

и могут быть направлены на кумыс только в исключительных случаях и только при наличии достаточных резервных защитных сил.

5) *Phtisis ulcerofibrosa bilateralis* без активного вмешательства (и. п. или френикоэкзерез) противопоказана для кумысолечения.

6) Случаи *tbc fibrosa densa ulcerosa* показаны для кумысолечения.

7) *Pneumosclerosis tbc indur.* (как результат френикоэкзереза или и. п. и спонтанного разрешения инфильтрата) показаны для кумысолечения.

8) Со всей категоричностью должен быть поставлен вопрос перед соответствующими организациями о нерациональности посылки указанных больных на срок в 1 м-ц и о необходимости удлинения срока кумысолечения для показанных форм минимум до 2 месяцев.

Из инфекционной клиники Рязанского филиала МОКИ. (Заведующий филиалом МОКИ В. Я. Синегубкин, заведывающий инфекционной клиникой филиала В. К. Подобанский).

Случаи болезни Банга у человека.

В. К. Подобанский (г. Рязань).

Микроб, вызывающий эпидемический аборт у коров и других домашних животных (козы, овцы, свиньи), со времени открытия его Бангом и Стрибольтом в 1896 году, долгое время считался патогенным только для животных и непатогенным для человека; и только лишь после работ Кифера (1924 год) и Габби (1928 год) было, с несомненностью, установлено, что этот микроб является патогенным и для человека. Первому удалось получить из крови одного больного с неясным длительным лихорадочным заболеванием гемокультуру этого микроба, а второму удалось доказать патогенность его для человека на основании опытов с прививками. Болезнь, вызываемая инфекцией бациллами Банга, по своей клинической картине в типичных случаях весьма сходна с Мальтийской лихорадкой: волнообразное течение T^0 , чрезмерная потливость, слабость, увеличение селезенки, при общем удовлетворительном состоянии и хорошем аппетите, несмотря на высокую температуру. Но болезнь Банга отличается от Мальтийской лихорадки более легким течением. Возбудитель болезни Банга—*bac abortus* Bang'a и возбудитель Мальтийской лихорадки—*micrococcus melitensis*,—представляют собою, как это, в настоящее время установлено (работы американского бактериолога Ивенс и др.), два подвида или две разновидности одного и того же вида бактерий, объединенных под общим названием—*Brucella*:—*Brucella abortus* и *Brucella melitensis*. Комиссия при международном эпизоотическом бюро в Париже в заседании своем в мае 1931 года признала родство отдельных штаммов бактерий рода *Brucella*—патогенных как для животных, так, до известной степени, и для человека. После работ Кифера и Габби в иностранной литературе стали все чаще и чаще появляться сообщения и статьи, посвященные этой инфекции у человека, в особенности, в странах, где заболевание

эпидемическим абортom у животных—весьма распространено, как в Америке, Дании, Голландии, Швеции, Норвегии, Германии, Франции, Италии и других.

По статистическим данным в С.А.С.Ш. в 1928 году зарегистрировано 649 случаев этой инфекции у человека, а в 1929 году число попавших в статистику стало равным 1305; в Дании за 1927—1928 гг. отмечено более 500 случаев. За эти же годы в Германии—146, в Англии—34, в Голландии—23. В нашей советской медицинской литературе за последние годы тоже стали появляться сообщения о болезни Банга у человека, но сообщения эти пока малочисленны и относятся, большею частью, к немногим случаям этого заболевания. Сюда относятся случаи: Котловской (Вр. Газ., 1930 года № 13—14), Бору и Матвеева (Сов. вр. газ., 1932 года, № 10), Дамперова (Журнал эпидем. и бактер. 1932 г. № 3—4), Хнюнина (Казан. мед. журн., 1932 года, № 2—3), Резникова (Кл. мед. 1932, № 9—10), Даршкевича (там же) и Конь (там же). При чем Хнюнин сообщает уже о 16 случаях болезни Банга у человека, а Даршкевич о 66 случаях, прошедших через больницу в Оренбурге.

В советских руководствах по инфекционным болезням, мы впервые встречаем описание этой болезни в частной патологии и терапии внутренних болезней под редакцией Г. Ф. Ланга и Д. Д. Плетнева (т. 1, ч. I (инфекционные болезни), издание 1931 года¹⁾).

Скудная литература по данному вопросу, как в нашем Союзе, так и в некоторых государствах Европы, не может быть объяснена крайней редкостью этого заболевания у человека, раз в этих странах имеет место заражение животных, в особенности коров, эпидемическим абортom. Хотя статистические данные о распространенности эпидемического аборта у животных в нашем Союзе еще не вполне обработаны и поэтому не опубликованы, но по данным ветеринарной литературы у нас тоже в некоторых животноводческих хозяйствах заболеваемость эпидемическим абортom имеет место в большей или меньшей степени.

Заражение человека, как установлено, происходит через кишечник при употреблении сырого молока abortирующих коров и продуктов его (творог, масло, сливки), а также и контактным путем, вследствие проникновения микробов в организм через поврежденную кожу (ссадины). Микробы инфекционного аборта локализуются в огромном количестве у больных животных в плаценте, матке, околоплодной жидкости, в плоде, в выделениях из матки и влагалища, в молоке, моче и кале. Поэтому все, пьющие сырое молоко от abortирующих коров, и весь ухаживающий персонал, находящийся в тесном контакте с abortирующими животными (доильницы, ветработники и др.), а также работники лабораторий, имеющие дело с живыми культурами б. Банга, без сомнения, подвергаются опасности заражения этой инфекцией.

Исследование продажного молока в Копенгагене показало, что 30% этого молока содержали б. инфекционного аборта. Проф. Мартин Климммер из Лейпцигского университета сообщает, что бациллоноше-

¹⁾ Подробная статья о Мальтийской лихорадке написана проф. Юраовичем в курсе инфекц. забол. Златогорова и Плетнева, т. 1, стр. 306.

См. также статью Несговорова—Каз. мед. ж. 1933. № 4. *Ред.*

ние у коров может длиться до 7-ми лет и часто бывает тогда, когда корова начала уже рожать нормально (Сов. ветер., 1932 г., 11—12).

Таким образом, возможность заражения человека инфекцией б. Банга чрезвычайно велика в местностях, где имеется распространение эпидемического аборта у животных, и поэтому, казалось бы, что болезнь Банга в этих местностях должна встречаться очень часто среди населения. Однако, наблюдения последнего времени показали, что проникновения бактерии Банга в организм человека недостаточно для заболевания, и далеко не всякий человек заболевает болезнью Банга, будучи инфицирован бактериями этой болезни. Для появления заболевания требуются, повидимому, особые, предрасполагающие к заболеванию, условия.

Форест, Худнерон и Иохсон сообщают, что у 28 ветработников, давших положительную серо-агглютинацию с б. Банга, только у троих в анамнезе была волнообразная лихорадка, остальные 25 чувствовали себя совершенно здоровыми. Шпенглер приводит пример, когда у 10 доильниц была положительная реакция агглютинации с б. Банга, болела же только одна. Таким образом, большинство людей инфицированных б. Банга являются лишь здоровыми бациллоносителями, нося в себе латентную инфекцию, которая, при некоторых условиях, может дать клиническую картину болезни Банга. Какие, именно, нужны моменты, чтобы б. Банга в человеческом организме стали активными и вызвали заболевание, вопрос остается открытым. Мы хотим сказать, что патогенность б. Банга для человека установлена с несомненностью, но для проявления заболевания требуется особая восприимчивость, особое предрасположение организма; повидимому, нужны моменты, ослабляющие иммунно-биологическую стойкость организма (Резников, Конь).

Кроме того, недостаточное знакомство врачей с клиникой и течением болезни и с методами диагностики этой болезни с одной стороны, а с другой—большое сходство этой инфекции по клинической картине с другими заболеваниями, дают повод смешивать ее с другими болезнями и, если не иметь в виду в том или другом случае неясного заболевания возможности Банговской инфекции, то легко можно впасть в диагностическую ошибку. Волнообразный характер лихорадки, обильные поты, увеличение селезенки, слабость и некоторые другие весьма разнообразные симптомы этой болезни, чаще всего приводят к ошибочному диагнозу малярии, хронического сепсиса, эндокардита, туберкулеза, Мальтийской лихорадки и нередко брюшного тифа и паратифа. Существование же легких и латентных форм этой болезни, без клинических симптомов или лишь с периодически появляющейся субфебрильной температурой, еще более затрудняет правильную диагностику.

Решающее значение в диагностическом отношении в этих случаях в практической работе врача имеет серо-агглютинация с б. Банга, которая при титре 1:80—100 считается доказательной, если, при этом, имеется наличие главных клинических симптомов болезни. Применение этого метода диагностики для распознавания неясных лихорадочных заболеваний и субфебрилитетов, несомненно, приведет к выявлению целого ряда случаев болезни Банга.

Кроме реакции серо-агглютинации, показательным для диагноза являются получение гемокультуры, реакция отклонения комплемента и интрадермальная проба, предложенная Бурнэ и заключающаяся в введе-

нии под кожу соленой взвеси убитых жаром микробов, причем на месте укола через 24—48 часов, при положительной реакции, получаются краснота и инфильтрат. Многие авторы отмечают, что посев крови часто дает отрицательный результат, несмотря на наличие ясной клинической картины болезни и положительной реакции серо-агглютинации, а поэтому считают, что в практическом отношении для постановки диагноза посев крови не играет решающей роли. Большое вспомогательное значение в диагностике имеет еще анализ белой крови, который, по большинству авторов, дает: стойкую лейкопению, лимфоцитоз, нейтропению, аэозинофилию и моноцитоз.

Весьма малое количество описанных в советской медицинской литературе случаев болезни Банга с одной стороны, а с другой—разнообразие клинических симптомов этой болезни и разногласия в этом отношении у авторов, как, например, вопрос об эозинофилии в крови, вопрос о состоянии селезенки, вопрос о течении и исходах болезни и др., делают необходимым пока накапливать в литературе материал и сообщать в печати даже единичные случаи этой болезни.

Приводим историю болезни нашего случая.

29/VI 1932 года поступил в инфекционную клинику рязанского филиала МОКН больной ветврач И. Г. М. с целью установления диагноза по поводу продолжительного, периодически повторяющегося лихорадочного состояния.

Жалобы: в течение года почти ежемесячно лихорадит от 4-х до 12-ти дней, T° держится в это время в пределах 37—39°, а затем приходит к норме до следующего лихорадочного периода, который наступал приблизительно через 3—4 недели; во время подъема T° у больного небольшие ознобы, чрезмерное потение по ночам, головная боль, иногда незначительная боль в суставах. Обращался за медицинской помощью в диспансер, где ставился диагноз: „лихорадочное состояние“, грипп, малярия и назначалось соответствующее лечение. Плазмодии в крови ни разу не находили и хинин не оказывал должного эффекта. Последний подъем T° начался 23/VI, имеет ремитирующий характер, сопровождается познабливанием и чрезмерным потоотделением по ночам, болью в различных частях тела переходящего характера, слабостью и сонливостью при общем удовлетворительном состоянии и хорошем аппетите. T° при поступлении 38°.

Больной происходит из здоровой семьи. Родился в г. Саратове. По профессии ветеринарный врач. В раннем детстве перенес натуральную оспу, в 1922 году — сыпной тиф, в 1925 году и в 1927 г. — лихорадочное заболевание, которое диагностировалось как малярия и мышечный ревматизм. Люэс отрицает. С 1926 года оказывал периодически акушерскую помощь коровам, болеющим эпидемическим абортom. Пил иногда сырое молоко. С 1929 года работает в лаборатории с культурами б. Банга.

Status praesens. Рост средний, телосложение астеническое, питание пониженное, кожа и слизистые нормальной окраски, сыпи нет, на лице мелкие рубцы от бывшей оспы. Сердце: в пределах нормы, у верхушки систолический шумок, тоны глуховатые. Пульс удовлетворительного наполнения, легко-возбудимый: 64 при лежании, 94 при стоянии, 112 после легких движений. Легкие — без отклонения от нормы. Живот умеренно вздут, безболезнен при ощупывании. Селезенка прощупывается, выходя из-под реберного края на 3 п., край ее плотный, безболезненный. Печень прощупывается, выходя из-под реберного края по сосковой линии на 2 п., край ее слегка болезнен при надавливании. Язык обложенный, стул задержан. Мочеотделение нормальное. Сухожильные рефлексы повышены. Красный дермографизм резко выражен. Со стороны черепно-мозговых нервов отклонений от нормы нет.

Рентгеноскопия легких изменений в них не обнаружила.

Исследование мочи — ничего патологического не дало. Повторное исследование крови на малярию дало отрицательный результат.

Белая кровь. — Общее количество лейкоцитов — 4600, эозинофилов — 4, палочков. — 15, сегм. — 38, лимфоцитов — 41, моноцитов — 2.

Красная кровь—слабо-выраженный пойкилоцитоз и анизоцитоз. Реакция сероагглютинации с б. Банга дала положительный результат в разведении 1—200 (Ряз. вет. лаб.). Реакция Видалья с парат. В в разведении 1:200 дала положительный результат (Ряз. сан. бак. лаб.) Реакция Вейль-Феликса—отрицательный результат (Ряз. сан. бак. лаб.).

Повторное исследование испражнений на присутствие микробов тифо-паратифозной группы дало отрицательный результат (Ряз. сан. бак. лаб.).

Наличие главных и характерных симптомов болезни Банга: волнообразное течение, T^o в течение года, чрезмерные поты, большая селезенка при общем удовлетворительном состоянии и хорошем аппетите, лейкопения, специфический анамнез, [контакт с abortирующими коровами, продолжительная лабораторная работа с живыми культурами инфекционного abortа животных] плюс положительная реакция сероагглютинации с б. Банга—ставят диагноз болезни Банга в данном случае вне сомнения. Положительная реакция Видалья с паратиф. В—должна в данном случае рассматриваться не иначе, как анамнестическая реакция, тем более, как выяснилось из анамнеза, у нашего больного в период апирексии в мае н. г. была проделана р. Видалья, которая дала с паратиф. В в разведении 1:000 тоже положительный результат.

Терапия при болезни Банга еще не разработана. Предложено много медикаментозных средств, но успеха от них никто еще не видел. На первом месте—ставится вакцино-терапия—при помощи аутовакцины, отдых и усиленное питание.

Мы давали нашему больному уротропин в обычных дозах, в периоде подъема T^o —лежание при полном достаточном питании. T^o снизилась к 2/VII до нормы и больной—10/VII выписан из клиники в удовлетворительном состоянии с предложением полного отдыха в течение месяца и усиленного питания.

Мы имели возможность видеть больного 2 раза после выписки из клиники: первый раз через 2 месяца и второй раз через 4 месяца. Больной в удовлетворительном состоянии и рецидивов за это время не наблюдалось.

Не делая никаких выводов на основании нашего единичного случая б. Банга мы лишь присоединяем его к накапливающемуся по данному вопросу материалу, собирать который необходимо, чтобы приблизиться к более точному и более правильному выяснению клинической картины этой болезни, течения, диагностики и исходов ее, но в то же время позволяем себе сделать следующие практические предложения:

1) — При всякой неясной лохорадочной инфекции или при всякой длительной субфебрильной T^o с волнообразным течением неясного происхождения не надо забывать возможности наличия инфекции Банга, в особенности в районах, где имеется заболевание животных эпидемическим abortом.

2) — Все сыворотки, посылаемые в лаборатории для исследования на р. Видалья, необходимо исследовать и на инфекцию Банга.

2) — Для более легкой ориентировки в вопросе о возможности наличия б. Банга врачам, ведущим практическую работу в амбулаториях и больницах, необходимо знать районы, с поражением скота эпидемическим abortом.

Литература: 1. Барю и Матвеева. Бруцел. гемор. дерматит при бруцел. инфекции. Сов. Врач. газета 1932, № 10. — 2. Дарлимон-Чампин. Передача ундул. лихорадки через молоко. Кл. мед. 1932, № 5-6, реф. Вг. med. j. № 3691, 1931 г. — 3. Дамперов. О болезни Банга в Даурии. Жур. эпид. и бакт. 1932, № 3-4. — 4. Даркшевич. Случай болезни Банга. Кл. мед. 1932, № 9—10. — 5. Джилберт и Деси. Лабор. практ. 1932 г., № 5. — 6. Колтовская. К вопросу об инфекц. в. abortus Bang'a у человека. Вр. газ. 1930, № 13-14. — 7. Кроль. Выделение b. abortus Bang'a у человека. Вр. газ., 1931 г., № 13-14. — 8. Конь. Инфекция Бангов-

5ой бактерией у человека. Кл. мед., 1932 г., № 9-10.—9. М. Климер. Банговский аборт и гигиена молока. Сов. ветерин. 1932 г., № 11-12, реф. Berlin-Tier. Woch. 1932 г., № 6.—10. Г. Ф. Ланг и Д. Д. Плетнев. Частая патология и терапия внутр. болезней. Т. I, ч. 1 (инфекционные болезни), изд. 1931 г.—11. Поппе. Этиология, патогенез и эксперимент. диагностика инфекции, вызываемой б. Банга. Кл. мед., 1931 г., № 9-10, реф. Kl. W., 1930 г.—12. Резников. О вирулентности б. Банга для человека. Кл. мед. 1932 г., № 9-10.—13. Хьюинн. К клинике ундулр. лихорадки, Казан. мед. журн. 1932 г., № 2-3.—14. Инфекционный аборт. (Выводы международного эпизоотического бюро в Париже). Ветер. спец. 1931 г., № 15-16. Реф. Dt. W., 1931 г. № 22.

Лечение острого ревматизма внутривенными вливаниями дистиллированной воды.

В. В. Низяев (Сталинград н/В).

Возбудитель острого ревматизма не найден. Своеобразная реакция макроорганизма с аллергическими уклонами, отмечающаяся в течении процесса, дает основание предположить, что, и при нахождении возбудителя, не меньшее внимание будет привлекать макроорганизм. Поэтому, попытки применения средств, усиливающих защитные силы его, имеют свой *raison d'être*, хотя действие их (средств) и было бы гипотетично.

В своих исканиях в последнее время мы остановились на дистиллированной воде. Впервые применил ее внутривенно в 1903 г. доктор Хэм (Балтимора) при септикопиемии. Из 10 очень тяжелых, совершенно безнадежных случаев, один только окончился летально. В 1905 г. метод Хэма был проверен проф. Губаревым: из 40 случаев 31 окончился выздоровлением. С 1911 г. проф. В. Я. Илькевичем проделано было 138 вливаний, давших в 83 случаях, блестящие результаты. Экспериментально на кроликах им было показано, что 8,0 дистиллированной воды на кило веса испытывается без всякого риска.

Так как острый ревматизм в своем течении напоминает септическое заболевание, а многими (Rosenow и др.) и признается таковым, то мы и решили в лечении его применить внутривенные вливания дистиллированной воды.

19/XI 30 г. мы впервые сделали вливание д. в. больной с острым ревматизмом К. Н., 26 л., домохозяйке. Квартирные условия больной удовлетворительны; с холодной водой соприкасается в домашних работах (стирка, мойка полов). Поступила в больницу 18/XI 30 г. С неделю ломота во всех суставах верхних и нижних конечностей, припухлость их, резкая болезненность. В 1929 г. и летом этого года „ломили суставы“. Б-ная правильного сложения и удовлетворительного питания. Первый тон сердца нечастый, на аорте ослаблен; границы сердца в норме. Суставы плечевые, лучезапястные, коленные и голеностопные—припухшие, резко болезненные, ограниченно подвижны. Температура дома до 39,5° (сведения от районного врача); 18/XI—вечером 39,0°; 19/XI—утром 38,8°. Около двух часов дня влило 150,0 дистиллированной воды. Через полчаса потрясающий озноб, через шесть часов температура достигла 40,6°, ночью сильный пот. Спала хорошо впервые за все дни болезни. 20/XI—припухлость суставов едва заметна. Болезненность их исчезла; появилась подвижность. Тоны сердца резко глухие. 21/XI—ночью был пот. Болезненность мышц левого плеча. Систолический шум на верхушке. Накануне вечером T° до 38,7°. 21/XI в 1 ч. дня второе вливание