

Из Госпитальной Хирургической Клиники Казанского Университета.
(Директор—проф. А. В. Вишневский).

О местных фузоспирохэтозах и их лечении.

(Сообщена в Обществе Врачей при Казанском Университете
1 марта 1922 года).

С. А. Флерова.

По рождении ребенка, в течение 6, приблизительно, часов рот и кишечник его свободны от микробов. Со 2-го—4-го дня в кишечнике начинают преобладать анаэробы, тогда как во рту, в силу большей аэрации последнего, вплоть до времени прорезывания зубов анаэробы, по Браиловской-Лункевич, встречаются редко, а по Zil'z'u—даже постоянно отсутствуют. Резко меняется эта картина с появлением зубов: промежутки между ними и складки десен, как места застоя пищевых частиц, дают надежное убежище для анаэробных микроорганизмов, и во рту ребенка появляются спирохэты и веретенообразные палочки. Что касается взрослых людей, то флора рта у них разнится в зависимости, главным образом, от ухода за ртом и зубами и прилегания десны к шейке зубов. По Браиловской-Лункевич, в хорошо содержимом рту слюна нейтральна или слабо-щелочна, и в ротовой флоре преобладают аэробы или факультативные анаэробы; напротив, при дурном уходе за ртом слюна в последнем бывает резко-щелочной реакции, а флора,—преимущественно анаэробная. Особенно язык с его ворсинчатостью, миндалины с их криптами, а главным образом шейки зубов—являются обычными местами нахождения анаэробов; так, напр., на деснах, вблизи зубов, даже у лиц с совершенно здоровыми зубами найдены были, среди других микробов, в одних случаях лептотрикс, в других—спирохэты, а в третьих—*b. fusiformis* (последний микроб в 14% всех случаев). По наблюдениям Vincent'a, Beitzke и Schmidt'a, впрочем, в здоровых ртах спирохэты и веретенообразные палочки встречаются редко и в небольшом количестве.

Из всех микробов ротовой полости нас, однако, более всего в данное время интересуют именно спирохэты и веретенообразные

палочки, как образующие вместе Plaut-Vincent'овский симбиоз, ведущий к целому ряду перепончато-язвенных процессов. Серый, трудно сдвигающийся налет, резко очерченные, зубчатые края язв, хрящевато-плотной консистенции дно и гнилостный запах, — газовы признаки наиболее характерны для этого рода язв. Последние иногда, — по данным лаборатории Bierotte в 9⁰/₁₀ случаев, — смешиваются врачами с язвами дифтерии, но сравнительно хорошее общее состояние больных при этих язвах предохраняет от ошибки.

Реакция Wassermann'a при этих местных фузоспирохетозах обычно отрицательна (Finder, Plaut, Brüggemann, Hirsch). Спирохеты Gram-положительны, по одним авторам (Gerber) подвижны, а по другим (Mühlens) — подвижностью не обладают. Веретенообразные палочки Gram-отрицательны (Levinstein), неподвижны.

Судя по новейшей немецкой литературе, патогенность Vincent'овского симбиоза в целом ряде заболеваний более не подлежит сомнению. При этом для диагноза ставится условием, чтобы в полученном с язвы мазке спирохеты и веретенообразные палочки находились в настолько значительном количестве, чтобы получалось впечатление как-бы от чистой культуры.

Повидимому, спирохеты являются наиболее активным элементом симбиоза, — они глубже забираются в ткань, чем веретенообразные палочки.

Позволим себе привести здесь ряд местных болезненных процессов, при которых в настоящее время Vincent'овскому симбиозу отводится большая или меньшая роль. Это будут, в первую очередь, angina Plaut-Vincenti, stomatitis ulcero-membranacea и госпитальная гангрена (Plaut, Vincent, Rolleston, Кисель, Brüggemann и др.). Затем следуют: ртутный язвенный стоматит, скорбутические язвы во рту (Gerber), альвеолярная пиоррея и пульпиты (Ungermann, Breus и Unna, Miller, Baumgarten), нома (Zuber et Pétit, Hellessen, Kümmel, Beitzke, Корш, Gerber, Bernheim и Rospischill, Orth, Ellermann), случаи геморрагического стоматита, Vincent'овского ларингита (Reiche, Arrowsmith и Monre) и ринита (Henpenberg). Далее, Plaut-Vincent'овский симбиоз находили при фрамбезии, язвенных процессах половых органов, кровавом поносе (Luger), язвах желудка и кишечника (Agnheim, Mühlens), гангренозном энтерите, который в случаях Aschoff'a и Koch'a представлял

Ж. 195

как-бы род номы кишечника, бронхоэктазиях (Reiche) и других воспалительно-гнойных процессах в легких и печени.

Одних спирохет, без веретенообразных палочек, обнаруживали в распаде новообразований пищеварительного тракта, печени и поджелудочной железы (Agnheim), кровавом поносе (Langendorfer), остром спирохетозном бронхите (Castellani), гангрене легких, в перикардальном гное (Soper), при травматическом нефрите, ulcus molle serpiginosum (Wiese), спирохетозных артритов (Reiter), гнойном периостите и остеомиелите челюстей (Vespremi, Baumgarten, Zilz). Проф. Якимов, на 600 исследованных испражнений, обнаружил спирохеты всего в 3 случаях; между тем, по его литературным сводкам, их находили при cholera nostras, летних детских поносах (Mühlens), язвенном колите—совместно с bac. fusiformis (он же), в червеобразном отростке (Brumpt) и при спирохетозной дизентерии (Le Dante, Luger).

Все сказанное служит как-бы предисловием для уяснения принципов современного лечения местных фузоспирохетозов, где главное место занимает сальварсан.

Ehrlich был первый, который применил свой препарат внутривенно при angina Plaut-Vincenti. Ему последовал целый ряд авторов, причем Rumpel и Gerber получили от сальварсана успех при angina Vincenti и скорбуте, Plaut—при язвенном стоматите, Zilz—при тяжелом остеомиелите нижней челюсти, Hirsch—при ртутиальном стоматите, stomatitis aphthosa и альвеолярной пиоррее, Langendorfer—при кровавом поносе. Имеются также сообщения о блестящем успехе при framboesia (Zilz) и др. болезнях. Nicoll'ю, с помощью внутривенного вливания сальварсана, удалось излечить один случай номы, а Mühlens говорит уже о многих случаях излечения номы несальварсаном в Иерусалиме.

Несмотря, однако, на ряд блестящих результатов от внутривенного введения, при местных фузоспирохетозах, сальварсановых препаратов, последнее не могло удовлетворить всех авторов и во всех случаях. В случаях тяжелых оно было рискованно, в случаях же легких сальварсан представлял из себя, по выражению Levinstein'a, тяжелое орудие, стреляющее по воробьям. Необходимо, кроме того, учитывать опасность внутривенного применения сальварсана: по официальным данным германского правительства, смертность от него равняется 5:1000 (Кричевский). С другой стороны Neufeld и Voëscker, в 1914 году, сообщили, что сальварсановые препараты убивают куриную спирохету не только

in vivo, но и in vitro. Schreiber, в том же году, сообщил о непосредственном действии сальварсана на спирохеты. Относительно сифилитических спирохет установлено, что под действием сальварсана они сначала теряют свою подвижность, а потом принимают необычные, инволюционные формы. Такому же уничтожению, как спирохеты, подвергается, под влиянием сальварсана, и *bac. fusiformis* (Zilz). Обращало на себя внимание и то, что иногда внутривенно сальварсан не действовал на местные процессы, в силу-ли того, что он был сильно разведен в крови, или же потому, что ему трудно было проникнуть в некоторые места, напр., в толщу номатовного распада, в зубной налет, или челюстной секвестр.

Все это побудило к тому, что сальварсановые препараты при местных фузоспирохетозах начали применять местно, и первыми пионерами в этом смысле были Zilz и Acharé. Последний испробовал местно neosalvarsan с полным успехом в очень тяжелом случае Plaut-Vincent'овской ангины с разрушением язычка, где все местные общепринятые средства остались безрезультатными. Упомянем также о блестящих результатах, полученных Finder'ом, Voss'ом, Surdelem, Zilz'ем, Hirsch'ем и мн. другими. Последний автор, применяя с успехом местную сальварсанотерапию, поступал, между прочим, так по совету самого Ehrlich'a.

Кроме Vincent'овской ангины, местная сальварсанотерапия имела успех также при язве ротовой полости, язвенном и дугловом гингивите, при альвеолярной пиоррее и гангренозных пульпитах, а Netter сообщил о нескольких случаях номы успешно поддававшихся применению местной сальварсанотерапии.

В тех случаях перечисленных болезней, где местное применение сальварсана почему-либо терпело неудачу, некоторые авторы с успехом переходили к сальварсанотерапии внутренней, т. е. чаще всего, внутривенной.

Применяя местно сальварсан, как химическую дезинфекцию, авторы вместе с тем отводили должное место и дезинфекции механической. Так, по Brügeman'у, часто один уход за ртом и зубами вели, если не к излечению, то, по крайней мере, к улучшению местных язвенных процессов.

Из старых методов лечения последних наибольшим распространением до сих пор пользуются полоскания 2% раствором калийной перманганата (Hörschelmann) и перекисью водорода, все же остальные средства, напр. иод, ляпис, хромовая кислота, метиленовая синька, согласно личного опыта Hirsch'a, оказались недействительными. Levinstein, в 1916 г., предложил при angina Vincenti калийную перманганатную терапию.

ticum, в виде 1 $\frac{1}{2}$ % раствора, внутрь, вместе с *syrupus altheae*, через час по стол. ложке; при полосканиях, по его мнению, неизвестно, сколько проглатывается этого совсем безразличного средства, тогда как при даче внутрь оно точно дозируется и, кроме того, выделяется слюной, действует непрерывно. Reiche (1914 г.) рекомендовал, кроме сальварсана, смазывания водом, крепкими растворами хинзола, проктанином и сублимат-глицерином, а также полоскания пер кисью водорода. Klose, основываясь на опыте Lobmauer'a (1918 г.), рекомендует при скорбутических язвах десен втирать иодоформ и закладывать иодоформенные полоски, лишь при прогрессировании язв вводя в вену *neosalvarsan*.

Из новейших средств, предложенных для лечения фузоспирохэтов, упомянем об эйкупине и о применении уротропина. Последний применялся (Brüggemann, Michaelis, Sacha) интравенно в 40% растворе, причем начинали с 4—6 куб. см и постепенно повышали до 10, с 2-дневными промежутками. Castellani при остром спирохэтовом бронхите с успехом применял эметин в комбинации с бальзамическими веществами. Schmidt, исходя из положения, что у сифилитиков, под влиянием йода, ртути и сальварсана, выделяется меньше слюнного родана, в силу чего теряется физиологическая защита ротовой полости, давал с успехом, с целью предупреждения, белковый препарат родана—*rodalacid*.

Несмотря на блестящие результаты общей и местной лекарственной терапии при спирохэтозах, в этой области все же до сих пор остается темное пятно в виде номы,—при последней, хотя отдельные авторы вроде Netter'a и получали хорошие результаты от сальварсанотерапии, в большинстве случаев, однако, лекарственного лечения оказывается недостаточно, и приходится предварительно прибегать к хирургическому вмешательству. Вмешательство это при номе должно быть очень энергичным. Так, Springer, в 1920 г., в одном случае номы, кроме экзисии пораженной части щеки, применил и резекцию соответствующего альвеолярного отростка верхней челюсти.

Обращаясь затем к техническим деталям местного применения сальварсанотерапии при фузоспирохэтозах, заметим прежде всего, что, хотя для этой цели некоторыми исследователями и применялись водные, притом иногда довольно слабые растворы сальварсана (напр., 0,6:300 по Teuschel'у), тем не менее большинство употребляет 5—10% растворы в глицерине. Zilz рекомендует парафиновые суспензии, особенно годные для многодневного употребления, а Aschard, FINDER и др. отдают предпочтение

чистому порошку neosalvarsan'a, который наносится посредством вдвигания, или, еще лучше, посредством смоченного водой, или глицерином, ватного тампона. В r i g g e s h a n и смачивал вату в растворе neosalvarsan'a и клал ее на язву минут на десять. Таким образом достигалось действие более длительное; а для того, чтобы оно было более глубоким, большинство авторов советуют не ограничиваться простым смазыванием средством, но втирать раствор, или порошок его, в язву в течение некоторого времени, Z e m a n и же в 1919 г., в случаях особенно упорной angina Vincenti, применял поверхностную инфильтрацию язвенного дна neosalvarsan'ом.

Познакомив читателей с тем, как стоит данный вопрос в современной литературе, перейдем теперь к краткому сообщению случаев, наблюдавшихся в Госпитальной Хирургической Клинике проф. А. В. Вишневского за истекший 1921¹/₂ учебный год.

Кроме случаев, уже сообщенных мною Обществу в ноябре 1921 года *), всего мы наблюдали 9 чел. с язвенными процессами рта и глотки. Из числа этих 9 случаев в одном имела место angina Plaut-Vincenti совместно со stomatitis ulcero-membranacea и в одном—ртутный язвенный стоматит, остальные же представляли stomatitis ulcero-membranacea с локализацией в 7 случаях на щеке, в 6—на деснах, причем в 4 из них язвы располагались на последнем коренном зубом, в 4—на языке и в одном—на слизистой нижней губы.

Пятеро больных были дети в возрасте 7—8 лет, остальные четверо—14, 17, 24 и 33 года. Здесь кстати упомянем, что, по Н. Ф и л а т о в у, язвенно-перепончатый стоматит никогда не встречается у беззубых. Четверо больных были из детского дома, причем трое из них заболели одновременно в одном и том же доме; остальные были из частных домов г. Казани. Ни у кого из больных ухода за ртом и зубами не было. Зубы были найдены в исправности только в двух случаях, в остальных же имелись карриозные зубы и зубной налет. У 4 пациентов общее питание тела было хорошее, у 4—посредственное и у 1—плохое. Трое больных принадлежали к зажиточным семьям и питались хорошо. В анамнезе у одной больной имел место перенесенный месяц тому назад сыпной тиф, а у другого—lues со ртутным и сальварсанным лечением.

Давность заболевания в 3 случаях—1 неделя, в 4—2 недели, в 1—месяц и в 1—1¹/₂ месяца.

*) С. А. Флеров. К вопросу об отношении между ангиной Vincenti. Каз. Мед. Журнал, XVII, стр. 370.

Во всех случаях отмечен foetor изо рта. Четверо больных жаловались на зубные боли, преимущественно по ночам. Язвы у всех были характерны для V i p s e n t'овских язв.

Трое больных выписались почти выздоровевшими, а остальные 6 выписались вполне здоровыми. Средняя продолжительность лечения равнялась 9 дням.

В 5 случаях применялся neosalvarsan внутривенно, причем в 2 случаях вливание пришлось повторить, а в 4 остальных neosalvarsan применяли только местно. У тех больных, которым neosalvarsan вливали в вену, средство это применялось и местно, раз в день.

Во взятых с язв до лечения мазках во всех случаях получалась картина как-бы чистой культуры спирохет совместно с *Bac. fusiformis*.

Кроме описанных заболеваний, мы наблюдали в том же учебном году еще 5 случаев номы с локализацией в 4 случаях—на щеке и в 1—на мягком небе и правой миндалине. В 1 случае, кроме щеки, были еще поражены обе губы и крыло носа. Соответствующий больной щеке альвеолярный отросток оказывался каждый раз на значительном протяжении омертвевшим.

Возраст больных с номой был—3, 4, 6, 10 и 13 лет. Двое были из детского дома, а 1 переведен из госпиталя. Ухода за ртом и зубами здесь так же, как и в предыдущей группе, не было. У всех больных имелись карповые зубы. У одного в анамнезе была только что перенесенная корь, а у другого понос, трое же и поступили с поносом. Средняя продолжительность пребывания в клинике равнялась 6-ти дням. Переведенному из госпиталя мальчику neosalvarsan был введен в ягодицу еще в госпитале, после чего, по словам больного, процесс остановился; ему мы успели только раз припудрить язвенную поверхность neosalvarsan'ом. Из остальных случаев трем больным мы ввели neosalvarsan в вену, причем одному ввели дважды, с промежутком в семь дней, в четвертом же случае мы ограничились местным смазыванием язвы neosalvarsan'ом в глицерине. Местно же, раз в день, применялся neosalvarsan и у тех больных, которым это средство было вводимо в вену. Предварительно во всех случаях было произведено возможно широкое вырезывание омертвевшего места и выжигание Раquélín'ом. Во всех случаях болезненный процесс после применения лечения остановился, во рту сделалось чище, запах уменьшился, но, несмотря на это местное улучшение, все наши номатозные больные погибли при явлениях отека легких и общего отека. Здесь мы должны оговориться, что все эти случаи были слишком запущены, и больные

кроме одного, у которого питание еще было удовлетворительно, поступили к нам с явлениями крайнего истощения и при наличии общего отека. Произведенное в одном случае вскрытие обнаружило наличие кровянистой пенистой жидкости в трахее и бронхах, водянистой жидкости в полостях плевры и брюшины, гиперемии почек и гиперемии слизистой желудка, при почти пустом кишечнике.

В 2 случаях номатозному омертвлению предшествовала типичная *Vincent*'овская язва. В мазках в одном из этих случаев была найдена почти чистая культура *Vincent*'овского симбиоза (мазок взят из глубоких частей после вырезывания омертвевших тканей); в одном случае, в мазке с омертвевшей кожей, обнаружено обилие *bac. fusiformis* и отсутствие спирохет. То же было найдено и в 2 других случаях, при исследовании мазков, взятых из распада. Наконец, в последнем случае, в мазке тоже из распада, среди множества разных микробов было обнаружено много спирохет и *Vincent*'овских палочек, т. е. получена картина, наиболее характерная для номы.

В приведенной сводке наших наблюдений прежде всего обращает на себя внимание поступление трех больных, заболевших одновременно, из одного детского дома. Если сопоставить этот факт с ранее опубликованным нами случаем одновременного заболевания 5 членов одной и той же семьи номой, ангиной *Vincenti* и язвено-мембранозным стоматитом, то, естественно, явится мысль о родственности всех этих процессов. А так как причиной их безусловно является инфекция, то, спрашивается, откуда она взялась, т. е. занесена ли извне, или же созрела во рту самих больных? Какую роль, далее, в том и другом случае сыграли одинаковые жизненные условия? Наконец, возможна ли передача болезни от одного больного к другому?

В 7 наших случаях язвы сидели на соприкасавшихся между собою поверхностях слизистой рта, напр., на щеке и прилегающем крае языка, или на десне и соответствующем этому месту участке слизистой щечи. Таким образом, очевидно, в этих случаях произошла передача язвы *per contiguitatem* с одного места на другое. Менее вероятно, чтобы такая передача произошла от одного субъекта другому. Однако случаи язвено-мембранозных стоматитов, передававшихся чрез поцелуй и табачные трубки, были уже описаны неоднократно, напр., *Vincent*'ом, *Dörfler*'ом, *Krauss*'ом и *Brüggen* и *п'ом*.

Что касается значения общих жизненных условий, то из нашей сводки не вытекает, чтобы у наших больных все можно было отнести насчет плохого питания и предварительной ослабленности

организма. Проф. Brüggeманн, в 1920 г. пишет: „Поразительно то, что хорошо питающиеся люди из деревни, выглядывшие здоровыми и цветущими, всего чаще подвергались заболеваниям ангиной Vincent'a и язвенно-перепончатым стоматитом“. Отсюда приходится допустить, что ближайшим поводом к названным заболеваниям служат, скорее, такие моменты, как caries зубов, зубной налет и, вообще, плохое содержание полости рта, при незнакомстве с устремлением зубной щетки, особенно у детей во время тяжелой болезни.

Играет здесь роль и интоксикация, напр., ртутью, мышьяком и проч. веществами. Так, в одном из наших случаев тяжелый язвенный стоматит развился у упитанного, крепкого телосложения сифилитика, заболевшего стоматитом чрез две недели после последнего ртутного всприскивания. Этот пациент заболел стоматитом за месяц до обращения к нам и в течение этого месяца получил четвертое влияние неосальварсана. Выходит, стало быть, что внутривенная сальварсано-терапия здесь не только не устранила, а может быть, даже усилила местный болезненный процесс, тогда как энергичное местное применение того же средства повело в 2 дня к почти полному исцелению, осталась — небольшая гиперемия десен, и большой боли не показывался.

Наши бактериологические исследования ограничивались, как и у большинства авторов, просмотром взятых из пораженных мест мазков. При *angina P.-Vincenti* и язвенных стоматитах обычно в мазках встречалась как-бы чистая культура *P.-Vinep'tovского* симбиоза, причем спирохеты, сплетаясь между собою, иногда образовывали целые клубки. Сказать, с каким именно видом ротовых спирохет мы имели дело, трудно, так как и видные представители микробиологии, напр. Zitz, далеко не всегда уверенно высказываются в подобных случаях. Размер спирохет, в общем, был в наших случаях меньше сифилитических и обратно тифозных, длина и толщина различны, завитки неодинаковой кривизны, число их ranged 3—5. Веретенообразные палочки находились нередко внутри лейкоцитов. Влияние неосальварсана выразилось в том, что сначала исчезали спирохеты, а затем и палочки, вместо которых постепенно появлялись кокки и другие микробы. Достаточно было, однако, иногда ухудшения процесса, как эти микробы снова исчезали, уступая место *Vinep'tovскому* симбиозу. В одном случае, несмотря на почти полное заживление язв, все же в мазке получалась как-бы чистая культура симбиоза, а в другом мазок, взятый с места, где только что зажившая язва покрылась эпителием, дал, среди множества кокков, много веретенообразных палочек и умерен-

ное количество спирохэт. Подобное явление наблюдалось и R и ш-ре Рем, а G e r b e r находит в нем аналогию с бациллтрегерством после дифтерии.

При поеме нам только в одном случае удалось получить мазок с чисто обрезанного края дефекта, причем там оказалась почти чистая культура спирохэт вместе с *bac. fusiformis*. После вливания *neosalvarsan*'а те и другие исчезли, но за то во множестве появились другие микробы. В остальных случаях разрушение было так велико, что мазок пришлось брать из распада. В 3 из этих случаев спирохэт не оказалось, а веретенообразных палочек и прочих микробов было много; в четвертом же случае среди множества микробов было найдено большое количество и обоих представителей *V i n s e n t*'овского симбиоза.

Клиническая картина в наших случаях, в общем, не отличалась от описаний, даваемых другими авторами, но были и некоторые особенности. Так, сидящий на язвах налет авторы часто называют серо-грязным; в наших же случаях налет был скорее беловато-серый, чем серо-грязный. Кроме того, нам приходилось встречаться с мнением, что этот налет, в противоположность дифтерийному, снимается легко, а во всех наших случаях налет сидел чрезвычайно прочно. При исчезании этот налет не заворачивался с краев, как это имеет место при дифтерии, а как-бы таял. Далее, почти все наши больные с язвенным стоматитом жаловались на зубную боль, а в 4 случаях эта боль была, преимущественно, ночного характера, что, естественно, наводит на мысль о некоторой аналогии с *dolores nocturni* сифилитиков. Наконец, в 2 случаях нами нам бросилось в глаза одно явление, описания которого в литературе встретить не пришлось, а именно, в обоих этих случаях номатозному продвижению предшествовала беловато-серая полоса типической *V i n s e n t*'овской язвы. У некоторых авторов (K l o s e) имеются лишь указания, что иногда из язвенного стоматита и скорбучической язвы может развиться нома.

Относительно лечения нужно оговориться, что оно было предпринято нами до получения новой иностранной литературы. Повтому, идя ощупью и проведя более, чем в половине случаев, комбинированное общее и местное неосальварсанное лечение, мы лишь постепенно стали склоняться к местному, что, как оказалось, было проделано и за границей. Кроме того, исходя из соображения, что к спирохетам, как анаэробам, сидящим в зубных дефектах, зубном налете и других закоулках рта и глотки, доступ средства через кровь, пожалуй, часто не менее труден, чем снаружи, мы в последнее время прежде всего начинали с удаления зубного налета, очистив

кариозных зубов и промежутков между зубами в ухе после этого наносили *neosalvarsan* прямо из ампуллы, разведя его глицерином, или камфарным маслом, причем не только смазывали, но и продолжительно втирали его в язву. Здоровая окружность язвы, кариозные дефекты в зубах и все шейки зубов тоже подвергались нами смазыванию *neosalvarsan*'ом. Так как этот метод, как оказалось, наиболее теперь принят и за границей, — по крайней мере в Германии, то и внутривенной сальварсанотерапии в будущем мы будем обращаться лишь при неуспехе местного лечения.

Что касается наших случаев номы, то из своего наблюдений видно, что *neosalvarsan* во всех наших случаях оказал заметное влияние на болезнь, в смысле задержки и даже остановки местногоomatозного процесса. Один из этих случаев мы уже демонстрировали Обществу в свое время; к сожалению, мальчик, у которого нома так счастливо, было, остановилась, умер через неделю от осложнения в легких. Другие четверо больных номой тоже умерли от осложнений, при явлениях отека, водянки, помесов и токсикемии. Все это, правда, были случаи очень запущенные, но ведь именно с такими случаями нам, вероятно, чаще и придется встречаться так как при номе достаточно прокутить один день, чтобы картина болезни резко изменилась в худшему. А потому желательный план мероприятий при номе можно наметить следующий: прежде всего лечебная помощь здесь должна оказываться в порядке экстренности; в частности, омертвевшие мягкие ткани должны быть сначала удалены под наркозом, расшатанные зубы извлечены, а омертвевший альвеолярный отросток, по примеру Springler'a, скусен щипцами, после чего должно быть применено выжигание омертвевших остатков *Rachelin*'ом. После этой операции лучше всего испробовать *Zetani*'овский способ инфильтрации краев дефекта 3% водным раствором *neosalvarsan*'а. Далее следуют — втирание трижды в день глицеринового раствора *neosalvarsan*'а и оставление в ране небольших марлевых, смоченных в этом растворе, полосок. Если такое энергичное местное лечение все же не поможет, то индивидуализация случая позволит решить, ввести ли *neosalvarsan* в вену, или этого не нужно делать. Под кожу больным, в виду наличия у них токсикемии, будет уместно введение физиологического раствора.

Резюмируя наиболее оригинальное из подмеченного нами, можно вывести следующие положения по интересующему нас вопросу:

- 1) Ближайшим поводом к фузоспирохетозам рта и глотки служит дурной уход за ртом и зубами.
- 2) Заболевания эти не всегда бывают у лиц, ослабленных недостаточным питанием и болезнями.
- 3) Их контагиозный характер, хотя и не играет, может быть, пер-

венствующей роли, но весьма вероятно. 4) Налет на язвах при фузоспирохетозах полости рта обыкновенно—беловато-серого цвета, не снимающийся, а при исчезании тающий. 5) Зубные боли по ночам, наблюдавшиеся у наших больных, несколько аналогичны *dolores nocturni* сифилитиков и указывают на спирохетозную натуру заболевания. 6) Резкую бактериологическую картину *Plaut-Vincent*'овского симбиоза при номе мы получили лишь на границе между здоровыми и омертвевшими тканями. 7) Продвижению номы иногда предшествует серая полоса типа *Vincent*'овской язвы. 8) Местное применение *neosalvarsan*'а при местных фузоспирохетозах предпочтительнее внутривенного. 9) Влияние *neosalvarsan*'а при номе выражается главным образом в задержке и остановке местного процесса. 10) Лечение при номе должно быть местным и должно состоять сначала в применении радикальных хирургических мер, а затем—в местной сальварсанотерапии.

Литература.

- 1) С. Флеров. К вопросу об отношении между номой и *angina Vincenti*. Казан. Мед. Журн., 1921, № 3.—2) Проф. В. Аристовский. Каз. Мед. Журн., 1921 и 1922 г.—3) Проф. Теребинский. Клинич. Моногр., 1914.—4) Проф. Кричевский. Врачебн. Дело, 1921.—5) З. Несмелова. *Ibid.*—6) Якимов. *Ibid.*—7) Ungermann. D. m. Woch., 1918.—8) Reiter. *Ibid.*—9) Mühlens. D. m. Woch., 1906; M. m. Woch., 1913.—10) Rumpel. D. m. Woch., 1910.—11) FINDER. D. m. Woch., 1920.—12) Zilz. Münch. med. Woch., 1912.—13) Gerber. M. m. Woch., 1911.—14) Plaut. *Ibid.*—15) Ehrlich. *Ibid.*—16) Langendorfer und Peters. M. m. Woch., 1921.—17) Brüggemann. M. m. Woch., 1920.—18) Voss. *Ibid.*—19) Bieroff. *Ibid.*—20) Springer. *Ibid.*—21) Michaelis. M. m. Woch., 1918.—22) Luger-Knittelheld. *Ibid.*—23) Hirschelmann. *Ibid.*—24) Teuscher. M. m. Woch., 1919.—25) Deussing. *Ibid.*—26) Sachs. *Ibid.*—27) Zemann. *Ibid.*—28) Stuhl. *Ibid.*—29) Hirsch. D. m. Woch., 1920.—30) Neufeld und Böcker. Zbl. f. Bact., 1914.—31) Schreiber. *Ibid.*—32) Laan. *Ibid.*—33) Meirovsky. *Ibid.*—34) Schmidt. *Ibid.*—35) Kolmer u. Wagner. Zbl. f. Bact., 1916.—36) Slavic. Ztschr. f. Kinderheilkunde, 1917.—37) Kern. *Ibid.*—38) Levinstein. Ztschr. f. Laryng., 1916.—39) Klose. Ergebnisse der Chir., 1921.—40) Reiche. Jahreskurse, 1914.—41) Brailowsky-Lukewitsch. Annales de l'Inst. Pasteur, 1915.—42) Roger. *Ibid.*—43) Drew and Una. Lancet, 1917.