

И з п р а к т и к и.

Из Ижевской республиканской клинической больницы.

Случай номы.

А. Ф. Рогова.

Нома, водяной рак, описан впервые в 1816 году (Барон). Это тяжелое страдание поражает большей частью детей в возрасте от 2 до 4 лет. Случаи заболевания в старшем возрасте редки. Этиология заболевания неизвестна. Черняховский считает ному марантическим некрозом, а Красин—анемическим некрозом. Оппель говорит, что нома представляет собою травматическое повреждение слизистой с присоединением инфекционных тромбов сосудов. Лексер утверждает, что нома начинается на почве воспалительных изменений в слизистой оболочке полости рта. Шмидт не находит основания для выделения номы в самостоятельную форму заболевания и считает ее простой гангреной полости рта. В качестве возбудителей болезни называют дифтерийные палочки, палочки Винсента, стрептотрикс, лептотрикс, кладотрикс и симбиоз спирохет с веретенообразной палочкой.

Фузиспирохетный симбиоз считается большинством авторов наиболее вероятным возбудителем болезни. Нома возникает всегда после истощающих инфекционных заболеваний: кори, тифа, дизентерии и, будучи заразительной, вызывает иногда в больницах вспышки эпидемии. Эпидемии номы наблюдались в Румынии у голодающих детей (1918—1919 гг.). Предрасполагающим моментом во многих случаях педиатры считают применение методов лечения основного заболевания, ослабляющих организм, и предостерегают от применения каломеля.

Нома появляется чаще на щеках, реже на деснах, губах. Описаны случаи номы в области заднего прохода и половых органов. Наблюдалось заболевание в наружном и среднем ухе. На слизистой щеки появляется пузырек, который быстро лопается и покрывается струпом. Образуется язвочка, которая быстро распространяется в глубину и стороны, разрушая на пути все ткани. Воспалительная реакция на границе между здоровой тканью отсутствует. В течение 2—4 дней разрушается щека, омертвевает кость. Болезнь сопровождается анорексией, рвотой, зловонным поносом. Смерть наступает через 8—15 дней от пневмонии, гангрены легких. Лезер говорит, что больные умирают от явлений общей инфекции. По Лексеру смерть наступает в 75% от паралича сердца и общего истощения. Смертность колеблется по данным различных авторов от 75 до 95,5%. По старой статистике 1836 г. смертность составляла 100% (Кюфна).

Для лечения номы предложено много способов, но ни один не дает верных результатов, а потому ни один не является общепризнанным.

15/VII 1931 года в амбулаторию Калининского врачебного участка был доставлен ребенок 1½ л. с разрушенной верхней левой губой, разрушенным левым крылом носа, гангренозным процессом на левой верхней десне и проникающей язвой в полость рта. Ребенок находился в периоде выздоровления от кори. По словам фельдшера, проводившего амбулаторный прием, анамнез заболевания таков: 12/VII мать принесла в амбулаторию ребенка, у которого на слизистой верхней губы слева была маленькая язвочка. Фельдшер предположил болезнь содоку. Язвочка была смазана крепким раствором марганцовокислого калия. На второй день язвочка резко увеличилась. Повторно фельдшер прижигает язву. На третий день у ребенка образовалась зияющая рана, проникающая через челюсть в полость рта. Опять прижигания тем же раствором. На четвертый день от начала заболевания ребенок был осмотрен мною и ассистентом детской клиники Астраханского мединститута Державец. Ребенок истощен, пищи не принимает, грудь не сосет, зловонный запах изо рта. Открытие рта ограничено. Проникающая язва в полость рта. Кость челюсти разрушена, темного цвета. Левое крыло носа разрушено. Диагностика номы не вызвала сомнений.

Гангренозные ткани были удалены пинцетом. Ребенку введено внутривенно 0,05 г новосальварсана и рана смазана 10% раствором новосальварсана в глицерине. Ребенок жил в кибитке в 3 километрах от амбулатории. Для врачебного наблюдения за ребенком мать перенесла кибитку к амбулатории. На второй день, после введения новосальварсана, резких изменений в области раны не видно, но прогрессирование процесса как будто остановилось. Повторно внутривенно новосальварсан 0,075 г и местно смазывание вышеуказанным раствором.

На третий день рана гранулирует. Ребенок сосет грудь, принимает пищу. Опять внутривенно 0,075 г. и местно новосальварсан. Рана быстро рубцуется, и на десятый день на месте раны остался рубец, который не деформировал даже лица у ребенка.

В описании второго случая номы у ребенка двух лет надобности нет. Ребенок также заболел номой после перенесенной кори. Разрушительный процесс протекал так же быстро, как в первом случае. Локализация на левой стороне щеки. В первом случае температура была субфебрильной; во втором она держалась на умеренных цифрах. Лечение новосальварсаном внутривенно и местно. Полное выздоровление.

Эффективное действие новосальварсана наводит на мысль о том, что возбудителем номы является фузиспирохетный симбиоз, который обитает в качестве сапрофитов в полости рта. По мере истощения организма и загрязнения полости рта из-за плохого ухода эти сапрофиты приобретают повышенную вирулентность и проявляют свое разрушающее действие на организм.

Отсутствие лечебного эффекта от новосальварсана по наблюдениям некоторых авторов можно объяснить анергическим состоянием организма, истощением его иммуно-биологических сил. В таких случаях разрушения в организме так огромны, что ни какие методы лечения не в состоянии спасти больного.

Литература: 1. Голяницкий, К вопросу о патологии и оперативном лечении номы. Врач. дело, № 24—26, 1922.—2. Он же, Результаты лечения номы по нашему способу. Труды XV съезда хирургов, 1923.—3. Калининко, К вопросу о терапии номы. Сов. вр. журнал, № 10, 1934.—4. Карташев, Номы в связи с

голоданием. Перм. мед. журнал, № 3--5, 1923.—5. Пономарев, Лечение номы блокадой. Нервная трофика в теории и практике медицины. Сб. II, 1936.—6. Раскина, К вопросу о лечении номы по литературным данным и по данным б/Ольгинской больницы за 35 лет. Клин. медиц., т. IV, № 12, 1926.—7. Тизенгаузен, Эпидемия номы лица и половых органов в Одессе 1922—1923 гг. по данным прозекутуры I Сов. нар. б-цы. Сборн. Одесск. окр. б-цы, 1927.—8. Федорович, К этиологии и лечению номы.

Поступила 7/VI 1937.

Из Астраханской поликлиники Р.-У. ж. д. (консультант проф. Ф. М. Топорков).

Hernia diaphragmatica.

И. М. Кузнецов.

Описания случаев диафрагмальной грыжи, как равно и других заболеваний диафрагмы, встречаются в литературе сравнительно редко. Поэтому мы хотим поделиться нашим наблюдением, которое лишний раз указывает, что при дифференциальной диагностике болезней органов грудной и брюшной полости необходимо помнить о таких редких заболеваниях, как грыжа диафрагмы.

В поликлинику РУжд обратился б-ной К-ров, 46 лет, с жалобами на частые боли в левой половине груди, особенно после приемов пищи, на одышку, кашель. Больным себя считает с 1932 г., когда у него констатировали туберкулез легких и левосторонний эксудативный плеврит (рентгеноскопия 3/III 1932г.); с того момента в течение нескольких лет больной лечился. До последнего времени у него предполагался эксудативный плеврит, и в одной из больниц делали пункцию плевры. Периодические боли в левой половине грудной клетки, особенно после еды, одышка, кашель продолжались, по поводу чего больной и обратился к нам в июне 1936 года. В детстве перенес корь, в 1904 г. возвратный тиф, в 1923 г. болел малярией, в 1934 г. перенес крупозное воспаление легкого. Венерические болезни отрицает. Работал все время грузчиком, с 1932 г. перешел на более легкую работу десятника. Родители б-го были людьми здоровыми и умерли в глубокой старости.

St. praesens. Больной выше среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледноваты. Прощупываются подчелюстные, шейные и паховые железы. Язык влажный, грудная клетка правильной формы, надчревный угол меньше прямого.

Легкие: на обеих верхушках над и под ключицами спереди и над лопатками сзади укорочение перкуторного звука. В левом легком по I. scapul. с нижн. трети лопатки и по I. axill. med. с 5-го ребра звук меняется, то тупой, то тимпанит. При выслушивании на обеих верхушках жесткое дыхание, в области лев. подключичной области и над лопаткой единичные, крепитирующие хрипы. В левом легком на месте тупости дыхательный шум не выслушивается; временами слышится кишечное урчание; голосовое дрожание не проводится.

Сердце: относит. тупость—левая гр. на $\frac{1}{2}$ см кнутри от I. mamill. sin., правая на 2 см правее I. sternal. dextr., верхняя на 3-м ребре. Тоны сердца глухие, чистые, сердечный толчок в 4-м межреберье. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения.

При наличии подобных изменений со стороны левого легкого в первый момент возникло предположение об эксудативном плеврите, об опухоли в легком, о левостороннем пневмотораксе. Однако при подробном анализе, анамнестические данные и данные, полученные при перкуссии и аускультации левого легкого, не подтверждали наличия эксудата в левой плевре, а также опухоли