себя, так и у других перенесенных болезнях в детстве не помнит. До наст. заболевания тифом, малярией не болел.

В середине июня 1930 г. стал чувствовать боль в голове при езде по тряской дороге. Ночами потел. Вне поездок чувствовал себя совершенно здоровым. Т.к. явления эти продолжались оставаться, обратился в амбулатор., т^о оказалась 39,5, признан грипп. Дано освоб. на неделю и порошки. Через неделю снова пришел в амбулаторию, т^о снова 39; опять дали освобождение и порошки. Чувствуя себя хорошо, б-ой отправился пешким верст за 100 сниматься с военного учета. Проходил неск. дней, не чувствуя никаких болей. Сон был хороший. По возвращении опять зашел в амбул.—т^о снова 39^о. От больничного листка больной отказался и вышел на работу, чувствовал себя здоровым. Однако вскоре стал чувствовать слабость и появились боли в пояснице. Лечился амбулаторно, давали втирания и порошки, иногда пользовался освобожден. на неск. дней. Боли в пояснице усиливались и 26/VII был направлен в Купинскую б-цу, где пролежал до 10/VIII с диагнозом воспаления почек. Моча по словам б-го все время оставалась прозрачной, отеков не было, т^о в это время повышалась, но прежних высоких цифр не достигала. Постепенно боли в пояснице уменьшились, но общая слабость увеличилась. Возвращаясь домой из больницы, К-в, идя от станции устал, прилег на траву и уснул. Проснувшись, почувствовал сильные боли в крестце и ногах—идти не мог. С этого времени боли в крестце и пояснице то усиливались, то уменьшались; т^о при посещениях амбулатории всегда оказывалась повышенной, лечился порошками и втираниями; работать перестал. Несколько дней был понос. Аппетит оставался все время хорошим. 23/VIII поступил в нашу б-цу, где была заподозрена малярия—хинизация не помогла. Выдох на верхушке дал повод заподозрить тbc; было назначено соответствующее лечение—улучшения не было.

Работая чебаном сдаивал овец, больных маститами; сырого овеч. молока не пил; уже б-ой летом 1930 г. ел брызгу.

St. praes. 16/XI-30 г. Телосложение правильное. Питание удовл. Кожа и слизис. неск. бледноваты. Костная сист. и лимфат. тельца без отклон. от Н. Резкая болезн. пояснич. мышц, особ. справа, здесь же в месте выхода межпозвон. нервов болезн. точки. Сердце: тоны чистые, гран. нескोल. увел. вверх и влево; пульс ритмичн., легко возбудим. Легкие: выдох над правой верхуш. Язык неск. облож. Живот несколько вздут, мягкий, безбол. Аппетит хороший. Стул и мочеисп. Н. Селезенка прощ. на палец, плотная безболезн. Печень выдается на палец из подреберн. края, безбол. с остр. краем гладкая. Сухож. и периост. рефлексы неск. повыш.; брюшные выражены слабо. Со стороны черепно-мозговых нервов без отклон. от нормы. Из-за болей в пояснице б-ой сгибаться не может, ходит вытянувшись, поворачивается с трудом. Сон хороший; ночами потеет.

Моча—N. Кровь: б—1, э—2, п—8, с—28, лим—54, м—4. Незн. анизоз., встреч. эритро. с базоф. пункт. и полихромные. Plasm. mal. не обнаружены, т^о за время наблюдения неправ. типа с вечерн. повышен. до 39,7 и утр. ремиссиями до нормы—37,2; ночами поты, вечерами—познабл. 21/IX вечером т^о 39,7. Жалуются на резкие боли в пояснице, сгибаться не может, лежит; болезнен. при надавливан. на остист. отростки поясн. позвон., через 4 дня боли ослабели; б-ой начал ходить.

28/XI. Огранич. б-сть в области 7 и 8 реб. по передн. аксил. лин. справа; объективно nihil; через 3 дня боли исчезли.

7/X. Жалобы на пониж. слуха, объективно—nihil.

10/X. Слышит лучше; жал. на боли в кол. суставах; т^о без изменений; объективно nihil. Носовое кровотечение.

17/X. Болезн. прав. ягод. мышц. Носовое кровотечен. Через неск. дней боли исчезли.

23/X. Ходит свободно, сгибается, болей в пояснице нет. Выписался по соб. жел. т^о субфебрильная; печень и селезенка прежних размеров.

6/XI. Явился в б-цу для продолж. больн. листка. Самочув. все время хорошее. т^о при явке 37^о. Селезенка и печень увеличены по прежнему. К вечеру иногда появляется тяжесть в ногах и болезн-сть в пояснице.

20/XII б-ой снова поступил в б-цу при тех же явлениях увеличен. печени и селезенки, субфебр. т^о и резкими болями в месте выхода прав. седал. нерва. Пользовался симптоматич. лечением и 3/1 выписан при хорошем самочувствии: боли исчезли; но селез. и печень по прежнему оставались увеличенными. До февраля 1931 г. б-ной работал, но чувствовал нектор. слабость. В феврале был послан в Омскую клинику, где пролежал 2 нед. Диагноз: инфек. бас. abort. В an g'a был подтвержден серологически.

Ист. б. № 2. Б-ой Т-н, 30 л., холост, грам, рус. работает чебаном в совхозе „Овцевод“, Юд. р. Зап. Сиб. кр. До поступления в совхоз, занимался с/хоз. Венерические болезни как у себя, так и в семье отрицает. О перенесенных в детстве заболеваниях не знает. До настоящего заб. чувств. себя здоровым. Тифами, малярией не болел. Заболел в начале ноября 1930 г.: вечерами появились познабливания, небольш. общая слабость, т° повышалась до 39°; работу не прекращал, аппетит оставался хорошим, головных болей не было. В середине ноября появились боли в мышцах правого бедра; лечился растираниями, продолжал работать, боли вскоре исчезли. За несколько дней до поступления в б-цу внезапно появилась опухоль яичка, без резких болей, т° оставалась по-прежнему высокой, появились ночные поты; ходьба стала затруднительной, работать бросил и 27/XI поступил в нашу больницу с жалобами на опухоль яичка.

Сдаивал больных маститами овец, овечьего молока не пил, брынзу ел летом и месяца за два до заболевания.

St. p g a e s. Среднего роста, прав. телосложения, удовлетв. питан., кожа ладоней резко желтой окраски. Костно-мышечная, лимфатическая системы и суставы в N. Легкие и сердце N. Пульс учащен. Зев чист, язык слегка обложен, аппетит сохранен. Живот мягкий, безбол., стул и мочеисп. N.

Селезенка пальпируется на палец из-под реберного края, плотновата, безболезненна. Печень не прощ. Левое яичко величиной с голубиное яйцо, мягкое, немного болезн. Увеличены также придаток и семен. канатик, мошонка слева несколько отечна.

Общее самоч. хорошее. Больной ходит, спит хорошо, т° -38,4. Моча—N.

Пользовался симптоматическ. лечением. т° ремит. с вечерними повышениями до 40,4°; головных болей не было. Последние три дня литическое падение т° до 36°. Опухоль яичка неск. уменьшилась.

7/XII выпис. по соб. желан., при нор. т°, но с увеличенной селезенкой.

19/XII. Б-ой снова обратился в б-цу, т. к. через несколько дней по возвращении домой т° вновь стала повышаться до 38,3—37,7. Найдено: т° 37,1, селезенка прежних размеров, опухоль яичка незначительна.

До февраля 1931 г. б-ой работал, хотя и пользовался несколько раз больничным листком с освобожд. на неск. дней. В феврале был нами направлен в Омбактин, где наш диагноз инфекция вас. ab. Van g'a был подтвержден серологически.

Ист. бол. № 3. Б-ой С. 29 л., хол., грам., рус., работает чебаном в совхозе „Овцевод“ Юдин. р-на Зап.-Сиб. кр. Сдаивал больных маститами овец, овечьего молока не пил, брынзу ел летом и осенью 1930 г. О болезнях детства не знает. Явления венерических болезней и тbc у себя и в семье отрицает. Летом 1926 г. болел малярией, после того чувствовал себя здоровым. Заболел 10/XI—30 г. Внезапно вечером появились боли во всем теле и жар. Дня три продолжал работать, а затем слег. Скоро появился кашель, мучивший больного, побаливал живот; стул был нормальным. Лечился амбулаторно—давали порошки. Легче не было и 7/XII с т° 37,4 поступил в нашу больницу с жалобами на кашель и слабость. Два дня т° держалась вечерами до 38,4°, а затем упала до нормы. 5 дней была нормальной, а накануне выписки вечером повысилась до 37,2°. При поступлении в больницу было найдено: жесткое дыхание в легких, многочисленные рассеянные сухие хрипы; плотноватая безболезн. селезенка, пальпирующаяся на 1½ пальца из-под реберного края; язык обложен, живот несколько вздут, безболезн.; в илео-цекальной области при пальпации урчание; стул и мочеиспускание норма; кожа ладоней резко желтой окраски. Больной велся как брюшнотифозный, хотя на головные боли особенно не жаловался, а самочувствие было удовлетворительным. 21/XII больной из больницы выписался при хорошем общем самочувствии: явления в легких исчезли, но селезенка оставалась увеличенной.

Через неск. дней по выписке из больницы заболел левый плечевой сустав, появились жар и слабость. Лечился амбулаторно растираниями, но легче не было и 1/II вновь поступил в б-цу с жалобами на боли в плечевом суставе. Здесь помимо ремиттерующей лихорадки было найдено: большая печень и увеличенная селезенка, а вечерами и ночью бывали поты; объективно в плечевом суставе никаких изменений не обнаружено. Пользовался симптоматич. лечением; т° упала, боли исчезли, самочувствие было хорошее, но печень и селезенка оставались увеличенными. 12/II больной выписался. Дома снова настало ухудшение: вечерами появлялся жар, сильно потел ночами, побаливало под правым подреберьем и в пле-

чевом суставе. Б-ой ходил, кое что делал по хозяйству, но т. к. отпуск кончился 28/II он явился в б-цу с жалобами на вечерние познабливания и боли в плечевом суставе.

Stat. praes. Телосл. прав., питан. пониж., кожа N. Болезненность при движении в левом плечевом суставе—объективно nihil. Лимфатические железы в норме. Сердце и легкие—N. Зев и язык чистые; живот мягкий, безболезн. стул и мочеиспускание N. Селезенка в виде плотного безболезненного рога на 3 пальца из-под ребер; печень прощупывается на 4 пальца, поверхность гладкая, край острый, несколько болезненна при пальпации. Рефлексы в норме. Большой весел, свободно ходит, спит хорошо, аппетит прекрасный, t°—37,1. Моча: насыщ. желт. цвета, прозр., кисл. реакц. белка, сахара, желчн. пигм. нет. Реакции на уробилин и кровь—отрицательны. Диазореакция резко положительная, под микроскопом единичн. в препарате лейкоциты. Кровь: формула Б.—0, эоз.—0, пал.—6, сег.—9, лим.—76, мон.—8. Небольшой аннизо-и пойкилоцитоз. Plasm. malariae не найдены. С. находился в больнице до 27/III, t° была субфебрильной - с вечерними повышениями до 38,2 (обычно только 37,1—37,2) и утренними ремиссиями до нормы. Несколько раз б-го познабливало, иногда потел; боли в суставе прошли. Общее самочувствие, сон, аппетит все время оставались хорошими, но печень и селезенка в размерах не уменьшались. Выписался по собственному желанию.

Ни хина, ни салицилаты, ни колларгол действия не оказывали.

Ист. бол. № 4. Б-ой К., 35 л. женат, грам., украинец, служащий. Заведует маслохранилищем. 15 лет перенес какой-то тиф; в 1922 г. тоже болел каким-то тифом, после которого 2½ мес. болел суставным ревматизмом. В 1923 г. перенес малярию. По роду службы приходилось бывать во время командировок в район на скотных дворах. Часто ел брынзу, изготовленную в совхозе „Овцевод“ Юдин. р-на. Ел ее и недели за две до заболевания. Заболел сразу: 23/XI появились—головная боль, общее недомогание, исчез аппетит. До 27/XI б-ой продолжал работать, т. к. днем чувствовал себя удовлетворительно.

27/XI обратился в амбулаторию, где была заподозрена малярия—назначен хинин. От последнего вначале почувствовал себя как будто лучше, но в дальнейшем общее недомогание продолжалось.

7/XII появилась розеолезная сыпь на груди и конечностях при явлениях повышенной t°. Обратился в амбулаторию, откуда был послан в б-цу. Через неск. дней сыпь приняла местами петехиальный характер, заподозрили сыпной тиф в abortивной форме, поместили в б-цу, где б-ой пролежал с 15/XII—21/XII. Скоро сыпь исчезла, t° упала до нормы, но селезенка, определявшаяся увеличенной еще при первом посещении амбулатории, оставалась прежних размеров. Дня через два по выписке из б-цы, t° снова стала повышаться вечерами до 37,4—37,2 иногда даже до 39°; появились боли в суставах, ночами поты.

4/I поступил в б-цу, где пролежал с диагнозом полиартрита. В это время было констатировано: плотн. безболезн. селезенка, пальпирующаяся на палец из-под реберной дуги и край безболезненной печени; наблюдались запоры; t°: вечером 38,5—39°, утром 37,5—38,0°; наблюдались нестойкие, державшиеся по несколько дней боли то в одном суставе, то в другом, то в одной группе мышц, то в другой.

2/I кровь: б.—0, э.—0, ю.—1, п.—18, сег.—39, лим.—40, м.—2. Незначительные аннизо-и пойкилоцитоз. Паразитов малярии не найдено.

15/I моча: нас. желт. цвета. Следы белка; реак. на уроб. слабо положит. Диазореакция отриц. В это время самочувствие б-го было хорошим. 30/I выписался, т. к. чувствовал себя здоровым—боли исчезли; но t° оставалась субфебрильной, а печень и селезенка прежних размеров. До 13/II был дома, вечерами t° повышалась и временами появлялись боли в суставах. 13/II вновь поступает в б-цу с резкими болями в шейных мышцах и вечерними повышениями t° до 38,5—39°. Здесь вновь наблюдались летучие артралгии и миалгии. Получал салицилаты и колларгол внутривенно, однако улучшения не было, хотя t° несколько снизилась. Вскоре появились резкие боли в крестце.

21/II Stat. praes. Телослож. правильн., питание понижено. Кожа и слизистые бледноваты. Костная система в норме, лимфатические железы тоже. Болезненность обеих m. m. scullaris; незначит. припухлость и болезненность сухожильных влагалищ левой кисти.

Сердце—левая граница по соску, тоны несколько глуховаты; пульс ритмичный, учащен. Легкие: над правой верхушкой натянутый выдох. Зев чист, язык слегка обложен, аппетит прекрасный. Живот мягкий, безболезн., стул задержан;

старые геморроид. узлы; мочеиспускание N. Селезенка прощупывается на 2 пальца в виде плотного, безболезненного рога. Печень увеличена на палец, мягкая, поверхность гладкая, край острый. Нюющая боль в области обоих крестцово-подвздошных сочленений и в месте выхода седалищного нерва. Б-ой весел, смеется. Сон хороший.

22/II. Кровь: формула: б.—0, э.—4, пал.—4, сегм.—27, лим—57, мон.—6. Много бледных эритроцитов, изредка встречаются полихромные. В больнице боли в мышцах шеи резко усилились, объективных данных не было в них, б-ой в течение 2-х недель не мог свободно поворачивать голову, причем боли эти то обострялись, то затихали. Под влиянием симптоматического лечения боли в мышцах и в области крестцово-подвздошных сочленений прошли и 9/IV б-ой выписался по собственному желанию. t⁰ оставалась временами повышенной, а печень и селезенка прежних размеров. До мая 1931 г. больной жаловался на появляющуюся иногда вечерами t⁰ в 37,2—37,3 и переходящие боли в мышцах. В мае месяце переведен в инвалиды, причем на ВК была обнаружена атрофия левого m. scularis. В июне месяце б-ой показывался в больницу: селезенка еле прощупывалась, печень не пальпировалась, t⁰ оставалась нормальной. Б-ой пополнил, но жаловался на адинамию.

Ист. б. № 5. Б-ой С. в., 25 л., гр., женат, служ. С детства батрачил; в 1921 г. болел каким-то тифом; с 1923—25 г.г. каждую весну болел малярией, но не подолгу. С тех пор чувствовал себя здоровым. Занимался сельским хоз., а с 1930 г. служит: сначала лесным объездчиком, а потом продавцом сельского кооператива. Брызнау не ел, овечьего молока не пил; с большими животными не соприкасался. Заболел в половине января 1931 г. Дня за три до болезни больной много выпил, свалился на улице и спал на снегу до утра—снег под ним растаял до земли; сильно продрог. Дней за 10 до заболевания, во время пьянки, женщины с целью „приворожить“ б-го, мешали ему в водку свою менструальную кровь. Заболел сразу—почувствовал общее недомогание, познабливание; однако в течение нескольких дней перемогался и продолжал работать; ночами потел. Скоро присоединился упорный кашель. Лечился амбулаторно, но облегчения не чувствовал; иногда появлялись боли в пояснице и коленных суставах. 16/II—31 г. с жалобами на общ. слабость, кашель, поты и болезненность в пояснице поступил в нашу больницу.

Stat. pгаes. Высокого роста, астенического телосложения; питание понижено; кожа влажная, бледновата. Костная система и лимфатические железы в пределах нормы. Мышечный тонус понижен; отмечается болезненность затылочных и поясничных мышц, объективно nihil; незначит. болезненность при движении в коленных суставах. Легкие: ослаб. дых. на верхушках, рассеянные сухие хрипы в обоих легких, сзади дыхание жестковато; частый кашель, незначит. колич. вязкой мокроты. Сердце и сосуды N; пульс учащен, зев гиперемирован, язык обложен. Живот мягкий, безболезн., стул и мочеиспускание N. Селезенка прощупывается на один палец, плотная, безболезненная. Печень увеличена на два пальца, гладкая с острым краем, безболезн. Стойкий красный дермографизм, пателлярные рефлексы повышены. Б-ой вялый, все время лежит, много спит; сон хороший; t⁰—37,7. Мокрота: слизь—гнойная, вязкая; палочек Koch'a не найдено. Моча: буроватого цвета, слабо-мутная, кисл. реак. Диазо-реакция положительная. Кровь: б.—0, э.—0, пал.—3, с.—26, лим—67, мон—4, плазмодиев малярии не найдено.

До июня месяца б-ой находится в б-це, t⁰ все время неправильного типа: утром 37,3—36,5, вечером 37,7—38,9.

8/III появилось резкое разрыхление десен, больной с трудом ест.

27/III боли в голеностопных суставах, скоро исчезли.

13/IV отмечена опухоль левого голеностопного сустава и болезненность в нем при движении.

18/IV появились резкие боли в области правого крестцово-подвздошного сочленения; б-ой с трудом поворачивается, вставать не может. До июня месяца разрыхление десен и неправильного типа лихорадка оставались прежними; кроме того появились боли в левом крестцово-подвздошном сочленении и в месте выхода левого n. ischiadici. Больной значительно побледнел и похудел. Отмечается значительная атрофия правых ягодных мышц.

Все приведенные случаи прежде всего характеризуются длительной лихорадкой неправильного типа, необъяснимую имеющимися объективными

данными. Не вдаваясь в подробности дифференциального диагноза, можно указать на то, что как малярия, так и туберкулез и заболевания крови легко исключались на основании всех объективных данных и лабораторных исследований; совокупность же всех наблюдаемых признаков является характерной для „ундулирующей лихорадки“.

Из анализа приведенных случаев отметим следующие данные: мужч. 10, жен. 1, по возрасту до 20 л.—1 сл., 20—35 л.—9 сл., старше 35—1 сл. Острое начало отмечено в 6 сл., и неизвестно харак. нач. заб. в 5 случ. Продолж. болезни (правда, с уверенностью мы не можем сказать об излечении ни в одном случае) от 2¹/₂ м. в 1 сл., 4—6 м.—в 5 сл., 7—9 м. в 3 сл., 12—14 в 2 случаях. Начальный период удалось установить в 8 сл., причем продолж. его в 30 дн.—4 сл., 20 дн.—2 сл., 27 д.—1 сл.; в среднем, принимая во внимание неточность показаний б-х, можно считать начальный период продолжительностью в месяц.

Из объективных данных следует отметить: измен. со стороны кожи: пожелт. кожи ладони 4 сл., розеолярная сыпь—в 1 сл. Увелич. селез.—11 сл., печени—9. Относительно увелич. печени надо сказать, что в двух случаях, когда этого не определялось, дело шло о начальном периоде заболевания; как правило, в позднем периоде печень остается увеличенной и, по нашему мнению, увел. печени и селезенки одновременно является патогномичным для разбираемого заболевания. Мышечные боли набл. во всех 11 сл., боли в суст. тоже во всех сл.; ишалгии в 5 сл., орхит в 4 сл., пониж. питан. отм. во всех случаях, но истощение резкое в 1 сл. Измен. со стороны мочи: следы белка в 1 сл., диазореакция в 2 сл. Кровь: лимфоцитоз во всех случаях, причем цифры колебались от 31% (1 случ.) до 76%; большей частью 50—59%. Необходимо отметить, что лимфоцитоз держится даже тогда, когда наступает апирексия, как бы указывая на то, что инфекция еще гнездится в организме. Моноциты: норм. кол.—в 4 сл.; пониж.—в 2 сл.; повыш.—в 2 сл. Явления вторичной анемии во всех случаях длительного течения болезни. Эозинофилы: анэозинофилия—3 сл.; в предел. нормы 5; из анализа гемограмм видно, что описываемый моноцитоз не характерен для заболевания, т. к. встречались случаи даже с понижением кол. моноцитов. Также относится и к анэозинофилии.

В заключение следует отметить наблюдавшийся часто бронхит у наших больных, причем нередко он отмечался в начальной стадии заболевания и довольно упорного характера; возможно это и сопутствующее заболевание, но не исключается возможность и специфического поражения бронхов, что, конечно, требует изучения (наличие мелкой палочки в мокроте одного б-го).

Прогноз считается благоприятным и заболевание рано или поздно заканчивается полным выздоровлением. Наши наблюдения заставляют несколько осторожнее высказываться по этому поводу, т. к. в 1 случае больная экзитировала,—правда старуха 53 лет, (старички, повидимому, тяжело переносят это заболевание), а в 2 случаях имели мышечные атрофии. Здесь же следует оговориться, что наблюдаемые нами явления могут быть отнесены только к хроническим, резко выраженным случаям заболевания. Между тем как при всяком инфекционном заболевании, и при *inf. bruc. abortus*, вероятно, имеются abortивные случаи, случаи неболь-

шой продолжительности; изучение этих форм дело дальнейших наблюдений.

Что касается лечения, то ни хинин, который давался подавляющему большинству наших б-х *ex juvantibus*, ни салицилаты, ни колларгол (внутривенно) действия не оказывали. Назначалось только симптом. лечение и общеукрепляющее (мышьяк с железом и усиленное питание).

Заканчивая на этом краткий разбор наших случаев, мне хочется еще раз подчеркнуть весьма характерное явление, резко отличающее данное заболевание от остальных инфекционных болезней—это относительно хорошее общее самочувствие б-х, несмотря на высокую лихорадку: так один из наших б-х во время t^0 в 39^0 рассказывал анекдоты, другой даже пел, причем все б-ые отмечают, что они чувствуют себя здоровыми при отсутствии септико-пиемических проявлений и торопятся выписаться.

В связи с этим стоит и другой признак: миалгии и артралгии не стойки, боли летучего характера, скоро преходящие и только невралгии не подчиняются этому правилу—они всегда отличаются стойкостью и по поводу них то, главным образом, и обращаются больные за медицинской помощью. Мне думается, что эти-то свойства заболевания и являются причиной того, что по всему Союзу зарегистрировано с десятков случаев ундулирующей лихорадки.

Дело в том, что все наши, например, больные—жители сельских местностей и обращаются за помощью в ближайший медпункт; заболевание диагностируется как ревматизм или тbc. (что больше оно наминает в данный момент), назначается соотв. лечение, а так как заболевание заканчивается самопроизвольно, то и считается, что, мол, порошки или втирания помогли. Практические же врачи, а особенно участковые, вряд ли знают много об ундулирующей лихорадке; в то время как стоит подумать только о возможности этой инфекции и заболевание становится ясным даже и без серодиагноза, который, кстати сказать, может быть и отрицательным.

Это как нельзя лучше подтверждает и Sjerslew в своей работе „*Febris undulans Bang*“, где он указывает, что Копенгагенский серолог. Институт поставил за правило все сыворотки лихорадящих б-х исследовать и на агглютинацию с *brucella abort. Bang'a*, причем большое кол. анализов оказалось положительным. Следовало бы так же работать и нашим бактер. институтам.

Колтовская приводит цифры поражения рогатого скота септическим абортom; так, в некоторых местностях Германии оно достигает 80%. Септический аборт коров наблюдается и у нас в Союзе, в частности и в Сибири. На II Всерос. съезде микробиологов приводили цифры исследования на *bruc. abort. Bang'a* молока Московских ферм, причем молоко оказалось зараженным от 0—66%. Из этого вытекает, что ундулирующая лихорадка имеется и у нас, но не диагностируется.

При сопоставлении наших случаев приходится отметить их как эпидемическую вспышку заболевания, т. к. 8 больных являются чабанами совхоза „Овцевод“ и приходили в соприкосновение с больными маститами овцами—сдаивали их. При расспросе вет. врачей выяснилось, что септического аборта в совхозе нет. А из заболевания овец отмечаются случаи маститов, причем этиологию их мне сказать не могли, считая ее не выясненной. Кроме того, необходимо отметить еще факт: летом 1930 г.

в совхозе готовили брынзу, причем двое б-х, не имеющих никакого отношения к совхозу, брынзу эту ели незадолго до заболевания. К сожалению, исследовать эту брынзу не удалось. Мне кажется, ветнадзору следовало бы обратить внимание на природу мастита у овец.

Вообще в отношении этиологического момента вопрос решается просто, т. к. раз молоко и молочн. продукты могут содержать возбудит. заболевания, то и заражение наступает легко—кто же из сельских жителей не пьет сырого молока?

В заключение считаю возможным сделать след. выводы:

1. Ундулирующая лихорадка, вызываемая возбудителем септического аборта у скота, имеет распространение и у нас в Союзе.

2. Заболевание это имеет свою характерную клиническую картину, почему в типичных случаях диагноз может быть поставлен клинически.

3. Указанные в литературе как характерные: анэозинофилия и моноцитоз не могут считаться патогномичными для ундулирующей лихорадки.

4. Прогноз не может считаться вполне благоприятным, особенно в отношении старых людей.

5. Необходимо эпидемиологическое изучение заболевания во всех случаях, т. к. наблюдавшаяся нами вспышка дает право предполагать иные, чем обычно считают, пути передачи инфекции.

Литература: 1) Колтовская. Врачебная газета, № 13—14, 1930.— 2) Кроль. Ibid.—3) Пивоваров. Врач. газета, № 2, 1931 г.—4) Будылин и Андреева. Врач. газета, № 7, 1929 г.—5) Беркези. По рефер. в „Клинич. мед.“, № 7, 1931 г.—6) Sjerslew. „F. undulans Bang“. По рефер. „Клинич. мед.“, № 5, 1929.—7) Kolle и Hetsch. „Экспер. бактерия и инф. болезни“, 1908 г.—8) Б. Мед. Энц. т. XI „Инфекционный выкидыш“ и т. XVI „Мальтийск. лихорадка.“

Из Детской клиники Ленинградского Ин-та для усов. врачей (Директор—проф П. С. Медовиков) при б-це им. Раухфуса (Главврач Л. С. Минкович)

К этиологии серозных плевритов у детей. ¹⁾

Ассистента П. С. Модератова.

Вопрос о природе серозных плевритов, как известно, имеет свою историю. Больше 50 лет тому назад рядом авторов (Landouzy, Kelsch, Vaillard и друг.) было высказано положение, в силу которого значение так называемых простудных плевритов бралось под сомнение. Увлечение туберкулезной этиологией, присущей, якобы, каждому серозному плевриту, с этого времени начало распространяться все шире и глубже. Оснований к тому, в связи с громадным распространением туберкулеза, казалось, было достаточно. Несмотря однако на это, единодушного признания туберкулезной этиологии за всеми серозными плевритами до сего времени не последовало. Проф. П. С. Медовиков в своей работе „Иноскопия плевритического выпота“ еще в 1903 году приводит ряд случаев, где в 50% не мог быть доказан туберкулезный возбудитель их. Тот же автор в работе за 1930 г. „Ревматические заболевания у детей“ говорит, что „ревматическая подкладка при серозных

¹⁾ Доложено в О-ве детских врачей в г. Ленинграде 28/V-31 г.