

91
1622

Б

Серія докторскихъ диссертациі, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1906—1907
учебномъ году.

№ 68.

КЪ ВОПРОСУ

О

ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ
ПРИ ПИГМЕНТНОМЪ СИФИЛИДѢ
(LEUCODERMA SYPHILITICUM).

Изъ клиники кожныхъ и венерическихъ болѣзней
проф. Т. П. Павлова.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
А. И. БУЛАТНИКОВА.

Цензорами диссертациі, по порученію Конференціи, были профессора:
Т. П. Павловъ, А. И. Моисеевъ и приватъ-доцентъ В. В. Ивановъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія „Спріусъ“. Соляной пер.
1907.



Серія докторських дисертацій, допущених къ зачитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1906—1907
учебномъ году.

616, 957
5-91

7-НОЯ 2012

№ 68.

33

КЪ ВОПРОСУ

БИБЛИОТЕКА
Харківського Медич. Інституту
№ ~~4528~~
Шифр ~~6-91~~
ПЕРЕВІР ПО
1936

ПАТОЛОГО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИХЪ ИЗМѢНЕНІЯХЪ
ПРИ ПИГМЕНТНОМЪ СИФИЛИДѢ
(LEUCODERMA SYPHILITICUM).

ПРОВЕРЕН

3735
✓ 64324

3735

Ф

64324

Изъ клиники кожныхъ и венерическихъ болѣзней
проф. Т. Н. Павлова.

Библиотека-Читальн. 1342
Харк. Гос. Мед. Инст. в Харк.
Мат. кн. № ~~14999~~
Шифр. дес. 5 кеттер 91

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
А. И. БУЛАТНИКОВА.

Цензорами диссертаціи, по порученію Конференціи, были профессора:
Т. Н. Павловъ, А. И. Моисеевъ и приватъ-доцентъ В. В. Ивановъ.

Переучет
1966 г.

Инв. **НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА**
№ ~~1-го Харк. Мед. Института~~

С-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія „Сиріусъ“. Соляной пер., д. № 7.
1907.

1950

Перепечат-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря А. И. Булатникова под заглавием «Къ вопросу о патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ при пигментномъ сифилидѣ (Leucoderma siphiliticum)» печатать разрешается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ ея (125 диссертаций и 300 отдѣльныхъ оттисковъ краткаго резюме ея (выводовъ) представляются въ Канцелярію Конференціи Академіи, а 375 экземпляровъ диссертации—въ академическую бібліотеку). С-Петербургъ 17 Апрѣля 1907 года.

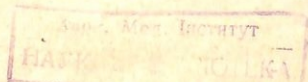
Ученый секретарь, заслуженный ординарный профессоръ, академикъ
А. Догель.



Пигментный сифилидъ, описанный во Франціи 50 лѣтъ тому назадъ и названный впоследствии нѣмецкими авторами leucoderma siphiliticum, до настоящаго времени продолжаетъ привлекать вниманіе изслѣдователей, какъ съ точки зрѣнія клинической, такъ равно и патологоанатомической. Причиной служитъ то, что это своеобразное проявленіе сифилиса на кожѣ заняло съ первыхъ же дней своего появленія въ литературѣ совершенно особое положеніе среди другихъ кожныхъ проявленій сифилиса, которое, по мнѣнію нѣкоторыхъ, не только не измѣнилось до настоящаго времени, но получило особое подтвержденіе, съ тѣхъ поръ какъ симптомъ этотъ Фурнье былъ отнесенъ къ явленіямъ парасифилитическимъ. Благодаря этому, въ ученіи о пигментномъ сифилидѣ имѣется и въ настоящее время много неяснаго, спорнаго, даже противорѣчиваго.

Если клиника за протекшіе 50 лѣтъ разъяснила многія неясности въ способѣ развитія и установила прочно діагностическое значеніе этого симптома, то нельзя этого сказать о патолого-анатомической сторонѣ дѣла. Количество работъ, которое имѣется въ послѣднемъ отношеніи, очень ограниченное, а матеріалъ, которымъ располагали изслѣдователи весьма недостаточенъ въ количественномъ отношеніи, за немногими исключеніями, и добытые результаты въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ несходны между собой.

По этимъ соображеніямъ я съ удовольствіемъ воспользовался предложеніемъ проф. Т. П. Павлова заняться патолого-гистологическимъ изслѣдованіемъ этого еще достаточно неяснаго въ патолого-анатомическомъ отношеніи симптома кожного



сифилиса, въ надеждѣ, что полученные результаты, какъ бы скромны они ни были, дадутъ будущимъ изслѣдователямъ тѣкоторыя руководящія указанія.

Прежде чѣмъ перейти къ собственнымъ патолого-гистологическимъ наблюдениямъ, мнѣ придется изложить результаты клиническихъ наблюдений надъ пигментнымъ сифилидомъ, какими они представляются въ настоящее время, такъ какъ они могутъ представить полезныя руководящія данныя для выводовъ изъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій моихъ собственныхъ и другихъ авторовъ.

Клиническій очеркъ.

Почти вездѣ въ литературѣ, касающейся пигментнаго сифилида, авторомъ впервые описавшимъ его называется Hardy ¹⁾. Парфюка упоминается имя другого автора Monneret ²⁾, который говорилъ о сифилитической дисхромии, о «taches syphilitiques» но говорилъ очень неясно, неопредѣленно. Мнѣ кажется, что и изъ описанія пигментнаго сифилида, даннаго Hardy ³⁾ въ 1854 году, трудно вывести заключеніе, что онъ именно говоритъ о немъ и только о немъ одномъ, а между тѣмъ на основаніи этого описанія многими присвоено пигментному сифилиду имя Hardy и этотъ симптомъ такъ и называется «siphilide pigmentaire Hardy».

Изъ подлиннаго описанія Hardy видно, что и онъ говорилъ, по всей вѣроятности, о тѣхъ же «taches syphilitiques» Monneret, выделивъ только ихъ въ особую форму съ названіемъ пигментнаго сифилида. Сюда, вѣроятно, относились безъ различія и пигментация послѣ бывшихъ сифилитическихъ высыпей и случаи пигментнаго сифилида въ томъ смыслѣ, какъ мы теперь его понимаемъ, которые несомнѣнно Hardy также наблюдалъ. По крайней мѣрѣ, изъ описанія Hardy не видно, чтобы онъ дѣлалъ между ними какое либо различіе.

Конечно, и въ характеристикѣ пигментнаго сифилида, данной Hardy, можно видѣть указанія на пигментный сифилидъ, если взять отсюда то, что онъ не былъ извѣстенъ прежнимъ авторамъ, что онъ встрѣчается на затылкѣ, шеѣ, груди, но это и все, что можно извлечь какъ относящееся къ пигментному сифилиду въ его настоящемъ значеніи.

Въ слѣдующемъ 1855 году появилась работа Pilon⁴⁾, которая, какъ видно изъ нижеслѣдующаго письма Diday⁵⁾, произвела впечатлѣніе на современниковъ по новизнѣ затронутого предмета, важности его и точности описанія. Работа Pilon была озаглавлена «De la syphilide maculeuse du cuir».

Изъ сравненія описанія пигментнаго сифлида даннаго Hardy и Pilon, мнѣ думается, станетъ совершенно очевиднымъ для каждаго непредубежденнаго читателя, не склоннаго искать въ неясныхъ намекахъ и неопредѣленныхъ очертаніяхъ, находящихся въ работѣ Hardy, его первенства въ открытіи этого симптома, что первымъ дѣйствительно обратившимъ серьезное вниманіе на пигментный сифлидъ, давнымъ точное его описаніе, отмѣтившимъ характерныя его особенности, былъ Pilon.

Въ то время какъ въ работѣ Hardy нужно догадываться и предполагать, что рѣчь идетъ о пигментномъ сифлидѣ, изъ описанія Pilon очевидно, что онъ говоритъ именно о немъ и ни о чемъ другомъ. Многое изъ описанія и характеристики особенностей пигментнаго сифлида Pilon годилось бы и для современной литературы, хотя работа его появилась 52 года тому назадъ. Имъ были уже отмѣчены бѣлые участки среди пигментированныхъ частей, сравнивается окраска бѣлыхъ участковъ съ окружающими участками нормально-пигментированной кожи, отмѣчается продолжительность и упорность этого сифлида при специфическомъ леченіи, частота его у женщинъ, значеніе для діагностики и проч. Ошибка Pilon заключалась только въ томъ, что онъ думалъ въ длительности пигментнаго сифлида найти терапевтическія указанія. Diday тогда же отмѣтилъ эту ошибку.

Въ слѣдующемъ номерѣ той же газеты онъ помѣстилъ свое возраженіе Pilon. Я не стану приводить цѣликомъ этого письма Diday на имя редактора, а коснусь его въ той только части, которая имѣетъ отношеніе къ вопросу о приоритетѣ Pilon въ описаніи и изученіи пигментнаго сифлида. Изъ него видно, что вопросъ о приоритетѣ Pilon былъ для Diday вѣдъ всякаго сомнѣнія. О Hardy онъ совершенно ничего не говоритъ, напротивъ Pilon онъ воздастъ должное. Отсюда можно заключить, что для современниковъ вопросъ о приоритетѣ былъ ясенъ и не возбуждалъ сомнѣній.

Вотъ что писалъ Diday: «Г. Редакторъ! Замѣчательная работа г. Пиллонъ, помѣщенная въ послѣднемъ № Ежедневной Газеты, о пятнистомъ сифлидѣ шей напомнитъ, безъ сомнѣнія, всѣмъ специалистамъ видѣнные ими подобныя случаи. У меня лично она вызываетъ больше, чѣмъ простые клиническія воспоминанія, такъ какъ съ самаго перваго года моего курса по топографіи сифлиса, въ февралѣ 1852 года, я весьма тщательно изучалъ эту особую форму болѣзни, сдѣлавъ въ то время шесть наблюденій».

«Не подумайте, однако, въ виду этого, что я буду оспаривать *приоритетъ*, или повторять весьма точное описаніе г. Пиллонъ, къ которому я не могъ бы ничего прибавить» и т. д. Въ дальнѣйшемъ изложеніи онъ оспариваетъ мнѣніе Pilon, что это—сифлидъ, приноситъ появленіе пигментнаго сифлида измѣненіямъ крови подъ влияніемъ сифилитической хлоро-анеміи и рѣшительно не соглашается съ Pilon, что исчезновеніе этого симптома можетъ указывать на то, что слѣдуетъ прекратить леченіе, такъ какъ ртути введено въ организмъ уже достаточно.

Какъ случается нерѣдко въ жизни, описаніе и приоритетъ Pilon отодвинулись на задній планъ, названіе Hardy «пигментный сифлидъ» удержалось въ терминологіи сифлиса, было приурочено къ формѣ описанной Pilon, и самое открытіе ея стало приписываться Hardy же. Но думается, что справедливости ради и въ виду важности пигментнаго сифлида, не слѣдовало бы приписывать Hardy то, что на самомъ дѣлѣ принадлежитъ безусловно Pilon, который несомнѣнно далъ первое ясное, точное и полное описаніе этого своеобразнаго проявленія кожного сифлиса.

Во Франціи пигментный сифлидъ быстро приобрѣлъ право на самостоятельное мѣсто среди сифлидовъ, какъ діагностическій признакъ, хотя и вызвалъ на первыхъ же порахъ разнообразныя и даже противорѣчивыя толкованія. Тожѣ самое и въ Италіи. Въ Германіи и Австріи онъ сталъ извѣстенъ много позднѣе, а именно съ 1883 г., когда Neisser⁶⁾ впервые обратилъ серьезное вниманіе на этотъ симптомъ и назвалъ его «*leucoderma syphiliticum*», хотя Kaposi еще долго не признавалъ его и называлъ проницески «французскимъ пигментнымъ сифлидомъ».

Въ Россіи оны стали извѣстны нѣсколько позднѣе и русскіхъ авторовъ, занимавшихся его изученіемъ, сравнительно немного (Шадекъ, Шубневъ, Маевъ, Гривцовъ, Фивейскій), изъ которыхъ патолого-гистологическое изслѣдованіе Маева и весьма тщательное клиническое изслѣдованіе пигментнаго сифлида Фивейскаго, представляются одними изъ лучшихъ во всей иностранной и русской литературѣ, съ которой мнѣ пришлось имѣть дѣло при настоящей работѣ.

Количество работъ о пигментномъ сифлидѣ достигаетъ къ настоящему времени весьма почтенной цифры. Уже это одно указываетъ на важное значеніе этого сифлида среди другихъ проявленій сифлиса, но особенный интересъ приобрѣлъ этотъ симптомъ съ тѣхъ поръ, какъ Фурнье оны былъ отнесенъ къ явленіямъ парасифлиса, какъ одинъ изъ его самыхъ характерныхъ представителей. Нельзя сказать, чтобы отъ выдѣленія пигментнаго сифлида въ особую форму парасифилитическихъ явленій ученіе о кожныхъ проявленіяхъ сифлиса, въ частности объ аномаліяхъ пигментаціи, выиграло въ единствѣ и ясности.

Подъ пигментнымъ сифлидомъ или сифлитомъ лейкодермой разумеется, какъ извѣстно, своеобразное измѣненіе окраски кожи, состоящее въ неравномѣрной на сравнительно небольшомъ протяженіи пигментаціи ея. Въ двухъ словахъ «пигментъ» и «блокожіе» въ сущности и выражается весь симптомъ.

Въ своемъ типичномъ видѣ, описанномъ различными авторами, пигментный сифлидъ появляется чаще всего на шеѣ. Очень немногимъ изъ нихъ удавалось подмѣтить начало развитія пигментнаго сифлида, но и тѣ, которымъ это удалось, различнымъ образомъ толкуютъ наблюдавшееся явленіе. Можно сказать однако, что большинство авторовъ согласны въ способѣ происхожденія пигментнаго сифлида. Въ одиноствѣ стоитъ описаніе способа развитія этого явленія Фурнье, подерживаемое почти исключительно французскими авторами, хотя въ настоящее время многие и изъ нихъ держатся иной точки зрѣнія. Русскіе авторы (Фивейскій, Маевъ), наблюдавшіе начало развитія пигментнаго сифлида, сходятся въ его описаніи съ нѣмецкими (Neisser, Rhiel и др.). Большинство

же авторовъ наблюдали пигментный сифлидъ, когда картина болѣзни вполне сложилась, поэтому и толкованіе патогенеза пигментнаго сифлида относится къ зрѣлой формѣ его и дѣлается на основаніи тѣхъ взглядовъ, которыхъ съ клинической точки зрѣнія придерживается данной авторъ.

По мнѣнію большинства явленіе складывается слѣдующимъ образомъ. На шеѣ, которая у огромнаго большинства людей, какъ извѣстно*), нѣсколько болѣе пигментирована, чѣмъ соединеніе нижележащія участки кожи, начинается мало по малу, незамѣтно, исподволь, увеличиваться пигментація, которая, присоединяясь къ нормальной пигментаціи, въ громадномъ большинствѣ случаевъ не обращаетъ на себя вниманія ни больного, ни врача. Периодъ гиперпигментаціи длится различное время, по Фивейскому⁸⁾, иногда 2—3 дня, иногда 2—3 недели. Затѣмъ на фонѣ темноокрашенныхъ частей начинаютъ замѣчаться сразу какъ бы уменьшеніе пигмента, начинаютъ просвѣтлѣваться нѣкоторые участки кожи, въ видѣ кругловатыхъ пятенъ, величиною отъ крупной булавочной головки до 10 к. монеты. Пятна начинаютъ увеличиваться въ размѣрахъ, просвѣтлѣются новые участки, появившіяся первыми просвѣтлѣнія начинаютъ распространяться по периферіи, пигментъ какъ бы сдвигается къ краямъ свѣтлыхъ пятенъ, отчего они дѣлаются еще болѣе видимыми и контрастъ между свѣтлыми и темными мѣстами дѣлается еще рѣзче.

Фивейскій, задавшійся специально цѣлью, такъ сказать, подкараулить появленіе свѣтлыхъ промежутковъ, говоритъ, что прослѣдить начало появленія ихъ, представляетъ задачу трудную и часто неблагоприятную. Всмотриваясь въ кожу шеи мѣсяцъ, другой, оны ничего не замѣчалъ, оставляя разсмотрѣваніе на нѣсколько дней и видѣлъ уже нѣсколько готовыхъ пятенъ на той или другой сторонѣ шеи. Такое довольно быстрое формированіе свѣтлыхъ пятенъ отмѣчаютъ все авторы, кому удавалось подмѣтить первые стадіи развитія пигментнаго сифлида.

Фурнье⁹⁾ также утверждаетъ, что полное развитіе пигмент-

*) Poelchen⁷⁾ при изслѣдованіи 490 женщинъ только у 9, т. е. около 2%, имѣлъ непигментированную кожу шеи.

наго сифилида происходит довольно быстро: въ 2—3 недѣли онъ представляется уже сформированнымъ. Neisser, видѣвшій все развитіе феномена въ госпиталѣ, указываетъ на такой же срокъ.

Barthelemy¹⁰⁾ наблюдалъ случаи, гдѣ развитіе пигментнаго сифилида произошло въ нѣсколько дней.

Форма бѣлыхъ пятенъ бываетъ обыкновенно круглая или овальная, т. ч. у пигментированной части кожи наружная граница будетъ всегда вогнутой. При дальнѣйшемъ слияніи свѣтлыхъ пятенъ, когда отъ темныхъ промежутковъ остаются иногда узкія, пигментныя полоски, все же удается подмѣтить эту фестончатость ихъ границъ. Weil¹¹⁾ указываетъ, что въ атиническихъ случаяхъ темныя мѣста напоминаютъ трилетникъ, или сѣть, образованную изъ темныхъ пятенъ формы греческой омеги, которыя сложены или своими основаниями или боковыми сторонами. Бѣлые промежутки все увеличиваются, пигментированныя же части суживаются, наконецъ явленіе слиянія бѣлыхъ пятенъ, наклонность къ периферическому росту и слиянію какъ бы замедляется, останавливается на болѣе или менѣе продолжительное время, и клинически мы имѣемъ картину пигментнаго сифилида на высотѣ его развитія. Въ виду того, что распространеніе бѣлыхъ пятенъ по периферіи не всегда идетъ въ одной и той же степени, а останавливается раньше или позже, авторы даютъ различному вышнему виду пигментнаго сифилида различныя названія. Для описательныхъ цѣлей вполнѣ удовлетворяетъ номенклатура, данная Taylor'омъ.

Taylor¹²⁾ различаетъ пигментный сифилидъ: 1) въ формѣ пятенъ или пятенъ различной величины, круглой, овальной или неправильной формы, съ краями болѣе или менѣе рѣзко выраженными. Въ этой формѣ, названной имъ *пятнистой*, наклонность бѣлыхъ пятенъ къ слиянію невелика. Встрѣчается она рѣже 2-ой формы, которую онъ называетъ *стычатой* или *кружевной*, гдѣ изолированность бѣлыхъ пространствъ среди пигментированныхъ частей выражена не такъ рѣзко, какъ въ предыдущей формѣ, пигментация болѣе или менѣе диффузна, (по Фивейскому эта форма встрѣчается далеко не часто), и наконецъ 3-ю форму, встрѣчающуюся рѣже всего, онъ назы-

ваетъ *мраморной*; развивается она медленно съ небольшимъ количествомъ или совершеннымъ, по его мнѣнію, отсутствіемъ гиперпигментации. Здѣсь кажется глазу будто пигментъ уходитъ съ однихъ частей, чтобы перейти на другія. Въ этой формѣ, имѣющей видъ облачности, вѣроятно, нѣтъ избытка пигмента, а только неправильное распределеніе его. Развивается она медленно, только у людей съ очень нѣжной кожей и часто просматривается. Ее надо тщательно искать у больныхъ въ виду нѣжности оттѣнковъ. Въ дальнѣйшемъ изложеніи я буду придерживаться этой номенклатуры.

Придуманы болѣе или менѣе мѣткія, образныя сравненія пигментнаго сифилида съ кружевами, головной сѣткой, гипсомъ (*guirige aréolaire-Maigreau*), кожей зебры, пестрой кожей, кожей малопріятныхъ людей. Къ Фивейскому обращались иногда проститутки, обладательницы пигментнаго сифилида съ просьбой свести имъ пятна на шеѣ, изъ за которыхъ имъ приходилось выслушивать упреки въ недостаточной чистоплотности. Иногда онѣ приписываютъ эти пятна рутному леченію.

Число бѣлыхъ пятенъ бываетъ крайне различно, отъ нѣсколькихъ штукъ до громаднаго количества. Цвѣтъ пигментированныхъ частей описывается авторами, какъ цвѣтъ охры (рѣже всего), пепельный, сѣроватый, бурый, грязно-бурый, темный, темно-бурый, иногда какъ цвѣтъ сѣни.

Фурнье⁹⁾ описываетъ нѣсколько иначе развитіе пигментнаго сифилида. По его наблюденіямъ, на совершенно здоровой кожѣ, неизмѣнной предшествующей гиперпигментацией, появляются темныя пятна, безъ слѣда какихъ бы то ни было предшествовавшихъ высыпей, въ видѣ линий, полосокъ, крапенокъ, которые имѣютъ поперечное или слегка косое положеніе, быстро растутъ, распространяются, сливаются между собой, заключая между собой участки здоровой кожи, и достигаютъ поднаго развитія въ 2—3 недѣли.

Мы видимъ, что въ способѣ развитія между наблюденіями Фурнье и другихъ авторовъ замѣчается различіе. Фурнье за центральное явленіе считаетъ при пигментномъ сифилидѣ гиперпигментацию и останавливаетъ вниманіе исключительно на ней, тогда какъ другими за исходную точку принимается пред-

шествующая диффузная гиперпигментация и вторичное развитие на фонѣ ея бѣлыхъ пятенъ съ периферическимъ ихъ ростомъ.

Границы бѣлыхъ пространствъ, ограниченныхъ дискообразными линиями, очень постепенно, малозамѣтно переходятъ въ болѣе пигментированныя части. Если границы при vitiligo можно сравнить съ обрывомъ, то здѣсь имѣется легкій, постепенный склонъ и чѣмъ дольше существуетъ пигментный сифилидъ, тѣмъ менѣе замѣтна переходная граница, которая въ концѣ концовъ, черезъ болѣе или менѣе продолжительный періодъ времени, дѣлается совершенно неуловимой. Разница въ цвѣтѣ покрововъ бѣлыхъ и пигментированныхъ частей выравнивается и кожа приобретаетъ равномерную, однообразную, нормальную окраску. Пигментный сифилидъ исчезъ.

Во время существованія пигментнаго сифилида не замѣчается шелушенія, никакихъ субъективныхъ явленій, вѣстныхъ или общихъ. Была, впрочемъ, попытка связать пигментный сифилидъ со страданіемъ внутреннихъ органовъ, но крайне неясная (Свидерскій¹³).

Время возникновенія пигментнаго сифилида съ достаточной точностью удалось прослѣдить очень немногимъ авторамъ, большинствомъ же указываются сроки обнаруженія, констатированіе уже развившагося пигментнаго сифилида у больного. Въ числѣ такихъ немногихъ авторовъ, Маеву¹⁴ удалось отмѣтить это въ $\frac{1}{3}$ всѣхъ наблюдавшихся имъ случаевъ на $2\frac{1}{2}$ —3—5 мѣсяцѣ послѣ появленія шанкра. Фивейскій⁸) изъ 50 наблюдавшихся имъ случаевъ въ $\frac{2}{3}$ всего числа наблюдалъ появленіе пигментнаго сифилида на 3 мѣсяцѣ, въ $\frac{1}{3}$ —на 4-мъ, въ $\frac{1}{8}$ —на 5-мъ, а въ $\frac{1}{5}$ во второй половинѣ перваго года послѣ зараженія твердымъ шанкромъ. Въ 15 случаяхъ появленіе пигментнаго сифилида было менѣе опредѣленно и колебалось въ границахъ послѣ 1—9 и раньше $4\frac{1}{2}$ —14 мѣсяцевъ послѣ появленія шанкра. Въ 54 случаяхъ пигментный сифилидъ былъ обнаруженъ послѣ наступленія первыхъ общихъ явленій въ срокъ отъ 1—11 мѣсяцевъ, причемъ большая часть случаевъ падаетъ все же на ближайшіе мѣсяцы къ появленію общихъ явленій (1—4-й). Всѣхъ случаевъ подмѣченнаго появленія пигментнаго сифилида у Фивейскаго было 119 (около $\frac{1}{6}$ части всѣхъ наблюдавшихся).

По Neisser'у⁶) пигментный сифилидъ развивается отъ 4—6 м. послѣ зараженія. Это—симптомъ ранняго стадія сифилиса.

Renault¹⁵), изучавшій съ точки зрѣнія шейной пигментации всѣхъ женщинъ сифилитичекъ и несифилитичекъ, ясно распознавалъ этотъ сифилидъ на 2—3 м. отъ начала болѣзни.

Фурнье¹⁰), много разъ наблюдавшій развитіе пигментнаго сифилида, появленіе его относитъ къ 1-му году зараженія, часто даже къ первой половинѣ его, иногда ко 2-му году и лишь въ исключительныхъ случаяхъ позже.

Этими въ сущности немногими авторами и исчерпывается все, гдѣ мнѣ пришлось встрѣтить точныя указанія относительно времени появленія пигментнаго сифилида.

Сроки, указываемые другими относительно времени появленія, точно ничего не говорятъ, а относятся къ констатированію пигментнаго сифилида у больныхъ.

По Hardy¹⁴) пигментный сифилидъ появляется между вторичными и третичными явленіями, по Dühring'у и Barthelémy¹⁴) между 6—36 м., по Fox'у¹⁴) между 3—6 м. отъ начала зараженія. Проф. Ге¹⁶) видѣлъ пигментный сифилидъ на тылѣ пальцевъ рукъ на 4-мъ году послѣ зараженія. Шадекъ¹⁷) наблюдалъ пигментный сифилидъ въ большинствѣ случаевъ въ теченіе 1-го года (2—6 м.) послѣ зараженія и вскорѣ послѣ исчезанія первой высыпи, иногда же спустя нѣкоторое время. Наблюденія Maigeau¹⁸) указываютъ на срокъ отъ 3—36 мѣсяцевъ послѣ зараженія.

Такимъ образомъ, если основываться на мнѣніи авторовъ, подмѣтившихъ первые признаки появленія пигментнаго сифилида, его надо отнести къ однимъ изъ раннихъ симптомовъ вторичнаго періода сифилиса. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ пигментный сифилидъ развивается въ періодъ времени отъ 3—6 мѣсяцевъ отъ начала первичныхъ явленій сифилиса.

Относительно продолжительности пигментнаго сифилида сроки указываются весьма различныя. Фурнье⁹) говоритъ, что онъ не можетъ «составить себѣ представленія о средней продолжительности пигментнаго сифилида, хотя и успѣлъ собрать много наблюденій», такъ какъ больные чаще всего покидаютъ врача съ явленіями еще существующаго пигментнаго сифи-

лида, но въ общемъ она длинна, дольше другихъ явленій вторичнаго сифилида (больше $1\frac{1}{2}$ —2—3 лѣтъ).

Какъ крайніе предѣлы, въ которыхъ заключается продолжительность пигментнаго сифилида, можно указать на мнѣніе Roelchen⁷⁾, который видѣлъ возстановленіе пигмента бѣлыхъ участковъ въ нѣсколько дней (хотя этотъ же авторъ наблюдалъ ихъ до 4 лѣтъ) и 2 случая Фивейскаго⁸⁾, гдѣ пигментный сифилидъ существовалъ 7 лѣтъ отъ начала сифилиса, и Lewin'a¹⁹⁾, гдѣ онъ существовалъ 10 лѣтъ у мамки, случаи впрочемъ, сомнительный. Случай послѣдней категоріи встрѣчаются очень рѣдко, поэтому и большинство авторовъ опредѣляютъ продолжительность существованія пигментнаго сифилида мѣсяцами (6—12 Lang), рѣже годами, отъ начала обнаруженія его; Neisser (l. c.) 5—7—12—14 мѣсяцевъ и только въ отдѣльныхъ случаяхъ 2—3—4 года. RhieI²⁰⁾ опредѣляетъ продолжительность отъ 8—18 мѣсяцевъ.

Классическое мѣсто пигментнаго сифилида область шеи, причемъ въ порядкѣ частоты и интенсивности появленія его на первомъ мѣстѣ стоятъ боковыя области шеи, затѣмъ задняя и на послѣднемъ мѣстѣ передняя. Отношеніе локализациі пигментнаго сифилида на шеѣ къ другимъ областямъ тѣла по статистикѣ Фурнье 29:30 (l. c.). Иногда пигментный сифилидъ выходитъ за область шеи, распространяясь на верхнюю часть спины, плечъ, груди, подмышечныя впадины, животъ, крестецъ, внутреннюю часть бедра, подколенные ямки, кисти рукъ. Въ одномъ изъ моихъ личныхъ наблюденій пигментный сифилидъ занималъ заднюю и боковую области шеи, боковыя части грудной кѣтки, животъ, гибательную и разгибательную сторону верхнихъ конечностей до середины предплечій, спину, ягодицы почти до ягодичной складки, внешне-внутреннюю часть бедра. Фивейскимъ (l. c.) подмѣчено, что у женщинъ распространенныя формы пигментнаго сифилида на другія области тѣла встрѣчаются въ $\frac{1}{3}$, у мужчинъ въ $\frac{1}{2}$ всѣхъ случаевъ пигментнаго сифилида, т. е. у мужчинъ распространенныя формы почти вътрое чаще, чѣмъ у женщинъ. Также отмѣтили Neisser, Danlos, Queyrat, Halloran и другіе. Лицо и лобъ почти никогда не поражаются пигментнымъ сифилидомъ. Фурнье за всю свою практику видѣлъ такой случай одинъ

разъ, а RhieI наблюдалъ его 1 разъ надъ восходящими ветвями нижней челюсти. Malherbe²¹⁾ и Ehrmann²²⁾ тоже наблюдали по одному случаю.

Бываютъ случаи, гдѣ пигментный сифилидъ, не затронувъ шеи, локализируется въ другихъ областяхъ. Neisser наблюдалъ такой случай на разгибательной сторонѣ плечъ и верхней части бедра, проф. Ге на тылѣ пальцевъ рукъ. Случай такого рода не особенная рѣдкость.

Зрительное ощущеніе интенсивности выраженія пигментнаго сифилида зависитъ отъ формы его, наприм., пятнистая всегда рѣзче бросается въ глаза, отъ степени контраста между гиперпигментированными и бѣлыми участками, зависящаго въ свою очередь отъ разницы въ окраскѣ гиперпигментированныхъ и бѣдныхъ участковъ, и отъ періода болѣзни. Maigreaux распознавалъ иногда пигментный сифилидъ на разстояніи до 15 метровъ; вообще, по его наблюденіямъ, въ $\frac{2}{3}$ случаевъ онъ бросается въ глаза, въ $\frac{1}{3}$ —его слѣдуетъ искать. Фивейскій раздѣляетъ пигментный сифилидъ на три категоріи: *тѣло выраженной* форму, видимую уже издали ($\frac{1}{5}$), *ясную*, когда она легко опредѣляется при нашемъ бѣломъ осмотровѣ ($\frac{2}{3}$) и *слабую*, когда нужно нѣкоторое время очень внимательно присматриваться къ кожѣ больного ($\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ), и говорить, что вообще лейкодерма при искусственномъ освѣщеніи гораздо менѣе ясна, чѣмъ при дневномъ освѣщеніи.

Значеніе періода болѣзни, наследственности, пола, возраста, общаго состоянія здоровья и другихъ условій для появленія пигментнаго сифилида отмѣчалось неоднократно.

Пигментный сифилидъ принадлежитъ къ проявленіямъ вторичнаго сифилиса, но продолжаясь, однако, иногда долго, можетъ быть достигнутымъ гуммознымъ періодомъ, если послѣдній развивается достаточно рано (Neisser). Случай пигментнаго сифилида въ третичномъ періодѣ отмѣченъ въ литературѣ Чистяковымъ²³⁾, Ельциной²⁴⁾, Фивейскимъ⁴⁾. Въ иностранной литературѣ подобныя указанія встрѣчаются у Lewin'a.

Вопросъ о принадлежности пигментнаго сифилида къ явленіямъ вторичнаго періода надо считать рѣшеннымъ окончательно и именно къ однимъ изъ раннихъ проявленій вторичнаго сифилиса.

Проф. Тарновскій (Рус. Сиф. и Дермат. Общество, 27 января 1890) никогда не видѣлъ пигментнаго сифлида въ гумозномъ періодѣ.

Относительно частоты этого симптома въ кондиломатозномъ періодѣ статистика авторовъ нѣсколько расходится, но всеміи отмѣчается единодушно большая частота его въ этомъ періодѣ у женщинъ.

По Фивейскому пигментный сифлидъ у женщинъ встрѣчается въ кондиломатозномъ періодѣ въ 45—49% всехъ случаевъ, у мужчинъ—въ 28%. Маевъ встрѣтилъ его у 28 мужчинъ изъ 448 находившихся въ кондиломатозномъ періодѣ т. е. въ 6% слишкомъ. По Neisser'у онъ встрѣчается въ Бре-славѣ въ 45% у женщинъ безъ различія сословія, въ 4% у мужчинъ. Lewin нашелъ, что изъ 2130 больныхъ женщинъ, имѣвшихъ первую сифилитическую высыпь, 778 т. е. 36% имѣли пигментный сифлидъ. Изъ 2500 женщинъ съ рецидивирующимъ сифилисомъ, предъавшихъ различное специфическое лечение, имѣли его 65%.

Изъ больныхъ сифилисомъ, но безъ наружныхъ проявленій его, онъ былъ у 59%. Haslund²⁶⁾ нашелъ лейкодерму у 65% всехъ женщинъ, пораженныхъ вторичнымъ сифилисомъ, и у 31% мужчинъ.

Статистика Rhiel'я сходится съ статистикой Neisser'a, Pillon въ течение одного года на 30 случаевъ пигментнаго сифлида наблюдалъ его 4 раза у мужчинъ. Tanturri²⁷⁾ на 72 случая сифилиса у женщинъ 18 разъ видѣлъ пигментный сифлидъ. Въ Nancy въ госпиталѣ Bon-Secours найдено на 240 сифилитиковъ—30 случаевъ пигментнаго сифлида²⁸⁾. Leloir²⁹⁾ на 215 сифилитиковъ-мужчинъ 10 разъ видѣлъ пигментный сифлидъ.

У Fisson¹¹⁾ на 100 сифилитиковъ безразлично женщинъ и мужчинъ было 23% пигментнаго сифлида. Drysdale¹⁸⁾ на 41 случай вторичнаго сифилиса у женщинъ нашелъ пигментный сифлидъ—14 разъ.

Что касается возраста, то пигментный сифлидъ по понятнымъ причинамъ встрѣчается въ періодъ развитія половой дѣятельности, когда чаще бываетъ зараженіе сифилисомъ. Neisser встрѣтилъ его одинъ разъ у пожилой 58 лѣтней жен-

щины, заразившейся предъ тѣмъ сифилисомъ, и притомъ въ рѣзко выраженной формѣ на старческой кожѣ шеи.

У дѣтей съ приобретеннымъ сифилисомъ пигментный сифлидъ Neisser видѣлъ нѣсколько разъ, съ наследственнымъ ни разу. Фивейскій встрѣтилъ пигментный сифлидъ у дѣвочки 8 лѣтъ и у мальчика 11 лѣтъ.

Вообще сообщенія о пигментномъ сифлидѣ у наследственныхъ сифилитиковъ весьма скудны. Намъ встрѣтилось въ литературѣ всего четыре такихъ сообщенія: Gaucher et Chiray³⁰⁾ Danlos³¹⁾, Gemy³²⁾ и Euthyboule³³⁾. Первые два случая возбуждали сомнѣніе у видѣвшихъ въ наследственности сифилиса. Въ третьемъ случаѣ (Gemy) дѣло шло о ребенкѣ 9 лѣтъ, у котораго первые признаки наследственнаго сифилиса появились послѣ оспы въ видѣ необычайной формы пигментнаго сифлида въ формѣ кругловатыхъ, съ неправильными краями пятенъ, съ центральной слегка ахромической частью, болѣе блѣдной, чѣмъ нормальная кожа, окруженныхъ пигментированнымъ вѣнчикомъ. Кроме того, у больного была двойная офтальмонатія. Величина пятенъ была мѣстами больше 5 франковой монеты. Проходили эти пятна изъ болѣе мелкихъ пигментированныхъ пятнышекъ, величиною въ чечвицу, путемъ слиянія послѣднихъ. Кожа подъ всеми пятнами была мягка, не представляла ни слѣда инфильтраціи и анатомически, за исключеніемъ пигментаціи, была совершенно нормальной.

Нѣкоторые пятна состояли изъ центральныхъ пигментированныхъ частей, ахромического вѣнчика, вокруг котораго въ свою очередь находился пигментированный вѣнчикъ (видъ кокарды). На ногахъ были замѣтны начальныя эритематозныя пятна, которыя затѣмъ пигментировались и обезцвѣчивались, оставляя лишь периферическій гиперхромическій вѣнчикъ.

Авторъ подумалъ сначала о проказѣ. При дальнѣйшемъ наблюденіи въ теченіе 2 лѣтъ диагностика сифилиса вполне подтвердилась. Появились саблеобразныя голени; гуммы, бугорки на лицѣ, шеѣ.

Это сообщеніе, если считать въ данномъ случаѣ наследственность сифилиса не подлежащей сомнѣнію, во всякомъ случаѣ единственное въ своемъ родѣ. Euthyboule только кратко

Имя
17
№

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
1-го Харьк. Мед. Института

БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медич. Института
№ 4538
Шифр

упомянуть о своем случае на международном конгрессе по дерматологии и сифилису в Париже в 1889 году.

Нѣкоторыми отмѣченъ смуглый цвѣтъ кожи, какъ факторъ, имѣющій значеніе въ появленіи пигментнаго сифилида (у смуглыхъ субъектовъ и у цвѣтныхъ расъ чаще); другими, наоборотъ, указывается, что тонкая и бѣлая кожа, кожа лимфатическихъ мужчинъ, какъ говорятъ французскіе авторы, будто бы болѣе благоприятна для появленія пигментнаго сифилида. По мнѣнію третьихъ, пигментный сифилидъ встрѣчается одинаково часто у смуглыхъ и не смуглыхъ субъектовъ.

Родъ занятій тоже, какъ будто, имѣетъ значеніе момента предрасполагающаго. Neisser встрѣчалъ пигментный сифилидъ чаще у булочниковъ, кузнецовъ, вообще работающихъ около пламени. Lang ³⁴)—у полевыхъ, садовыхъ рабочихъ, булочниковъ и кузнецовъ, вслѣдствіе большаго отложенія у нихъ пигмента на открытыхъ частяхъ тѣла. Отмѣчено также значеніе мѣстнаго отложенія пигмента на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ происходитъ постоянное треніе, раздраженіе кожи: на поясищѣ отъ тренія тесемками юбокъ, плохо прилегающимъ корсетомъ у женщинъ.

Общее состояніе здоровья не играетъ, повидимому, роли въ происхожденіи пигментнаго сифилида. Напротивъ, Фурине отмѣчаетъ, что онъ почти всегда составляетъ принадлежность умѣренной или доброкачественной формы сифилиса, что, по его мнѣнію, важно въ томъ отношеніи, что пигментный сифилидъ не представляетъ одной изъ разновидностей кахектическихъ меланодермій.

Weil в Maternité de Lariboisière было сдѣлано изслѣдованіе относительно частоты пигментнаго сифилида у беременныхъ, больныхъ сифилисомъ или подозрительныхъ на него. Оказался любопытный фактъ, что у нихъ пигментный сифилидъ встрѣчается въ громадной пропорціи (72%) и часто бываетъ единственнымъ проявленіемъ сифилиса.

Цѣнность пигментнаго сифилида, какъ діагностическаго, а тѣмъ болѣе патогномическаго признака сифилиса не однажды подвергалась сомнѣнію.

Kaposi долго отрицалъ вообще право его на самостоятельность среди другихъ признаковъ сифилиса.

Rhuel (изъ клиники Kaposi) не видитъ въ этомъ симптомѣ чего либо специфическаго для сифилиса, такъ какъ при *proliferans guttata* на шеѣ онъ видѣтъ картину послѣдовательнаго развитія лейкодермій, подобной сифилитической. Rille ³⁵) наблюдалъ 10 случаевъ, гдѣ лейкодермія была слѣдствіемъ псориаза, а не сифилиса. Unna ³⁵) въ томъ же засѣданіи подтверждаетъ мнѣніе Rille. Последній обращаетъ вниманіе на важность дифференціальной діагностики между сифилитической и неоритической лейкодерміей, такъ какъ не рѣдки случаи, гдѣ эти болѣзни существуютъ вмѣстѣ.

Фурине не считаетъ пигментный сифилидъ за нѣчто особенное, характерное исключительно для сифилиса и приводитъ въ подтвержденіе своего мнѣнія случай больной, съ далеко зашедшимъ туберкулезомъ, у которой нельзя было доказать существованіе сифилиса, гдѣ кахектическая меланодермія, вызванная туберкулезомъ была тождественна съ пигментнымъ сифилидомъ. Такіе случаи бывають все же, какъ онъ говоритъ, очень рѣдко.

Послѣ Фурине случаи подобной кахектической меланодермій и оба у туберкулезныхъ наблюдали Thibierge ³⁶) и Laurent ³⁷). Первый касался 60 л. старика, имѣвшаго 36 л. тому назадъ шанкры на членѣ, за которыми не слѣдовало никакихъ сифилитическихъ явленій. Самое подробное изслѣдованіе не дало никакихъ указаній на свѣжій сифилисъ и тѣмъ не менѣе на шеѣ пигментация вполнѣ напоминала сифилитическую лейкодерму. Второй случай: у 16 л. мальчика, страдавшаго съ 2 лѣтъ объемистыми аденопатіями шейныхъ железъ, поступившаго въ госпиталь съ туберкулезнымъ пораженіемъ лѣвой верхушки и общимъ бронхитомъ, безъ серьезнаго общаго расстройства, на шеѣ была общая гиперхромія со непигментированными участками, очень похожая на пигментный сифилидъ. Также было на синѣ, поясничной области, верхней части живота, бокахъ и подъ мышками. Самое тщательное наблюденіе въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ не обнаружило никакихъ явленій сифилиса.

Но самое сильное нападеніе на лейкодерму, какъ патогномическій симптомъ сифилиса, сдѣлалъ Lewin ¹⁹). Онъ вѣнелъ, что изъ 4,800 женщинъ, не имѣвшихъ никакихъ предшествующихъ явленій сифилиса и не представлявшихъ ихъ во время изслѣ-

дованія, у 227, т. е. 4% существуютъ пятна лейкодермы. Это изслѣдованіе, произведенное на большомъ матеріалѣ, имѣло бы большое значеніе, если бы матеріалъ, на основаніи котораго Lewin выводитъ вышеприведенныя цифры, не былъ подозрителенъ въ смыслѣ анамнеза и дѣйствительно исключалъ бы сифилисъ. Къ сожалѣнію, это не такъ. Онъ изслѣдовалъ явныхъ и тайныхъ проститутокъ своего отдѣленія, болѣвшихъ другими венерическими болѣзнями, у которыхъ не было никакихъ слѣдовъ сифилиса и по документамъ, находившимся въ распоряженіи больницы, нельзя было этого обнаружить.

Насколько можно довѣрить такому анамнезу больныхъ показывается статистика Jadassohn и Raff (цит. по Dreyzel) о третичномъ сифилисѣ у проститутокъ: въ 1/2 всѣхъ случаевъ третичнаго сифилиса у проститутокъ ни анамнезъ, ни документы не указываютъ на вторичные симптомы.

Dreyzel ³⁸⁾ старался проверить цифры Lewin на болѣе подходящемъ для этой цѣли матеріалѣ въ госпиталѣ Всѣхъ Святыхъ и другихъ больницахъ Бреславля, а именно на женщинахъ не страдавшихъ мѣстными венерическими заболѣваніями, лежащихъ въ отдѣленіяхъ внутреннихъ и хирургическихъ болѣзней.

Изъ 2,018 женщинъ отъ 15 л. и выше онъ нашелъ всего 3 случая лейкодермы, т. е. 0,15% или 1/2 часть того, что нашелъ Lewin. По статистикѣ послѣдняго съ неспецифической лейкодермой должно было бы быть изъ этого числа 80. Но и относительно этихъ 3 случаевъ онъ высказывается осторожно, такъ какъ одна женщина жила отдѣльно отъ мужа съ другимъ, а двѣ другія не были *virgines intactae*. Къ такому осторожному отношенію побудилъ Dreyzel'я четвертый случай лейкодермы, который онъ зарегистрировалъ сначала какъ лейкодерму безъ сифилиса, а больная вѣкторъ попала въ спеціальное отдѣленіе, гдѣ онъ ее случайно встрѣтилъ, съ мокнущими напулами на половыхъ частяхъ.

Фивейскій считаетъ лейкодерму патогномическимъ симптомомъ для сифилиса. Къ этому заключенію его привели такія данныя: въ 1889 году проститутокъ, имѣвшихъ лейкодерму и отрицавшихъ сифилисъ, по отношенію къ общему числу проститутокъ онъ зарегистрировалъ 3,8%, т. е. почти тоже число,

что и Lewin. Черезъ годъ число такихъ лицъ уменьшилось до 1,3%. Часть изъ нихъ исчезла изъ подъ наблюденія, а у другихъ или обнаружился вторичный явленія или онѣ сами рассказали о бывшемъ сифилисѣ, но замѣчательно, что ни у одной изъ всѣхъ не наблюдалось за это время твердаго шанкра. Haslund ²⁶⁾ никогда не встрѣчалъ лейкодерму у здоровыхъ людей.

Изъ представленныхъ выше данныхъ авторами, занимавшимися долго и внимательно клиническимъ изученіемъ лейкодермы, можно съ увѣренностью заключить о высокомъ діагностическомъ значеніи ея. Въ литературѣ уже имѣется масса наблюденій, гдѣ на основаніи только этого діагностическаго симптома былъ поставленъ правильный діагнозъ сифилиса, при отсутствіи какихъ бы то ни было сопутствующихъ. Neisser никогда не видѣлъ лейкодерму у не сифилитиковъ.

Проф. Поспѣловъ ¹⁶⁾ считаетъ лейкодерму за діагностическій признакъ болѣе важный, чѣмъ увеличеніе лимфатическихъ железъ. По поводу мягнія проф. Поспѣлова позволило себѣ замѣтить, что лейкодерма какъ надежный діагностическій признакъ сифилиса, вѣроятность ошибиться при наличности котораго нивведена точными изслѣдованіями Dreyzel'я до сотыхъ процента при самомъ строгомъ отношеніи автора къ своимъ выводамъ, заслуживала бы большого вниманія, чѣмъ это бываетъ иногда теперь. Часто приходится видѣть, что ищутъ самымъ тщательнымъ образомъ увеличенія лимфатическихъ железъ на 2—3 году зараженія, а иногда и позже, но не ищутъ лейкодермы, а находятъ ее или случайно или тогда, когда она сама бросается въ глаза. Несомнѣнно, что при болѣе тщательныхъ поискахъ лейкодермы, въ каждомъ подозрительномъ на сифилисъ случаѣ, когда глаза пріучаются замѣчать и мало выраженные ея формы, она диагностировалась бы значительно чаще, чѣмъ это случается въ настоящее время. Лейкодерма, дѣйствительно, стоитъ того, чтобы ее розыскивать самымъ внимательнымъ образомъ. Нельзя не согласиться со словами Фивейскаго: «е начинаешь замѣчать то на шеѣ извозчика, на шеѣ сосѣдки въ театрѣ или въ вагонѣ конки, на шеѣ магазинной продавщицы, на шеѣ своего гостя и т. д. Въ этихъ случаяхъ несомнѣнно краснорѣчіе переходитъ уже въ болтли-

вость». Фурнье называет лейкодерму «удостоверенным, розинской въ сифилисѣ на шеѣ больного».

Не затрагивая вопроса о дифференціальной диагностикѣ лейкодермы, не представляющей въ общемъ при достаточно внимательномъ отношеніи къ ней повода къ смѣшенію съ другими подобными мѣстными заблѣваніями, мнѣ приходится коснуться вопроса о взглядѣ современной клиники на терапію этого мѣстнаго заблѣванія.

На этотъ предметъ взгляды авторовъ также не совсемъ единообразны. На ряду съ мнѣніями Фурнье и др., что этотъ симптомъ, въ противность другимъ мѣстнымъ проявленіямъ сифилиса, не обнаруживаетъ сколько-нибудь замѣтной связи между общей специфической терапіей и его исчезеніемъ, что время лучшей цѣлительности пигментнаго сифилида, на ряду съ этимъ мнѣніемъ, котораго придерживается огромное большинство наблюдавшихъ пигментный сифилидъ, встрѣчаются указанія противоположнаго характера. Jullien ⁴⁰⁾ приводитъ свое наблюденіе, гдѣ у женщины подъ влияніемъ специфическаго леченія инъекціями каломеля пятна за 6 мѣс. значительно убавились въ своей интенсивности и ссылается на наблюденіе Pileur, который наблюдалъ такой же случай.

Lewin констатировалъ, что терапія вліяетъ особннымъ образомъ на этотъ симптомъ: въ 6—10% лейкодерма уменьшается, 30—70% не измѣняется, въ 20% даже увеличивается.

Фивейскій, работу котораго я имѣлъ удовольствіе неоднократно цитировать, держится особаго мнѣнія относительно вліянія леченія. По его наблюденіямъ, ртутное леченіе не оказываетъ, дѣйствительно, вліянія, когда лейкодерма у больного находится въ періодъ полнаго развитія или исчезанія: она или остается безъ измѣненій или продолжаетъ медленно прогрессировать. Но если больной началъ лечиться рано, леченіе производится аккуратно, то развитіе лейкодермы или замѣтно задерживается, или она развивается слабо и держится сравнительно недолго. Но важнѣе всего то обстоятельство, что значительно развитыя формы лейкодермы наблюдались имъ у тѣхъ лицъ, которыя или вовсе не лечились или же все леченіе состояло изъ 4—6 втираній.

Вопросъ о томъ, заключается ли сущность пигментнаго

сифилида въ чрезмѣрной пигментаціи среди здоровой кожи, кажущейся только благодаря явленіямъ контраста блѣднѣе нормальной, или же одновременно съ гиперпигментаціей на однихъ участкахъ на другихъ происходитъ депигментація, возбуждѣнъ на первыхъ же порахъ много споровъ между наблюдателями. Споры не прекращаются и до настоящаго времени, а со времени отнесенія Фурнье пигментнаго сифилида къ парасифилитическимъ явленіямъ внесенъ еще новый факторъ въ объясненіе патогенеза пигментнаго сифилида. Hardy рассматривалъ пигментный сифилидъ, какъ избыточное отложеніе пигмента въ нормальной кожѣ и говорилъ, что пигментпроникающая сѣть (цитир. по Hulleu ⁴¹⁾) ограничиваетъ участки нормальной кожи. Въ противоположность Hardy, современникъ его Bazin ²⁸⁾ сближалъ пигментный сифилидъ съ vitiligo. Чрезъ несколько лѣтъ Hardy отказался отъ своего взгляда на бѣлые участки, какъ на нормальную кожу, и признавалъ, что въ этихъ участкахъ имѣется настоящее обезцвѣчиваніе кожи, которое онъ объяснилъ смѣшеніемъ пигмента, имѣющаго способность переноситься въ сосѣднія части, благодаря тому что нервная система и кровь должны претерпѣвать сильныя потрясенія или измѣняться подъ вліяніемъ сифилиса.

Первое мнѣніе Hardy однако получило перевѣсъ во Франціи, гдѣ и до сего времени поддерживается и держится можно сказать исключительно благодаря авторитету Фурнье, причѣмъ число послѣдователей этого мнѣнія замѣтно уменьшается, а наоборотъ увеличивается число сторонниковъ взгляда Bazin, мнѣніе котораго со времени работъ Neisser получило перевѣсъ въ Германіи, гдѣ пигментный сифилидъ получилъ названіе лейкодерм (Neisser, Rhiel, Haslund) или сифилитическаго лейкопатіи (Finger).

На толкованіи патогенеза пигментнаго сифилида прежними авторами долго останавливаться не приходится, потому что всѣ эти толкованія клинической картины основаны на методѣ индуктивномъ, имѣющемъ въ своемъ основаніи существовавшій тогда гипотезы относительнаго того или другаго патологическаго явленія. Всѣмъ имъ недостаетъ фактическаго подкрѣпленія въ патолого-гистологическихъ изслѣдованіяхъ. Само ученіе о воспалительномъ процессѣ тогда еще не было повѣ-

стно, такъ какъ оно вступило на новый путь, въ направленіи котораго разрабатывается и въ настоящее время, лишь со времени работъ Conheim въ концѣ 60-хъ годовъ прошлаго столѣтія (Подвысоцкій 42).

Господствовавшее мнѣніе о первичной пигментации при пигментномъ сифилидѣ, было подвергнуто сомнѣнію Neisser'омъ въ своей работѣ въ 1883 году и споръ свелся къ вопросу, предшествуетъ ли появленію пигментнаго сифилида на шеѣ специфическая высыпь, видимая невооруженнымъ глазомъ, или нѣтъ?

У того и другого мнѣнія есть свои сторонники и противники, тѣмъ и другими приводятся доказательства въ подтвержденіе своего взгляда.

Мнѣніе сторонниковъ первичной пигментации, однимъ изъ самыхъ ревностныхъ защитниковъ которой является Фурнье, формулируется имъ въ слѣдующихъ положеніяхъ.

1) На шеѣ не бываетъ никогда розеола или папулъ, которыя имѣли бы наклонность къ симметричному распространенію кругомъ шеи въ видѣ ожерелья, какъ то бываетъ при пигментномъ сифилидѣ.

2) Показанія больныхъ, которые утверждаютъ, что пигментныя пятна развились у нихъ на шеѣ безъ всякихъ слѣдовъ какой-либо предшествующей высыпи.

3) Довольно многочисленныя наблюденія самого Фурнье и другихъ врачей, которые наблюдали съ самаго начала развитіе пигментнаго сифилида въ видѣ пигментации безъ всякой примѣси высыпей другого порядка.

Мнѣ кажется, что даже безъ детальнаго обзора этихъ положеній Фурнье ясно, что цѣнность ихъ далеко не одинакова. Если первое и третье положеніе заслуживаютъ самаго детальнаго разсмотрѣнія, то отнош. нельзя того же сказать о второмъ положеніи, показаніи самихъ больныхъ. Всѣмъ сифилидологамъ, хорошо извѣстна цѣнность этихъ показаній. Не только на шеѣ, гдѣ существуютъ мѣстныя условія, какъ увидимъ ниже, прецѣдствующія наблюденію розеола, часто едва замѣтной, и на другихъ мѣстахъ, гдѣ ее легче видѣть и даже въ тѣхъ случаяхъ, когда она средней интенсивности, просматриваніе ея больными, можно сказать, заурядное явленіе, если не правило.

Мнѣ думается, что второе положеніе Фурнье слѣдуетъ совершенно исключить изъ числа доводовъ въ пользу первичности пигментнаго сифилида.

Neisser считаетъ связь лейкодермы съ розеолой и папулами доказанной по слѣдующимъ соображеніямъ. На шеѣ, правда, розеола наблюдается рѣдко, но все же чаще, чѣмъ это думаютъ. Въ виду этого, можно сомнѣваться въ этой связи на шеѣ, хотя онъ видѣлъ непосредственное замѣщеніе розеола лейкодермой, одинаковой по величинѣ и формѣ элементовъ.

Связь же лейкодермы съ розеолой или папулезнымъ сифилидомъ, на туловищѣ не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, и дѣлается очевидной по формѣ, величинѣ и способу развитія элементовъ. Способъ развитія лейкодермы при папулахъ Neisser наблюдалъ слѣдующій: по периферіи папулы, находящейся въ періодѣ обратнаго развитія и уже отчасти пигментированной, совершенно отчетливо развивается бѣлый периферическій вѣнчикъ, постепенно увеличивающійся и распространяющійся въ двухъ направленіяхъ, по периферіи и къ центру, такъ что спустя нѣкоторое время отъ бывшей на мѣстѣ папулы пигментации остается едва замѣтный слѣдъ въ видѣ тѣнъ въ самомъ центрѣ лейкодерм. пятна. Эти пятна въ однихъ случаяхъ имѣютъ наклонность къ слиянію, причемъ наружная граница всегда въ такихъ случаяхъ состоитъ изъ дугообразныхъ линій, въ другихъ сохраняютъ свою величину. Число пятенъ на шеѣ въ большинствѣ случаевъ оставалось одно и тоже. На другихъ мѣстахъ лейкодерма развивалась участки за участкомъ.

Фивейскій, не касающійся въ своей работѣ вопроса о первичности или вторичности лейкодермы, описываетъ подмѣченный имъ способъ развитія ея вокругъ папулъ совершенно также, какъ Neisser, и отмѣчаетъ подмѣченный имъ интересный фактъ, что лейкодермическія колечки, одновременно съ развитіемъ ихъ вокругъ папулъ, иногда развиваются вокругъ родимыхъ пятенъ, мелкихъ опухолей кожи и рѣже вокругъ веснушекъ, если эти пораженія находятся въ области распространенія лейкодермы. Lewin въ общемъ согласенъ съ мнѣніемъ Neisser о способѣ происхожденія лейкодермы, но добавляетъ, что она встрѣчается и при рецидивахъ, а также онъ ее видѣлъ у

страдающих склерозом до появления обихих явлений; онъ не исключаетъ изъ патогенеза и нервныхъ влияній.

Lang рѣшительно заявляетъ, что авторы, описывающіе самостоятельныя пигментныя образования безъ предшествующей высыпи, смѣшиваютъ это явленіе съ послѣдовательнымъ состояніемъ.

Rhiel, дѣлавшій свои наблюденія въ клиникѣ Kaposi, утверждаетъ, что бѣлыя пятна развиваются на мѣстѣ розеола или папулы и распространяются по периферіи. Въ случаѣ развитія лейкодермическаго пятна вокругъ папулы лейкодермическіи ободокъ начинаетъ развиваться съ периферіи, иногда лейкодерма развивается изъ очень маленькихъ пятнышекъ. При слияніи пятнышекъ линіи всегда дугообразны. Въ пятнахъ лейкодермы, развившихся послѣ папулы замѣчается атрофія папиллярнаго слоя кожи, но она не распространяется обыкновенно до края бѣлаго пятна.

На шеѣ существуютъ особыя условія, препятствующія клиническому выясненію вопроса, первично или вторично появляется пигментный сифилидъ?

Условія эти заключаются въ болѣе сильной пигментации шеи, сравнительно съ соседними участками кожи, у громаднаго большинства людей, какъ то показалъ Roelchen. Этому усиленному пигментированію способствуетъ открытое положеніе шеи, подвергающейся раздражающимъ атмосферическимъ влияніямъ, вѣтру, дѣйствию тепловыхъ и химическихъ лучей солнечнаго свѣта, съ одной стороны. Съ другой стороны, благодаря особенностямъ одежды, устроенной такимъ образомъ, что на шею приходится треніе воротниками рубашки, стоячими крахмальными воротничками, шея является вмѣстѣ съ плечевой областью мѣстомъ постоянного механическаго раздраженія. На темноокрашенномъ фонѣ подмѣтить розеолу довольно трудно. На это обстоятельство ссылаются большинство авторовъ, возражающихъ указывающимъ на сравнительную рѣдкость розеола на шею. Если мы не подмѣчаемъ часто розеола здѣсь, это еще вовсе не значитъ, что она здѣсь вовсе не встрѣчается или встрѣчается очень рѣдко.

Другое, гораздо болѣе трудное, обстоятельство подмѣтить связь пигментнаго сифилида съ высыпями на шеѣ заключается въ невозможности, въ томъ случаѣ, если даже розеола и папулы будутъ замѣчены на шеѣ, въ теченіи долгаго времени отмѣчать мѣста, занятія высыпью, и прослѣдить за тѣмъ, точно ли они соотвѣтствуютъ вновь появившимся пятнамъ лейкодермы.

Ehmann⁴³⁾, въ устраненіе возраженій точно ли лейкодерма развивается на мѣстѣ бывшихъ высыпей на шеѣ, въ трехъ случаяхъ, у двухъ женщинъ и одного мужчины, парикмахерскаго подмастерья, имѣвшаго розеолу, точно отмѣчалъ элементы высыпи на чертѣхъ, измѣривъ ихъ разстояніе на больномъ отъ vertebra prominens и processus mastoideus, причемъ оказалось, что бѣлыя пятна лейкодермы появлялись какъ разъ на тѣхъ же самыхъ мѣстахъ, гдѣ была высыпь, напр., у парикмахерскаго подмастерья она появилась чрезъ 2 мѣсяца. Появленіе лейкодермы отъ высыпи отдѣляется цѣлыми недѣлями и даже мѣсяцами, причемъ лейкодерма не всегда является послѣ первой высыпи, иногда послѣ рецидива. Нельзя никогда утверждать, встрѣтивъ лейкодерму, что на томъ мѣстѣ, гдѣ она находится, не было никакой высыпи.

На основаніи своихъ многочисленныхъ наблюденій надъ лейкодермой и процессами обезцвѣчиванія при другихъ болѣзненныхъ процессахъ, Ehmann рѣшительно отрицаетъ, что обезцвѣчиваніе можетъ быть на мѣстахъ, гдѣ не было предшествующей сифилитической высыпи. Правда, не всегда можно видѣть клинической гиперемической стадіи развитія сифилитической высыпи, но это еще не значитъ, что въ кожѣ на этомъ мѣстѣ нѣтъ гистологическихъ измѣненій, аналогичныхъ находимымъ при сифилитическихъ элементахъ.

Процессы обезцвѣчиванія на мѣстѣ сифилитическихъ высыпей особенно тамъ, гдѣ кожа болѣе пигментирована Ehmann не считаетъ явленіемъ рѣдкимъ. Taylor и многіе другіе американскіе врачи наблюдали такое обезцвѣчиваніе, какъ явленіе не рѣдкое, на мѣстѣ сифилитическихъ высыпей у негровъ. Ehmann самъ видѣлъ такого негра. Кроме того, ему особенно представляется демонстративнымъ развитіе лейкодермы у одного грузиника, который работалъ по поясу въ водѣ на солнцѣ, отчего

вся верхняя половина тѣла была пигментирована. Послѣ обратнаго развитія сифилитической высыпи, у него осталась лейкодерма на всемъ тѣлѣ до пояса съ бѣлыми пятнами именно на мѣстѣ сифилитическихъ элементовъ.

Hjelmann ⁴⁴⁾, къ работѣ котораго о лейкодермѣ я буду имѣть случай еще вернуться, употреблялъ другой способъ для отмѣтки локализациаи предшествующей сифилитической высыпи. Онъ отмѣчалъ дерматографическимъ карандашемъ мѣсто высыпи, но при такомъ способѣ часто приходилось возобновлять отмѣтки, вслѣдствіе стирания очерченныхъ мѣстъ. Поэтому послѣдствіемъ онъ примѣнялъ татуированіе мѣста высыпи нѣсколькими уколами иглы, смоченной китайской тушью. Татуировка оставалась на долгое время и позволяла потомъ точно опредѣлять, не забываясь о ежедневномъ наблюдении больного, соответствующую ли бѣлая пятна точно мѣстамъ высыпи.

На основаніи своихъ наблюденій, какъ видимъ, точно установленныхъ, Hjelmann приходитъ къ заключенію, что лейкодерма можетъ развиваться вторично въ связи съ сифилитической высыпью, отмѣчаетъ даже гистологическія особенности такой вторичной лейкодермы и говоритъ, что такіа папулезныя и розеолезныя лейкодермы нисколько не отличаются макроскопически вѣншимъ видомъ отъ первичнаго пигментнаго сифилида, въ возникновеніи котораго онъ также допускаетъ вліянія невротического свойства.

Haslund въ своей работѣ въ 1885 г. высказался за вторичное происхожденіе лейкодермы. Въ 1893 г. въ другой работѣ онъ говоритъ, что дальѣйшія наблюденія только утвердили его въ первоначально высказанномъ мнѣніи и что можно съ увѣренностью, при отсутствіи даже другихъ сифилитическихъ симптомовъ, ставить діагностику кожной сифилитической высыпи, не очень давней, при наличности лейкодермы на шеѣ. Можно пожалѣть только, по его мнѣнію, что этотъ феноменъ не является болѣе неизменно послѣ кожныхъ сифилитическихъ высыпей.

Въ этой послѣдней работѣ Haslund обращаетъ вниманіе сифилидологовъ на фактъ, который онъ не замѣтилъ раньше, а именно объ отношеніи волосъ къ лейкодермическимъ пятнамъ. Въ своей работѣ 1885 г. Haslund писалъ, что макроско-

пически строеніе кожи не представляетъ измѣненій въ бѣломъ пятнѣ и мелкіе волосы пушка не затронуты и, только открывъ послѣдствіемъ у маленькаго мальчика съ приобретеннымъ сифилисомъ алопецію волосистой части головы въ видѣ пятна съ горошину, онъ замѣтилъ, что это выпаденіе волосъ было связано съ уменьшеніемъ или недостаткомъ пигмента на мѣстахъ выпаденія. На бокахъ и задней части шеи у мальчика была рѣзко выраженная лейкодерма. Позднѣе онъ находилъ эту лейкодермическую алопецію (какъ онъ ее назвалъ) все чаще и чаще, потому что искалъ ее, обстригая волосы коротко машинкой у мужчинъ, у которыхъ замѣчалъ выпаденіе волосъ или лейкодерму на другихъ частяхъ тѣла. У женщинъ несомнѣнно, по мнѣнію Haslund, это вліяніе встрѣчалось бы чаще, но операцію стрижки можно продѣлывать только надъ мужчинами.

Лейкодермическую алопецію находятъ распространенной или на всю волосистую часть головы или на большую часть макушки и затылка. Пятна ея никогда совершенно не лишены волосъ, но покрыты болѣе рѣдкими, чѣмъ части здоровья. Величина и число ихъ различны, равно какъ и расположеніе, то болѣе тѣсное, то болѣе рѣдкое. Волосы, остающіеся на пятнѣ, менѣе связаны съ кожей, чѣмъ волосы здоровые, при малѣйшей трасіи они обламываются. Иногда не легко увидѣть у субъектовъ со свѣтлыми волосами, что пятно болѣе бѣло, чѣмъ окружающіе; у смуглыхъ видѣть это довольно легко. Haslund не видѣлъ лейкодермической алопеціи на бородѣ, подмышкахъ, лобѣ, видѣлъ на бровяхъ. На мѣстахъ гладкихъ, гдѣ пушокъ малъ и тонокъ, онъ также видѣлъ ее, но здѣсь ее трудно констатировать. Замѣтилъ она дѣлается послѣ 1-го втиранія, когда ртуть пригаетъ къ корню волоса у отверстія фолликула. Haslund не настаиваетъ, что лейкодерма всегда связана съ алопеціей, но склоненъ такъ думать.

Besnier подтвердилъ мнѣніе Haslund объ лейкодермической алопеціи. Слѣдуетъ ее только искать.

Poelchel, называющій пигментный сифилидъ vitiligo acquisita syphilitica, приходитъ къ заключенію, что на мѣстахъ бывшей розеолы возникаютъ потери пигмента, вслѣдствіе чего соответственные участки дѣлаются ненормально блѣдными. Чтобы они развились, необходимо, чтобы розеола развилась на

кожи пигментированной, поэтому и сифилитическое vitiligo наблюдается чаще на коже шеи, где относительно больше пигмента. По его мнению, неправы авторы, утверждающие, будто пестрый вид кожи зависит от новообразования пигмента на местах бывшей розеола.

По мнению Lesser (цит. по Hullen), на месте бывших розеол или папул остается еще на долгое время частичное изменение кожного пигмента, сифилитическая лейкодермия, причем сначала развивается гиперпигментация, на месте которой наступает затмение депигментация; он ссылается в подтверждение своего мнения на случаи общей лейкодермии, где расположение бляшек пятен точно отвечало местоположению исчезнувшей розеола. На периферии бляга пятна пигмент увеличиваются совершенно также, как это наблюдается при всасывании неорганических бляшек после лечения хризарином. Кроме того, он наблюдал развитие лейкодермического вбичика вокруг папулы совершенно также, как это наблюдали Neisser и Фивейский.

В другом месте Lesser ⁴⁵⁾ демонстрируя случаи лейкодермы шеи, в центре большинства бляшек пятен которой находились папула или розеола, считает невброятным, чтобы бляшки пятна ее могли развиваться двумя различными способами.

Hullen ⁴¹⁾ делал свои наблюдения в отделении Thibierge. Его поразило следующее обстоятельство: розеола на шею, окруженная нормальной кожей и бляшка пятна пигментного сифилида, заложены на пигментир. кожу относятся друг к другу, как позитивъ къ фотографическому негативу. Отсюда вытекала следующая гипотеза: возможно, что в пигментном сифилиде бляшки пятна суть остатки розеолы и вторичных высыпей. На основании 23 случаев он приходит къ заключению, что розеола на шею наблюдается чаще, чѣм думаютъ, хотя протекает иногда очень быстро; что часто, если не всегда, пигментный сифилид образуется на местах бывшей розеола; что существенная часть пигментного сифилида бляшки пятна; наконецъ, что бляшки пятна суть следствие розеола, папулы, миллиарного сифилида, причемъ они сохраняютъ ихъ местоположеніе, форму и размеры, а пигментированныя места обра-

зуются лишь въ местахъ предрасположенныхъ ко всякаго рода пигментациямъ.

Finger в заседании Вѣнскаго Дерматолог. общества 22 Мая 1891 г. представилъ больного у котораго на месте сифил. высыпи посѣдѣли волосы, а въ другомъ случаѣ это случилось на месте лейкодермическихъ пятенъ. Вышеуказанные случаи Hullen считаетъ доказательствомъ, что бляшки пятна — средоточіе процесса.

Hallopeau ⁴⁶⁾ является рѣшительнымъ сторонникомъ вторичности пигментнаго сифилида. Онъ его наблюдалъ, какъ послѣдствіе папул или розеолы, которая часто проходитъ незамѣченной. Такой способъ происхожденія, демонстрированный имъ много разъ, онъ считаетъ доказаннымъ въ настоящее время и стоющимъ внѣ всякаго сомнѣнія.

De Weismann ⁴⁷⁾ также слѣдуетъ мнѣнію Hallopeau и отмѣчаетъ наблюдаемое перѣдо у сифилитиковъ особое застойное лицо, высказывая предположеніе, не является ли застой крови на шею причиной послѣдующей пигментации.

Besnier ⁴⁷⁾ и ⁴⁴⁾ склоненъ думать, что лейкодерма — следствие незначительной розеола, ускользящей отъ клиническаго наблюденія.

Другіе авторы не придерживаются такой исключительной точки зрѣнія и допускаютъ двойное происхожденіе пигментнаго сифилида. Къ числу ихъ относится Hjelmann, клинически изслѣдованія котораго и цитировалъ выше, и цѣлый рядъ авторовъ преимущественно французскихъ.

Danlos ⁴⁸⁾ думаетъ, что существуютъ двѣ формы пигментнаго сифилида, одна самая частая, первичная, классическая форма и чисто дисхромическая; другая, болѣе рѣдкая, образующаяся послѣ предшествующей высыпи и отличающаяся атрофіей кожи.

Balzer и Faure-Beaulieu ⁴⁹⁾ утверждаютъ, что въ клиническомъ развитіи и патогенезѣ пигментнаго сифилида слѣдуетъ различать два процесса, которые могутъ проявляться выѣтъ или раздѣльно: 1) высыпной процессъ, составляемый папулами (или розеолами), различаемыми клинически, которые производятъ лейкодермію, иногда съ атрофіей кожи; 2) пигментный процессъ, болѣе или менѣе интенсивный, который превали-

ходимо допустить, что на ряду съ пигментнымъ сифилидомъ первичнаго характера съ клинической точки зрѣнія, могутъ встрѣтиться случаи вторичнаго характера. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, если не было прослѣжено съ самаго начала развитіе пигментнаго сифилида, имѣя его передъ собою уже сформировавшимся, въ зрѣлой формѣ, невозможно определить способъ его происхожденія, такъ какъ клиническая картина не даетъ для этого никакихъ данныхъ. Мы и видимъ, что считаясь съ этимъ обстоятельствомъ, большинство авторовъ принимающихъ первичное происхожденіе не отрицаютъ возможности для него развитія и вторичнымъ путемъ.

Не только въ Германіи, гдѣ мнѣніе Фурнье не встрѣтило сторонниковъ, но и среди французскихъ авторовъ мнѣніе о вторичномъ происхожденіи пигментнаго сифилида находятъ въ однихъ рѣшительныхъ сторонниковъ, а другіе, наблюдавшіе въ вторичное происхожденіе пигментнаго сифилида, допускаютъ возможность обоихъ способовъ происхожденія его. Допускающихъ способъ только первичнаго происхожденія пигментнаго сифилида сравнительно немного.

Тѣмъ не менѣе слѣдуетъ отмѣтить согласное мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клинически нельзя было констатировать ни малѣйшихъ высыпей, т. е. пигментный сифилидъ развивается первично, дѣло начинается обыкновенно съ диффузной гиперпигментациіи шейной области на фонѣ которой затѣмъ уже начинаютъ появляться бѣлыя пространства, которые какъ бы расширяются и суживаются пигментированное поле до узкихъ полосокъ неправильной формы, иногда съ зубчатыми краями.

Таково мнѣніе, что особенно цѣнно, именно тѣхъ немногихъ авторовъ, которымъ удалось наблюдать развитіе пигментнаго сифилида съ первыхъ дней его проявленія, шагъ за шагомъ. Точно такой же способъ развитія пигментнаго сифилида съ предшествующей диффузной гиперхроміей наблюдалъ неоднократно въ Калинкинской больницѣ проф. Т. П. Павловъ.

Но здѣсь же слѣдуетъ указать, что подобный способъ развитія, какъ было указано въ началѣ, все же отличается отъ способа развитія указаннаго Фурнье. Послѣдній говоритъ, что на здоровой кожѣ сразу въ теченіе 2—3 недѣль появляются

пигментныя пятна, полосы, то сливающіяся, то остающіяся изолированными, которыя въ такой формѣ остаются на долгое, неопредѣленное время, т. е. пигментациі, начавшись незамѣтно на нѣкоторыхъ мѣстахъ, въ 2—3 недѣли достигаетъ своего аспе, тогда какъ другіе авторы, какъ на начальное явленіе, указываютъ на диффузную пигментацию, которая незамѣтно усиливается и на фонѣ которой лишь позднѣе появляются бѣлыя пространства.

Въ этомъ послѣднемъ происхожденіи пигментнаго сифилида и заключается разница въ способѣ развитія, описываемаго Фурнье и тѣми врачами, на которыхъ онъ ссылается въ своемъ третьемъ положеніи въ пользу первичности пигментнаго сифилида.

Первымъ произведшимъ въ 1865 г. микроскопическое исследование пигментнаго сифилида былъ Tantarri (27).

Исследованныя имъ бѣлыя пространства содержали столько же пигмента, сколько нормальная кожа. Число случаевъ, продолжительность существованія пигментнаго сифилида не указаны въ работѣ.

Saintin (1884 г.) совместно съ Baraban (53 и 28) (Nancy) исследовалъ микроскопически кожу одного больного. Въ бѣлыхъ пятнахъ пигментъ содержался даже въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ нормальной кожѣ, но въ меньшемъ, чѣмъ въ мѣстахъ макроскопически пигментированныхъ, и былъ неравномѣрно распределенъ въ эпидермисѣ. Пигментъ содержался и въ сосочковомъ слоеѣ кожи, гдѣ онъ находился въ соединительно-тканыхъ клѣткахъ, особенно по ходу сосудовъ, а также между соединительно-ткаными пучками. На поперечныхъ разрѣзахъ сосудовъ въ стѣнкѣ сосуда пигмента не замѣчалось, онъ находился только снаружи сосудовъ. Въ самой кожѣ имѣлся склерозъ ткани (condensation) со слѣдами воспаленія. Авторъ думаетъ, что пораженіе—результатъ хроническаго воспаленія кожи специфическаго характера (dermite syphilitique).

Neisser (1883) принимая для сравненія цвѣта бѣлыхъ пятенъ и пигментированныхъ мѣстъ тотъ же пріемъ, что и Фурнье: на бумагѣ вырѣзывались мѣста, по формѣ и величинѣ соответствующія бѣлымъ пятнамъ, и сравнивались съ нормальной кожей. Бѣлыя пятна казались свѣтлѣе нормальной

кожи, но явление это резко бросалось в глаза только в высших стадиях болезни. В предшествующем и последующем периодѣ контрастъ были не такъ замѣтны на бѣлыхъ мѣстахъ, пигментированныя же были рѣзче замѣтны, чѣмъ нормальная кожа. На шеѣ, благодаря существующей часто пигментации, можетъ произойти иллюзия сдвигапія пигмента, какъ при vitiligo. В теченіи короткаго времени высшей стадіи развитія симптома наблюдается полное отсутствіе пигмента, до и послѣ относительная бѣдность.

Сущность патологоанатомическаго процесса объденія кожи пигментомъ Neisser видитъ въ чрезмѣрно быстромъ размноженіи и отторженіи эпителиальныхъ клѣточекъ, гдѣ пигментъ не успѣваетъ накапливаться изъ сосудовъ. Возстановленіе пигмента Neisser отказывается объяснить.

Rhiel (20) центрѣ болезни также видитъ въ бѣлыхъ пятнахъ. При лейкодермѣ на мѣстѣ бывшихъ папулъ онъ замѣчаетъ атрофію папиллярнаго слоя, не распространяющуюся до края бѣлыхъ пятенъ. Съ мнѣніемъ Neisser'a о патогенезѣ лейкодермѣ онъ не согласенъ, такъ какъ на мѣстѣ ея нѣтъ шелушенія, что должно было бы быть, если бы было чрезмѣрно быстрое размноженіе и отторженіе клѣтокъ Мальпигіева слоя. Микроскопическое изслѣдованіе доказываетъ ошибочность такого мнѣнія. При микроскопическомъ изслѣдованіи онъ нашелъ слѣдующія измѣненія: на бѣлыхъ мѣстахъ въ базальныхъ и выше лежащихъ клѣткахъ эпидермиса полное отсутствіе пигмента; на пигментированныхъ мѣстахъ слегка желтоватое окрашиваніе нижнихъ клѣтокъ сѣтѣ постепенно усиливалось и безъ рѣзкихъ границъ переходило въ нормальную пигментацию. Въ сосочкахъ кожи на бѣлыхъ мѣстахъ онъ находилъ большое количество пигментныхъ клѣтокъ отъ желтаго до темно-коричневаго цвѣта, неправильной формы, съ отростками, зернистой протоплазмой и маленькимъ яснымъ ядромъ. Пигментъ въ нихъ находился въ видѣ зеренъ различной величины. Пигментныя клѣтки расположены между соединительно-тканными волокнами и частью вокругъ отдѣльныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, нѣкоторыя же подъ самымъ базальнымъ слоемъ эпидермиса. Распределеніе ихъ довольно равномерное. Больше ихъ было въ сосочкахъ, въ по-

верхностныхъ частяхъ ихъ и на границѣ бѣлыхъ мѣстъ съ пигментированными. Въ центрѣ бѣлаго пятна онѣ менѣе многочисленны и расположены въ болѣе глубокихъ слояхъ cutis. На нѣкоторыхъ препаратахъ подобныя клѣтки оказались на краю бѣлыхъ пятенъ и, повидимому, въ здоровой кожѣ прилегали къ базальному слою, выпуская одинъ или нѣсколько отростковъ въ клѣтки эпидермиса. На бѣлыхъ и переходныхъ мѣстахъ эти клѣтки отличались темно-коричневымъ цвѣтомъ, а гдѣ базальный слой содержалъ значительное количество пигмента, ихъ протоплазма казалась только желтоокрашенной и пронизанной немногими зернышками пигмента. Въ cutis не было существенныхъ измѣненій и только, гдѣ макроскопически въ центрѣ замѣчались остатки папулы, тамъ былъ кругло-клеточный инфильтратъ вокругъ сосудовъ въ болѣе или менѣе обильномъ количествѣ и увеличеніе числа ядерныхъ элементовъ соединительной ткани.

Въ центральной части бѣлаго пятна отсутствовали сосочки, а соединительно-тканные пучки, пронизанные клѣтками, тянулись горизонтально подъ эпидермисомъ. Въ структурѣ эпидермиса нельзя было замѣтить отклоненія сравнительно съ нормальными мѣстами. Въ бѣлыхъ и пигментированныхъ мѣстахъ были найдены въ Мальпигіевой сѣтѣ двухъ ядренныя клѣтки равномерно разбѣянными по тѣмъ и другимъ. Толщина зубчатаго, зернистаго и роговаго слоя на бѣлыхъ и пигментированныхъ мѣстахъ оказалась одинаковой.

По Rhiel'ю процессъ депигментации эпидермальнаго слоя происходитъ параллельно съ увеличеніемъ пигмента въ ниже лежащихъ пигментныхъ клѣткахъ. Происходитъ, какъ бы, обратное перемѣщеніе пигмента изъ эпидермиса въ cutis, процессъ обратный нормальному пигментированію кожи. Такъ же, по Rhiel'ю, происходитъ дѣло при vitiligo, въ противоположность посѣдствію волосъ, гдѣ блуждающія клѣтки прекращаютъ нормальное снабженіе волосъ пигментомъ.

Причиной лейкодермы у сифилитиковъ Rhielъ считаетъ нарушеніе равновѣсія питанія кожи.

Tortora (54) 1886) сдѣлалъ микроскопическое изслѣдованіе на кусочкѣ кожи женщины во вторичномъ періодѣ сифилиса, на мѣстѣ бывшей распространенную лейкодерму, интенсивность которой

уменьшалась от шеи по направлению книзу. Изъ работы нельзя видѣть, вырѣзано ли имъ только лейкодермическое пятно или въ срѣзъ попала и пигментированная окружность. При микроскопическомъ изслѣдованіи найденъ пигментъ въ глубокихъ клѣткахъ Мальпигіева слоя, а также въ поверхностныхъ слояхъ собственно кожи въ видѣ мельчайшихъ зернышекъ. Въ другой половинѣ этого же кусочка, обработаннаго осміевою кислотой, наблюдались подъ микроскопомъ первныя волокна, которые ничего аномальнаго не представляли.

Хотя наблюденіе Bockhart'a⁽⁵⁵⁾ (1887) и цитируется въ литературѣ пигментнаго сифлида, но относительно этого случая, подвергавшагося микроскопическому изслѣдованію, слѣдуетъ сдѣлать оговорку въ томъ смыслѣ, что едва ли онъ подходитъ подъ обычное понятіе первичной и вторичной пигментации. Случай былъ совершенно особенный, подобнаго которому, кажется, никто до Bockhart'a, ни послѣ него не наблюдалъ. Больная-женщина, заразившаяся сифилисомъ въ январѣ 1883 года. Въ началѣ апрѣля того же года появилась обычная сифилитическая сыпь, которая существовала безъ особыхъ измѣненій до конца апрѣля, какъ вдругъ въ одну ночь всѣ сифилитическіе элементы обратились въ темнокоричневые пятна, рѣзко очерченныя. Общее состояніе здоровья при этомъ нисколько не измѣнилось. Былъ ли это случай геморагическаго сифилиса, трудно сказать. Всѣ видѣвшіе его врачи изумлялись. Судя по микроскопическому изслѣдованію, это было такъ.

Маевъ⁽¹⁴⁾ (1889) изслѣдовалъ гистологическія измѣненія на кожѣ четырехъ больныхъ. Изслѣдованіе касается какъ бѣлыхъ мѣстъ, такъ равно гиперпигментированныхъ и переходныхъ между ними. На мѣстахъ темныхъ пятенъ Мальпигіевъ слой оказался утолщеннымъ въ 2—3 раза противъ нормы. Пигментация сильнѣе нормальной и распределена не только въ клѣткахъ, но и между ними, обусловливая сѣтчатый видъ всего эпителиальнаго слоя. Сосочки сдавлены и сужены. Мелкія артеріи и вены утолщены до 3—4 разъ противъ нормы. Утолщеніе обусловливается скопленіемъ въ стѣнкахъ круглыхъ клѣтокъ и развитіемъ молодой соединительной ткани, с

преобладаніемъ послѣдней. Эндотеліи набухъ, просвѣтъ сосудовъ суженъ, мѣстами они запустѣли. Въ просвѣтѣ малыхъ сосудовъ встрѣчаются окрашенныя въ желтоватый цвѣтъ въ значительномъ количествѣ зернышки, такія же, какъ въ протоплазмѣ нѣкоторыхъ эндотеліальныхъ клѣточекъ. Вокругъ сосудовъ въ кожѣ и главнымъ образомъ въ сосочкахъ встрѣчаются въ большомъ количествѣ круглыя, яйцевидныя и звѣздчатыя пигментированныя клѣтки съ отчетливымъ ядромъ. Такія же въ adventitia сосудовъ. Зернистый пигментъ такого же цвѣта, какъ въ Мальпигіевомъ слое, встрѣчается не только вокругъ сосудовъ, но и между волокнами соединительной ткани по соковымъ каналамъ, въ видѣ тонкихъ линій, а также въ протоплазмѣ соедин. тканыхъ клѣтокъ. Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ нѣтъ въ тканяхъ и около сосудовъ нѣтъ. Вокругъ потовыхъ железъ незначительное развитіе молодой соединительной ткани. Эпителиальной слой волосянаго влагалища и луковицы мѣстами утолщенъ и пигментированъ. Въ переходныхъ мѣстахъ отъ темныхъ пятенъ къ бѣлымъ: эпидермисъ истонченъ, stratum lucidum не видно. Въ нѣкоторыхъ центральныхъ мѣстахъ бѣлаго пятна истонченіе эпителиальнаго слоя доходитъ до 1—2 рядовъ совершенно сплюснутыхъ клѣтокъ. Здѣсь замѣчается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ потеря способности ядеръ окрашиваться. Пигментъ, встрѣчающійся еще въ глубокихъ слояхъ цилиндрическаго слоя на переходныхъ мѣстахъ, въ Мальпигіевомъ слое центральныхъ частей бѣлаго пятна исчезаетъ вовсе. Пигментныя клѣтки въ толщѣ cutis и вокругъ сосудовъ по мѣрѣ приближенія къ срединѣ бѣлаго пятна становятся рѣже и, наконецъ, исчезаютъ вовсе. Зернистаго пигмента въ лимфатическихъ путяхъ не замѣчается. Кровеносные сосуды запустѣваютъ настолько, что на мѣстѣ ихъ въ центральныхъ частяхъ бѣлаго пятна замѣчаются тяжи вѣтвляющихся элементовъ соединительной ткани.

На основаніи результатовъ своего микроскопическаго изслѣдованія Маевъ приходитъ къ заключенію, что пигментный сифилитъ развивается подъ вліяніемъ хроническаго воспаления мелкихъ сосудовъ кожи, которое въ началѣ выражается пораженіемъ эндотеліи и клѣточнымъ инфильтратомъ adventitiae результатомъ чего является расстройство кровообращенія. Крас-

ныя кровяныя тѣльца, распадаясь, освобождаютъ свой пигментъ, пропитывающій adventitia, кѣлѣчки соединительной ткани и Мальпигиевый слой, располагающійся и въ сосочковыхъ канальцахъ. Въ послѣдствіи большинство сосудовъ заустѣбываетъ, сосочки утончаются и атрофируются, пигментация исчезаетъ и появляется блѣое пятно. По Маеву возможно, что такое заболѣваніе сосудовъ представляетъ дальнѣйшее развитіе разстройствъ кровообращенія, которыя имѣютъ мѣсто въ кондилломатозномъ періодѣ, но во всякомъ случаѣ оно развивается самостоятельно, иначе оно наблюдалось бы гораздо чаще.

Audry (83) (1890), считая мнѣніе нѣмецкихъ авторовъ о пигментномъ сифилидѣ, какъ процессѣ аналогичномъ vitiligo, навѣрное неправильнымъ, изслѣдовалъ только части гиперпигментированныя и нашелъ, что въ послѣднихъ мѣстахъ кѣлѣчки производительнаго слоя надкожицы, и въ меньшей степени вышележація, инфильтрированы мельчайшими желтоватыми зернами пигмента, сообщающимися инфильтрированному имъ мѣсту легкіи отѣнокъ сени, ясно уловимый даже при малыхъ увеличеніяхъ. Въ сосочкахъ, ось которыхъ часто занята вышедшими лейкоцитами, находится здѣсь и тамъ пигментныя глыбки, послѣднія видны въ очень поверхностныхъ слояхъ дермы, но поясъ железъ и сосудистой сѣти не затронутъ. Вокругъ волосъ нѣтъ пигмента. Никакихъ слѣдовъ воспалительнаго инфильтрата или рубцоватаго вида. Мелкія артеріи и капилляры, повидимому, не затронуты вовсе, несмотря на самыя тщательные поиски ихъ измѣненій. Никакихъ слѣдовъ геморагій старой или свѣжей не найдено. Пигментъ дермальныхъ слоевъ часто кажется приставшимъ къ бѣлымъ шарикамъ, разсѣяннымъ между пучками соединительной ткани, больше его находится внутри этихъ шариковъ, вокругъ ядра. Препараты совершенно похожи на кожу негритянки, изслѣдованную параллельно, хотя пигмента въ послѣднемъ случаѣ естественно было больше. Пигментъ, по автору, происходитъ изъ дермы, приносимый пигментированными бѣлыми тѣльцами.

Unna (82) (1894), какъ извѣстно, держится, особаго мнѣнія о происхожденіи пигментнаго сифилида, причисляя его къ пораженіямъ нервного характера и называя цѣлую группу такихъ позднихъ пораженій конца вторичнаго или начала

третичнаго періода (круговидная, кольцевидная розеола, ихъ эритематознопапулезная разновидность, пигментный сифилидъ) нейросифилидами, на мѣстѣ которыхъ часто появляется пигментация, или, какъ при пигментномъ сифилидѣ, она появляется самостоятельно, первично.

Основаніемъ для такого опредѣленія упомянутыхъ выше для Unna послужило наблюденіе надъ кожными проявленіями проказы, при которой также встрѣчаются аналогичныя эритематозныя, папулезныя и пигментныя пораженія, представляющія по Unna не кожныя лепромы, а слѣдствіе пораженія сосудодвигательныхъ нервовъ, такъ какъ пятна при нервной проказѣ никогда не содержатъ въ себѣ палочекъ. Гистологическое же изслѣдованіе показало, что въ образованіи подобныхъ выше для Unna при проказѣ воспаленіе, якобы, не играетъ никакой роли, а все дѣло сводится къ усиленному питанію подъ влияніемъ расширенія сосудовъ отъ паретического состоянія ихъ стѣнокъ, зависящаго въ свою очередь отъ лепромы сосудодвигательныхъ нервовъ. За расширеніемъ сосудовъ въ началѣ процесса слѣдуетъ утолщеніе ихъ стѣнокъ, вслѣдствіе размноженія веретенообразныхъ кѣлѣчекъ наружной оболочки, и распространеніе кѣлѣчной гиперплазіи на ткань, окружающую сосуды и больше всего на сосочковый слой кожи.

Основываясь на сходствѣ въ клиническомъ и гистологическомъ отношеніяхъ пятнистыхъ сыпей при сифилисѣ и проказѣ, Unna приходитъ къ заключенію, что и причины должны быть сходны.

Подобные поздніе нейросифилиды, по мнѣнію Unna, обнаруживаютъ связь съ сосудистыми районами и ихъ коллатеральною сѣтью, держатся упорно, существуютъ продолжительно и мало поддаются специфическому леченію.

Микроскопическому изслѣдованію Unna подвергалъ одинъ случай пигментнаго сифилида, причемъ макроскопическая картина слагалась изъ центральной рассыпавшейся пигментированной розеола, окруженной бѣлымъ вѣнчикомъ, замѣченнымъ за 14 дней до изслѣдованія, вокругъ котораго въ свою очередь существовалъ пигментированный участокъ. Словомъ имѣлось розеолезное пятно, вокругъ котораго развивалось по способу вышеописанному лейкодермическое пятно, окруженное

гиперпигментированнымъ кольцомъ, то, что называется вторичной лейкодермией.

На микроскопическомъ препаратѣ въ срѣзѣ попала къ одному концу боковая часть розеолы, въ средину бѣлое пятно, къ другому концу пигментированная часть. Наибольшее количество пигмента наблюдалось въ концахъ срѣза: большее — соответственно пигментированной части, меньшее — боковой части розеолы. Бѣлое пятно не было лишено совершенно пигмента; пигментъ въ немъ — въ меньшемъ количествѣ и былъ иначе распределенъ. Въ cutis на всемъ протяженіи пигментъ располагался вокругъ перителія сосудовъ и въ лимфатическихъ щеляхъ, прилегающихъ къ гипертрофированнымъ веретенообразнымъ клеткамъ сосочкового слоя. На мѣстѣ розеолы плазматическія клетки были въ небольшомъ количествѣ. Сосуды на всемъ протяженіи кусочка были изменены такъ: эндотелій и перителій вѣсѣхъ капилляровъ сосочкового тѣла разбухъ, послѣдній сильно размножился, веретенообразныя клетки cutis увеличены въ объемѣ. На мѣстѣ розеолы изменения сосудовъ соответствовали подобной высьши, причемъ во всей окрестности сосудовъ замѣчались плазматическія клетки. Во всемъ кускѣ не было лейкоцитовъ, ни съ пигментомъ, ни безъ него. Пигментъ въ срединѣ срѣза ясно лежалъ на поверхности клетокъ, на концахъ же не исключалась возможность проникновения его въ наружную часть клетокъ. Наибольшая масса пигмента лежала во всякомъ случаѣ свободно въ лимфатич. щеляхъ.

Выводы, которые Унна дѣлаетъ на основаніи этого изслѣдованія, таковы: наличность диффузной гиперпигментации и гиперплазіи сосочкового тѣла; бѣлыя пятна образуются путемъ поглощенія пигмента, которое прежде всего здѣсь и происходитъ, распространяясь затѣмъ на сосѣднія части. Поглощеніе пигмента, лежащаго свободно въ лимфатическихъ щеляхъ и окружающаго соединительно-тканныя клеточки, происходитъ уже въ сосочковомъ тѣлѣ. Гиперплазія клетокъ продолжаетъ сохраняться.

Сущность всего явленія заключается въ первичной пигментации и клеточной гиперплазіи. Унна не нашелъ первичнаго тромбоза сосудовъ, какъ первопричины. Всасываніе пигмента

сначала на мѣстѣ бѣлаго пятна Унна объясняетъ большею активностью циркуляціи здѣсь крови.

Grattali (1896) нашелъ на срѣзахъ одного случая типичнаго пигментнаго сифилида въ бѣломъ пятнѣ роговой и прозрачной слой нормальнымъ, но присутствіе большаго, чѣмъ въ нормальной кожѣ, количества окрашенныхъ зеренъ въ цилиндрическихъ клеткахъ Мальпигіева слоя и въ нѣкоторыхъ сосѣднихъ полигональныхъ клеткахъ. Между этими клетками замѣчались, кромѣ того, маленькія скопленія черноватаго аморфнаго вещества, которое въ нѣкоторыхъ полоскахъ имѣетъ зернистый видъ. Въ сосочкахъ кожи инфильтраціонныя зоны, состоящія изъ элементовъ, похожихъ на лейкоцитовъ, разсыпанныхъ неправильно, но соответствующихъ въ большей части направленію сосудовъ, просвѣтъ которыхъ иногда сужены. Инфильтрація молодыми элементами наблюдалась также вокругъ сосудистыхъ петель сосочковъ. Гистологическія изменения въ пигментированныхъ частяхъ почти идентичны, за исключеніемъ того, что скопленіе темныхъ зернышекъ болѣе сильно въ упомянутыхъ выше частяхъ эпидермиса. Околососудистая инфильтрація не ограничивается однимъ сосочковымъ слоемъ, но существуетъ болѣе глубоко. Кромѣ клетокъ, подобныхъ лейкоцитамъ, въ сосочковомъ слоеѣ кожи наблюдались болѣе крупныя, различной величины клетки: круглыя, полигональныя, звѣздчатыя и веретенообразныя, съ маленькими темными зернышками внутри ихъ протоплазмы. Нѣкоторыя изъ этихъ клетокъ подобны постояннымъ клеткамъ соединительной ткани, другія представляютъ подобіе тѣхъ, которыя встрѣчаются въ плазматическихъ пространствахъ эпидермы.

По гистологическому изслѣдованію авторъ заключаетъ, что неполное и недостаточное отложеніе пигмента при пигментномъ сифилидѣ является слѣдствіемъ легкаго воспалительнаго процесса въ самой кожѣ, недостаточнаго клиническому наблюденію. Также какъ при обыкновенныхъ сифилидахъ, гдѣ наблюдаются расстройство пигментации, при пигментномъ сифилидѣ явленіе это не имѣетъ другой причины, кромѣ сифилитической инфекціи.

Dreyse (88) (1896) изслѣдовалъ микроскопически 3 случая пигментнаго сифилида.

Онъ констатировалъ въ эпидермисѣ бѣлаго пятна гораздо меньшее количество пигмента, чѣмъ въ сосѣднихъ частяхъ. Въ cutis разница больше: въ бѣломъ пятнѣ небольшое количество пигмента, въ окружности чрезвычайное обиліе его, но этой разницѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ нельзя придавать большого значенія, такъ какъ въ третьемъ случаѣ въ cutis и эпидермисѣ соответственно бѣлому пятну было значительное скопленіе пигмента. Въ общемъ при лейкодермѣ онъ не найдетъ абсолютной депигментации на бѣлыхъ мѣстахъ. Этимъ и печеривается то немногое, что мы нашли о микроскопическихъ измѣненіяхъ при пигментномъ сифилидѣ въ этой работѣ. Своего объясненія патогенеза пигментнаго сифилюса Dreysel не даетъ.

Hjelmann⁽⁴⁴⁾ (1897) изслѣдовалъ 10 кусочковъ кожи, взятыхъ отъ 7 больныхъ: въ трехъ случаяхъ (1, 2 и 4 по порядку Hjelmann'a) изслѣдованіе производилось имъ повторно и было сдѣлано, насколько мнѣ извѣстно, имъ первымъ и до настоящаго времени никѣмъ другимъ не производилось. Подобныя повторныя изслѣдованія имѣли бы, по моему мнѣнію, большое значеніе для выясненія противорѣчивыхъ результатовъ микроскопическаго изслѣдованія различныхъ авторовъ, но подобныя повторныя изслѣдованія могли быть сдѣланы только при исключительно благоприятныхъ условіяхъ, наличности согласія больныхъ на повторную биопсію.

Биопсіа во всѣхъ случаяхъ производилась безъ мѣстнаго наркоза. Микроскопическое изслѣдованіе дѣлалось на неокрашенныхъ и окрашенныхъ препаратахъ. Изслѣдовались обезцвѣченные и гиперпигментированные участки. Кусочки брались величиною съ горошину. Въ трехъ случаяхъ лейкодерма развилась на мѣстѣ бывшихъ папулезныхъ высыпей, причемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ она наступила послѣ рецидива сифилиса, а въ другомъ на мѣстѣ бывшихъ мокнущихъ папулъ. Въ четвертомъ случаѣ, хотя и была папулезная сыпь, нельзя было съ увѣренностью сказать, произошла ли лейкодерма на мѣстѣ бывшей сыни. Остальные 3 случая не были подъ наблюдениемъ.

Въ первыхъ трехъ случаяхъ обезцвѣчиваніе развивалось на мѣстѣ бывшихъ высыпей, но ни клинически, ни микроскопически не отличалось отъ типичной лейкодермы, въ виду этого

Hjelmann, не колеблясь, относитъ и ихъ въ рубрику лейкодермы.

1-й случай. Изслѣдованіе производилось дважды. Второе чрезъ 2 мѣсяца.

При первомъ изслѣдованіи въ пигментированныхъ частяхъ обнаружено: базальныя кѣтки эпидермиса пигментированы угѣрено сильно, въ сосочкахъ и stratum subpapillare довольно обильное количество пигмента. Въ сосочкахъ и stratum subpapillare вокругъ сосудовъ небольшая круглокѣточная инфильтрація. Откормленные кѣтки—въ большомъ числѣ. Въ лейкодермической части: базальныя кѣтки слабо или вовсе не пигментированы. Мальпигіева сѣтъ нѣсколько утончена. Въ cutis полное отсутствіе или малое количество пигмента. Сосочки во многихъ мѣстахъ уплощены. Въ сосочкахъ и въ stratum subpapillare въ особенности вокругъ сосудовъ легкая круглокѣточная инфильтрація. Въ центрѣ лейкодермическаго пятна инфильтрація эта гуще и наблюдается вокругъ одного волосяного мѣшечка и одной сальной железы. Откормленные кѣтки въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ пигментированной части, и находятся, какъ и тамъ, въ сосочкахъ, рядомъ съ сосудами, съ волосяными мѣшечками и сальными железами.

При повторномъ изслѣдованіи—въ лейкодермической части явленія въ отношеніи пигмента почти тѣже. Вышеупомянутая инфильтрація въ центрѣ ея въ значительно меньшей степени. Въ сосудахъ боковыхъ частей сѣтца никакихъ измѣненій. Откормленные кѣтки въ угѣренномъ количествѣ.

2-й случай. Вторичное изслѣдованіе чрезъ 1½ мѣсяца послѣ перваго. Женщина. Кожа съ живота. При первомъ изслѣдованіи въ темнопигментированной части оказалось обильное количество пигмента въ базальныхъ, а мѣстами и въ кѣткахъ Мальпигіевой сѣты до самыхъ верхнихъ слоевъ ея. Въ сосочкахъ cutis и въ stratum subpapil. сравнительно небольшое количество пигмента. Въ сосудахъ ничего ненормальнаго. Откормленные кѣтки въ очень большомъ количествѣ.

Въ лейкодермической части: базальныя кѣтки пигментированы, хотя и въ меньшей степени, чѣмъ въ прилегающей нормальной кожѣ, и только въ нѣсколькихъ мѣстахъ базальныя кѣтки свободны отъ пигмента. Въ cutis пигментъ почти со-

всѣмъ отсутствовать и только тамъ и сямъ нѣсколько маленькихъ скопленій зернистаго пигмента.

Epidermis обнаруживаетъ высокую степень атрофii: Мелкопигиравъ слой уменьшился до 1 — 2 рядовъ кѣтокъ. Сосочки сѣтъ почти вездѣ сглажены. Такой же атрофii, повидимому, подверглись и сосуды въ верхнихъ слояхъ.

При самомъ поверхностномъ обзорѣ бросается въ глаза ничтожное ихъ количество въ лейкодермической части. Въ изгибающихся сосудахъ просвѣтъ сильно суженъ, а вокругъ нихъ—легкая кѣточная инфильтрацiя. Откормленные кѣтки въ столь же большомъ числѣ, какъ и въ болѣе богатой сосудами нормальной кожѣ.

При повторномъ изслѣдованii въ смыслѣ распредѣленiя пигмента тоже соотношенiе. Въ базальныхъ кѣткахъ пигментированной части меньше количество пигмента. Въ cutis скудное количество его. Въ лейкодермической части эпидермисъ утонченъ, сосочки сглажены. Cutis лишена пигмента. Въ сосочкахъ, непосредственно подъ эпителиемъ, и въ stratum subpapillare мѣстами замѣчается довольно обильная мелкокѣточная инфильтрацiя, особенно, вокругъ сосудовъ, просвѣтъ которыхъ суженъ. Откормленные кѣтки встрѣчаются, особенно, въ лейкодермической части.

4-й случай. Кожа съ шеп. Второе изслѣдованiе чрезъ 3 мѣсяца слишкомъ послѣ перваго.

При первомъ изслѣдованii въ пигментированной части: въ эпидермисѣ и cutis довольно обильное количество пигмента. Въ сосудахъ сосочковъ и stratum subpapillare—легкая периваскулярная кѣточная инфильтрацiя. Въ лейкодермической части: базальные кѣтки слабо пигментированы. Въ cutis небольшое количество пигмента, а мѣстами онъ вовсе отсутствуетъ. Epidermis утонченъ, сосочки болѣею частью уплощены. Въ сосочкахъ меньше количество сосудовъ, чѣмъ въ прилегающихъ частяхъ. Откормленные кѣтки въ большомъ количествѣ даже и въ лейкодермической части.

При повторномъ изслѣдованii: въ пигментированной части базальные кѣтки содержатъ обильное количество пигмента, въ сосочкахъ и stratum subpapillare еще болѣе. Легкая мелкокѣточная инфильтрацiя вокругъ нѣсколькихъ сосудовъ въ сосочкахъ и stratum subpapillare.

Въ лейкодермической части: въ эпидермисѣ и cutis пигмента столько же, сколько его имѣется въ нормальной, вырѣзанной съ живота кожѣ. Epidermis нѣсколько болѣе узокъ, чѣмъ въ пигментированной части. Сосочки и stratum subpapillare отличаются бѣдностью сосудовъ отъ прилегающихъ частей. Кѣточной инфильтрацiи ткани не замѣтно.

Изъ обзорѣния всѣхъ изслѣдованныхъ Hjelmann'омъ случаевъ видно, что въ лейкодермическихъ мѣстахъ количество пигмента въ сосочкахъ и stratum subpapillare было меньше, чѣмъ въ базальномъ кѣточномъ слое. Эти кѣтки всегда содержали пигментъ, но въ меньшемъ количествѣ и только одинъ разъ и въ маленькой части препарата онъ былъ лишенъ его вовсе. Въ cutis же его содержалось крайне скудное количество, во многихъ же случаяхъ онъ вовсе отсутствовалъ. На окрашенныхъ карминомъ срѣзахъ въ базальныхъ кѣткахъ пигментъ различался плохо, въ cutis различался хорошо. Въ двухъ случаяхъ количество пигмента почти не отличалось отъ нормальнаго, откуда онъ заключаетъ, что въ одной категорii случаевъ объясненiе лейкодермы Fournier зрительнымъ контрастомъ правильно.

Въ одномъ случаѣ лейкодермы послѣ широкихъ кондиломъ базальные кѣтки были слабо пигментированы, а cutis сильно пигментирована, сильнѣе, чѣмъ нормальная кожа. По Hjelmann'у обратно перенесеннаго пигмента изъ epidermis въ cutis здѣсь нѣтъ, а есть новообразованiе пигмента, не успѣваго еще перейти въ epidermis.

Въ пигментированныхъ мѣстахъ—обильное содержанiе пигмента въ cutis и меньше въ базальныхъ кѣткахъ.

Большая часть пигмента располагалась внутри кѣтокъ, меньшая внѣ ихъ. Откормленные кѣтки не содержали пигмента и Hjelmann не наблюдалъ связи между переносомъ пигмента въ cutis и откормленными кѣтками, какъ это утверждалъ Philippson. Нахожденiе откормленныхъ кѣтокъ въ большомъ количествѣ, особенно въ лейкодермической части, объясняется разстройствомъ питанiя.

Эпидермисъ лейкодермической части былъ утонченъ, Мелкопигиравъ сѣтъ тоже, сосочки уплощены. Сосуды—въ меньшемъ числѣ, чѣмъ въ пигментированной части, съ незначительной

клеточной инфильтрацией вокруг части ихъ. Въ случаяхъ лейкодермы послѣ напулъ въ сосочкахъ и stratum subpapillare наоборотъ наблюдалась обильная круглоклеточная инфильтрація и сужение просвѣта ихъ. Въ пигментированной части, богатой сосудами, наблюдалось въ сосочкахъ и stratum subpapillare легкое умноженіе клетокъ, за исключеніемъ двухъ случаевъ.

Гиперпигментациі Нjelmann приписываетъ патологическій характеръ, въ виду болѣе обильнаго содержанія сосудовъ, клеточной инфильтраціи вокругъ нихъ и особаго расположенія пигмента. Въ то время, какъ при физиологической пигментациі пигментъ располагается прежде всего въ Мальпигиевомъ слое, здѣсь онъ скопляется въ сосочкахъ и подсосочковымъ слое.

При лейкодермѣ вторичной (послѣ розеола и напулъ), сосуды въ cutis частью облитерируются и атрофируются. Количество пигмента относительно больше уменьшено въ cutis, чѣмъ въ Мальпигиевомъ слое, онъ можетъ даже совершенно отсутствовать. Клеточная инфильтрація замѣчается въ сосочкахъ и stratum subpapillare. Въ этихъ размѣненіяхъ Нjelmann и видитъ разницу между вторичной и первичной лейкодермой. Пигментъ, по его мнѣнію, кровороднаго происхожденія, въ виду условій его распредѣленія и образованія въ cutis.

Нjelmann признаетъ возможность существованія первичной диффузной гиперпигментациі, настоящаго пигментнаго сифилида, обусловленнаго невротическими вліяніями и даже отмѣчаетъ его гистологическій характеръ: сравнительно обильное содержаніе пигмента въ cutis и легкая клеточная инфильтрація вдоль сосудовъ сосочковъ и stratum subpapillare. Но здѣсь добавляется, что вторичнымъ путемъ можетъ послѣдствіемъ при соединеніи обезцвѣчиваніе кожи, которая или возвращается къ нормальной пигментациі или происходитъ настоящая депигментациія.

За такую первичную невротическую гиперпигментацию говоритъ, по Нjelmann'у, то, что она встрѣчается преимущественно у женщинъ и придерживается опредѣленныхъ частей тѣла.

Въ концѣ концовъ Нjelmann думаетъ, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ даже путемъ только гистологическаго изслѣ-

дованія невозможно установить происхожденіе лейкодермы, другими словами, подъ микроскопомъ невозможно отличить лейкодермы вторичнаго происхожденія отъ лейкодермы предполагаемаго невротическаго характера, возможность которой Нjelmann допускаетъ на вышеказанныхъ основаніяхъ.

Нjelmann (87, 22, 58, 59, 43), работами котораго разъяснены многія темныя стороны вопроса о пигментациі у представителей различныхъ классовъ животныхъ и на разныхъ ступеняхъ ихъ развитія, много вниманія удѣлил въ своихъ работахъ происхожденію пигментациі при сифилидахъ. Для изученія сложнаго и чрезвычайно запутаннаго вопроса о пигментахъ и пигментацияхъ онъ даже считаетъ сифилиды лучшими объектами.

Не все, правда, въ ученіи Нjelmann'a о пигментахъ и пигментациі принято безъ споровъ и возраженій, тѣмъ не менѣе многое изъ его работъ представляется доказаннымъ и никѣмъ не оспаривается.

Что касается въ частности изслѣдованій пигментациі при сифилисѣ, то можно смѣло сказать, что въ настоящее время лучшихъ работъ въ этой области мы не имѣемъ.

Вопросу о сущности патологическаго процесса при лейкодермѣ, Е. также удѣлил много вниманія, тѣмъ не менѣе нельзя сказать, чтобы вопросъ о патогенезѣ лейкодермы былъ освѣщенъ во всѣхъ деталяхъ.

Нѣкоторыя черты этого своеобразнаго явленія выдвинуты имъ особенно рельефно, напр. дѣятельность хроматофоровъ и отношеніе ихъ къ самому механизму пигментациі, въ то время какъ самая основа повышенной или пониженной дѣятельности хроматофоровъ, воспалительный процессъ остается у него, какъ бы, на второмъ планѣ.

Крупное значеніе меланобластовъ въ патологій пигментациі и, въ частности, лейкодермы, побуждаетъ меня нѣсколько подробнѣе остановиться на роли этихъ клетокъ согласно воззрѣніямъ Нjelmann'a, въ виду того, что его изслѣдованія, по преимуществу, мнѣ приходится касаться въ части относящейся къ моимъ гистологическимъ изслѣдованіямъ.

Какъ извѣстно, подъ меланобластами Е. понимаетъ особый видъ клетокъ, происходящихъ подобно соединительно-тканнымъ

изъ средняго зародышеваго листка, главная функция которыхъ заключается въ выработкѣ пигмента. Эта специальная функция пигментопродуцентовъ настолько тѣсно съ ними связана, что только присуща, что истиннымъ пигментнымъ клеткамъ, за лежащимъ сначала на опредѣленныхъ мѣстахъ средняго зародышеваго листка, они приспосабливаютъ способность производить путемъ дѣленія всѣхъ послѣдующихъ меланобластовъ изъ хроматофоровъ, какъ ихъ еще называютъ. Ни изъ какого другаго вида клетокъ, а также и лейкоцитовъ, пигментопродуцители произойти не могутъ. Главная и исключительная задача ихъ состоитъ въ выработкѣ пигмента, меланина, материала для котораго они получаютъ изъ крови и именно изъ гемоглобина, находящагося въ очень разведенномъ состояніи въ лимфѣ и другихъ жидкостяхъ. Путемъ жизнедѣятельности меланобластовъ и получается меланотическій пигментъ. Образование этого пигмента изъ элементовъ ядра или неокрашенныхъ элементовъ протоплазмы Ehmman не считается доказаннымъ. Равно не считается доказаннымъ и исключительное образование меланотического пигмента. Истинный меланотическій пигментъ всегда развивается въ пигментной клеткѣ и, если иногда и наблюдается онъ внѣ клетки, то это исключительны и неоспоримо бываетъ только при разложеніи пигментной клетки, распадѣ ея. То, что описывается, какъ желто-золотистый пигментъ послѣ геморрагій, лежащій внѣ клетокъ, есть меланинъ, а гемосидеринъ, который помимо своего цвѣта отличается отъ меланина еще способностью давать реакцію на желѣзо съ соляной кислотой и желѣзоцианистымъ калиемъ, также сѣрно-аммиачную пробу, и лежитъ обыкновенно въ щеляхъ соединительной ткани. Меланотическій пигментъ—бутилочно-зеленаго, почти чернаго, цвѣта въ видѣ маленькихъ шариковъ, лежащихъ изолированно или сливающихся иногда въ болѣе крупныя глыбки, залегаетъ исключительно въ клеткахъ а не въ щеляхъ соединительной ткани, и никогда не даетъ реакціи на желѣзо.

Переносъ пигмента изъ меланобластовъ въ эпителиальныя клетки совершается при посредствѣ хроматофоровъ, залегающихъ на границѣ кожи и эпидермиса, чрезъ отростки, которіе хроматофоры посылаютъ къ эпидермальнымъ клеткамъ, съ

торыми они соединяются. Пигментъ, такъ сказать, переливается изъ хроматофора въ эпителиальную клетку посредствомъ внутренняго протоплазматическаго тока. Въ образованіи пигмента, по Ehmman'у, теорію блуждающихъ клетокъ нужно замѣнить теоріею тока.

Что касается морфологіи меланобластовъ, то по Е. ихъ трудно смѣшать съ обыкновенными соединительно-тканными клетками, лейкоцитами, содержащими гемосидеринъ, плазматическими клетками Unna, или разбухшими соединительно-тканными клетками, описанными Unna и Auspitz'емъ. Величина ихъ значительно превосходитъ соединительно-тканныя клетки, обыкновенно въ нѣсколько разъ. Вокругъ ядра содержится гораздо большее количество протоплазмы. Отростки ихъ отличаются неправильными, узловатыми контурами, рѣдко бываютъ совершенно вытянутыми, выходятъ обыкновенно изъ конусообразнаго возвышенія клеточнаго тѣла и на концахъ имѣютъ колбообразное расширеніе. Величина, по мнѣнію Ehmman'a, особенно отличаетъ эти клетки отъ соединительно-тканныхъ. Отъ лейкоцитовъ они отличаются своимъ отношеніемъ къ красящимъ растворамъ, величиною, которая у лейкоцитовъ значительно меньше. Кроме того, у лейкоцитовъ не бываетъ такихъ отростковъ и имѣется характерная форма ядра, особенно у многоядерныхъ, гдѣ оно какъ бы расщеплено.

Вышеупомянутыя разбухшія клетки, описанныя Unna и Auspitz'емъ имѣютъ вокругъ ядра крайне незначительное количество протоплазмы, такъ что вся клетка состоитъ какъ бы изъ одного ядра.

Plasmazellen представляютъ характерныя отличія по своей формѣ и величинѣ. Форма ихъ болѣею частью шарообразная или полигональная, рѣдко съ отростками. Ядро круглой или овальной формы, расположено чаще всего эксцентрично, соприкасаясь съ периферіей клетки. Рѣдко бываетъ два ядра. Ядрышко лежитъ въ центрѣ ядра. Характернымъ для плазматической клетки является расположеніе хроматина въ ядрѣ, по периферіи его, въ видѣ розетки, состоящей изъ 5—8 зеренъ, и присутствіе большого количества зернистой протоплазмы, интенсивно окрашивающейся по методу Unna.

Указанные признаки позволяютъ съ большою точностью

ванныхъ мѣсть папулезные или папуло-розеолезные сифилитиды существующіе въ теченіе нѣкотораго, но не слишкомъ продолжительнаго времени, то на периферіи ихъ находится довольно обильное количество меланотического пигмента въ меланобластахъ. На свѣтлыхъ мѣстахъ кожи явленіе это не такъ замѣтно или не наблюдается вовсе.

Усиленная пигментация на периферіи или на мѣстѣ самой бывшей сифилитической высылки объясняется усиленной дѣятельностью меланобластовъ въ начальныхъ стадіяхъ воспалительнаго процесса. Последовательное же обезцвѣчиваніе, наступающее на такихъ мѣстахъ и особенно на мѣстѣ мокнущихъ папулъ, которыя располагаются на темноциментированныхъ мѣстахъ, на мошонкѣ или въ окружности задняго прохода, начинается обыкновенно съ центра и зависитъ отъ воспалительнаго процесса, который здѣсь всего сильнѣе развивается, благодаря чему дѣятельность хроматофоровъ или подвядается или совершенно замираетъ или и сами хроматофоры исчезаютъ. Эпителій, не получающій постоянно возобновляемаго пигмента, обезцвѣчивается, чему иногда способствуетъ измѣненіе самого эпителія, какъ это бываетъ при мокнущихъ папулахъ, которое влечетъ за собою неспособность его воспринимать меланотическій пигментъ.

Если воспалительный процессъ не зашелъ слишкомъ далеко и дѣло ограничилось только подавленіемъ функцій меланобластовъ, а не полнымъ ихъ исчезновеніемъ, то чрезъ болѣе или менѣе продолжительное время дѣятельность меланобластовъ восстанавливается и процессъ пигментации приходитъ къ нормѣ. Но это бываетъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поверхностный слой cutis, гдѣ залегаютъ меланобласты, прилегающіе къ эпителию и посылающіе въ него отростки, не измѣнились сильно. Гдѣ этотъ поверхностный слой cutis разрушается, что бываетъ при ожогахъ, при поверхностной актимѣ и т. д., тамъ пигментация восстановиться не можетъ, такъ какъ востаніе меланобластовъ съ периферіи невозможно. У негровъ, напр., при ожогахъ болѣе глубокихъ, когда разрушаются сосочки, возстаившая рубцовая ткань бываетъ блѣлаго цвѣта, при болѣе легкихъ ожогахъ пигментация восстанавливается. При сифилитической рупіи пигментация бываетъ только на периферіи

рубцовъ, сама же рубцовая ткань съ самаго начала является только гиперэмичной; по исчезновеніи же гипереміи она становится блѣлой, если только не случится геморагіи въ рубецъ, что всегда обнаруживается кучками меланидермы. Сюдаже слѣдуетъ, вѣроятно, отнести тѣ разстройства пигментации у туземцевъ Алжира, которые были описаны впервые въ 1862 г. французскими военными врачами подъ названіемъ *lepre kabile* (Arnould, Vincent, Bertherand, Gémy ⁶⁰).

Сначала ихъ смѣшивали съ лепрой, бугорковой и анастетической, затѣмъ съ vitiligo, склеродерміей и скрофулезомъ, но при болѣе тщательныхъ наблюденіяхъ оказалось, что эти блѣлыя пятна суть ничто иное, какъ неизглядимые остатки явленной язвенныхъ сифилитидовъ.

Къ патологіи лейкодермы вполне приложимо все вышесказанное о разстройствахъ пигментации при сифилитидяхъ.

Ehrmann'омъ въ разное время было изслѣдовано 12 случаевъ лейкодермы. Картины, которыя получались имъ при изученіи лейкодермы, не отличались единообразіемъ. Тотъ или иной гистологическій видъ препарата зависитъ отъ періода развитія лейкодермы.

Если взять небольшое пятнышко лейкодермы не слишкомъ поздно послѣ его появленія, то оказывается, что меланобласты въ *corium* оказывались всегда увеличенными и размножившимися.

Тѣже явленія наблюдались и Rhiel'емъ. Въ дальнѣйшихъ стадіяхъ существованія лейкодермы, если изслѣдовать болѣе крупное и вырѣзанное ноздно пятно, напр., по прошествіи года, въ центрѣ его оказывается совершенно нѣтъ меланобластовъ, или они находятся въ очень скудномъ числѣ, малы, атрофированы. Ближе къ краю лейкодермическаго пятна, но все еще въ той его части, которая макроскопически представляется блѣлой, меланобласты увеличены въ объемѣ и умножены. Затѣмъ слѣдуетъ поясъ, въ которомъ меланобласты имѣютъ свой обычный видъ. Въ мокнущихъ папулахъ послѣ ихъ заживленія и обезцвѣчиванія наблюдаются тѣже явленія, но здѣсь пигментированно эпителиальныхъ клѣтокъ пренятствуетъ перерожденіе самихъ клѣтокъ, увеличивающихся въ объемѣ и теряющихъ способность воспринимать пигментъ отъ меланобластовъ.

На периферии пигментъ увеличивается въ той же мѣрѣ, какъ меланобласты.

Обезцвѣчиванію ткани способствуетъ также то обстоятельство, что пигментъ всасывается изъ cutis, вслѣдствіе чего меланобласты, будучи нагружены пигментомъ, все же остаются бездѣтельными.

Объясняя дѣятельностью меланобластовъ существующіе пигментации при сифилидахъ, Ehrmann признаетъ, что существующій иногда у свѣтлыхъ субъектовъ желтоватый оттенокъ папулъ не можетъ быть объясненъ дѣятельностью меланобластовъ. Въ этихъ случаяхъ существующая окраска объясняется присутствіемъ въ элементѣ плазматическихъ клѣтокъ. Отчасти окраска можетъ быть объяснена присутствіемъ красящаго вещества крови, распустившагося въ плазмѣ клѣтокъ. Подобная окраска бываетъ наблюдаема на стѣнкахъ сосудовъ при выщелачиваніи крови. Но это красящее вещество есть уже настоящій гемоглобинъ, а вовсе не меланинъ или даже не гемосидеринъ.

Громадное значеніе момента предрасполагающаго къ появленію лейкодермы приписывается Ehrmann'омъ и другими авторами наличности предшествующей гиперпигментации кожи, будетъ ли послѣдняя расовою особенностью, или стоять въ зависимости отъ различныхъ вѣшнихъ вліяній на ту или иную часть поверхности человѣческаго тѣла. Многими врачами живущими въ странахъ съ цвѣтнымъ и особенно чернымъ населеніемъ отмѣчался чрезвычайно интересный фактъ, что у субъектовъ этихъ расъ послѣ сифилитическихъ высыпекъ сыпь и рядомъ остается обезцвѣчиваніе полное или относительное тѣхъ мѣстъ, гдѣ существовали элементы сифилитической высыпки, которое чрезъ болѣе или менѣе продолжительное время исчезаетъ или остается навсегда (Balzer ⁶¹), Legrain ⁶²), Gémy (I. c.) Réy et Chalanson—⁶²).

Нѣчто подобное подмѣчено было Ehrmann'омъ и у европейцевъ. Весьмъ извѣстно, что загаръ, усиленная пигментация открытыхъ частей тѣла, остающаяся послѣ палящихъ лучей лѣтняго солнца, держится неодинаково долго у различныхъ индивидуумовъ. У однихъ она переживаетъ всю зиму и остается хотя и въ меньшей степени, до слѣдующаго лѣта, у другихъ

наоборотъ, она исчезаетъ очень скоро, въ 3—4 недѣли. Первые обыкновенно смуглы, вторые блондины. Выше я уже приводилъ случаи Ehrmann'a лейкодермы у грузчика, работавшаго по полю въ водѣ, у котораго лейкодерма осталась на мѣстахъ сифилитической высыпки на всей той части поверхности тѣла, которая была пигментирована отъ дѣйствія солнечныхъ лучей, т. е. лейкодерма какъ разъ существовала до погса. Ehrmann приводитъ другой рѣдкій случай лейкодермы на лицѣ, оставшейся послѣ сифилитическихъ элементовъ бывшихъ здѣсь, и тоже у субъекта, кожа лица котораго была очень сильно передъ тѣмъ пигментирована. Подобные случаи вторичной лейкодермы по наблюдениямъ Ehrmann'a довольно часты на загорѣлой кожѣ рабочихъ на дунайской набережной въ Вѣнѣ.

Здѣсь же умѣстно будетъ сказать нѣсколько словъ о предпологаемой связи, какъ причины со слѣдствіемъ, которую находили нѣкоторые авторы между vitiligo и сифилисомъ.

Въ 1889 году Tenneson ⁶³) сообщилъ случай vitiligo у большого два года спустя послѣ зараженія, у котораго vitiligo распространялось въ видѣ пятенъ на волосистую часть головы, туловище, мошонку и нижнія конечности. 8 лѣтъ спустя развилась правосторонняя гемиплегия конечностей, лица, съ разстройствомъ рѣчи и зрѣнія.

Другіе авторы (Pierre Marie и Crouzon ⁶⁴) Bulkley, Leloir, Chabrier, Lebrun, Brocq ⁶⁵), указывали на частное совпаденіе tabes et vitiligo, Thibierge думаетъ даже, что vitiligo можетъ навести на діагностику tabes въ прѣдъапатическомъ періодѣ.

Заканчивая вопросъ о патогенезѣ пигментнаго сифилида или лейкодермы въ томъ видѣ, какомъ онъ находится въ настоящее время въ сифилидологіи, и опуская совершенно толкованіе патогенеза авторами, основанное на гипотетическихъ данныхъ, не основанныхъ на точныхъ научныхъ данныхъ и микроскопическомъ изслѣдованіи, каковы, напр. Bazin, открывавшій совершенно сифилитическую натуру пигментнаго сифилида, Jullien приписывающій пигментацию поражению надпочечниковъ и др. (Hardy, Pirrocchi, Astley, Bloxam, Gamberini, Drysdal, Simon, Mauriac), я считаю необходимымъ тѣмъ не менѣе отмѣтить мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ, приписывающихъ участію

нервной системы превалирующую роль въ патогенезѣ пигментнаго сифлида.

Brissaud и Souques⁽⁶⁵⁾ задались намѣреніемъ выяснитъ, не имѣетъ ли связи топографическое распространеніе лейкодермы съ распространіемъ нервныхъ вѣтвей на соответствующемъ мѣстѣ.

Съ этою цѣлью авторы изслѣдовали 30 случаевъ лейкодермы и самымъ точнымъ образомъ отмѣчали границы ея распространенія. Что касается распространенія лейкодермы на шеѣ, то они пришли къ совершенно опредѣленному выводу, что распространеніе ея на шеѣ, ограничивающееся площадью, верхняя граница которой сзади—начало волосистой части головы вверху, седьмой шейный позвонокъ—внизу, а спереди подъязычная кость вверху и рукоятка грудной кости внизу, не соответствуетъ никакому опредѣленному распространенію ни сосудистой системы этой области, ни распространенію периферической нервной системы.

До извѣстной лишь степени, но далеко не до полнаго подобія, распространеніе пигментнаго сифлида соответствуетъ третьему шейному корешку. Поэтому участіе периферической нервной системы въ случаѣ шейнаго распространенія пигментнаго сифлида они отрицаютъ, а также высказываются крайне нерѣшительно на счетъ участія въ этомъ случаѣ спинного мозга, но они склонны признать и думаютъ, что именно благодаря пораженію извѣстнаго этажа спинного мозга и возникающимъ отсюда трофонервотическимъ расстройствамъ, объясняетъ пигментный сифлидъ своему возникновенію въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ распространяется, помимо шеи, и на другія части тѣла. Явленіе это они объясняютъ системой предпочтенія (prédilection), которое обнаруживаетъ сифилитическія яды къ извѣстнымъ этажамъ спинного мозга, на подобіе того какъ свинецъ дѣйствуетъ преимущественно на верхнія конечности, алкоголь на нижнія и т. д. Ehrmann⁽⁶⁶⁾ возстаетъ противъ мнѣнія о происхожденіи лейкодермы, какъ заблужденія нервнаго. По его мнѣнію, нѣтъ рѣшительно ни одного факта который бы говорилъ за трофонервотическое происхожденіе лейкодермы. Напротивъ, многое говоритъ противъ такого допущенія. Во первыхъ, этому рѣшительно противорѣчатъ результаты

микроскопическаго изслѣдованія, въ частности, тѣ модификаціи, которыя онъ нашелъ въ папулезномъ сифлидѣ, трансформирующемся въ лейкодерму. Здѣсь были находимы гигантскія клѣтки, что служитъ положительнымъ признакомъ того, что клѣтки и, значитъ, въ частности, меланобласты умираютъ. Различіе же въ степени патолого-анатомическаго процесса, ведущаго за собой лейкодермію послѣ папулы и роzeолы, только количественное.

Вообще, по его мнѣнію⁽⁶⁶⁾, до сего времени вовсе не доказано прямое отношеніе между вліяніемъ нервной системы и образованіемъ пигмента. Всѣ имѣющіяся указанія на участіе нервной системы въ производствѣ пигмента, въ сторону увеличенія или уменьшенія его, при различныхъ болѣзняхъ и физиологическихъ состояніяхъ (беременности) не выдерживаютъ возраженія, что здѣсь вся суть въ интоксикаціяхъ.

Много фактовъ говорятъ за послѣднее объясненіе и ничто не говоритъ противъ него.

Матеріалъ и техника.

Какъ видно изъ вышеизложеннаго ученія о пигментномъ сифилидѣ или лейкодермѣ, гиперпигментация извѣстныхъ участковъ кожи при немъ установлена, какъ клиническими, такъ равно и патолого-гистологическими изслѣдованіями и на этомъ предметѣ вѣтъ разногласій между авторами. Не то относительно бѣдныхъ участковъ кожи, лишенныхъ пигмента въ дѣйствительности, по мнѣнію однихъ, или кажущимися только таковыми, по мнѣнію другихъ, на самомъ же дѣлѣ представляющими нормально пигментированную здоровую кожу. Это составляетъ сущность того спорнаго вопроса, въ сторону котораго по преимуществу и были направлены мои изслѣдованія. На лейкодермическія пятна я обращалъ главное вниманіе и ихъ главнымъ образомъ вырѣзывалъ для своихъ препаратовъ.

Въ техникѣ биопсій слѣдуетъ придерживаться совѣта Audry отъ котораго, производя много биопсій для микроскопическихъ изслѣдованій, замѣтилъ, что не глубокія кожныя ранки послѣ вырѣзыванія ножомъ и особенно ножницами не заживаютъ обыкновенно первымъ натяженіемъ. Причину этого онъ видитъ въ томъ, что разрѣзы не дѣлаются достаточно глубокими до подкожной клетчатки, захватывая часть и послѣдней. По этому онъ совѣтуетъ при биопсіяхъ проникать поглубже въ подкожную клетчатку, швы же накладывать такимъ образомъ чтобы игла проходила подъ дномъ ранки. Придерживаясь техники Audry, я получалъ заживленіе первымъ натяженіемъ.

Всѣ биопсіи производились подъ мѣстнымъ наркозомъ 2% растворомъ кокаина, для чего обыкновенно было достаточно впрыснуть $\frac{1}{2}$ шприца въ окрестности предполагаемой линіи разрѣза.

Такъ какъ мытье мыломъ и треніе шариками со спиртомъ и дезинфицирующими растворами вызываютъ гиперемію, благодаря которой границы между бѣлыми и темными участками сглаживаются, полезно предварительно слегка поцарапать острой иглой линію предполагаемаго разрѣза, которая послѣ подготовки операціоннаго участка отъ вышеупомянутыхъ пріемовъ дѣлаются еще болѣе явственными.

Матеріалъ для изслѣдованія я получилъ отъ больныхъ клиники кожныхъ и венерическихъ болѣзней проф. Т. П. Павлова, стационарныхъ и амбулаторныхъ, а также отъ больныхъ сифилитиковъ изъ особаго отдѣленія при Клиническомъ военномъ госпиталѣ для венерическихъ больныхъ, состоящаго въ заведываніи прив.-доцента Академіи Е. Ф. Фридмана. Выбора больныхъ никакого не производилось. Биопсія производилась у всѣхъ изъявившихъ на нее согласіе.

Во всѣхъ случаяхъ діагнозъ устанавливался совместно съ товарищами и подтверждался проф. Т. П. Павловымъ.

При обработкѣ кусочковъ я руководился общепринятыми руководствами къ микроскопической техникѣ проф. Никифорова, Фрилендера и Эрманна и практическими указаніями изъ различныхъ работъ о лейкодермѣ, а также нѣкоторыхъ гг. товарищей. Всѣ кусочки, за исключеніемъ одного, фиксировались въ сулемѣ или алкоголь и затѣмъ обрабатывались для пропитыванія парафиномъ по общепринятымъ методамъ.

Не могу здѣсь не подчеркнуть обстоятельства, на которое обращаетъ вниманіе В. В. Ивановъ ⁸⁸⁾ въ своей диссертации, что сроки пребыванія кусочковъ въ уплотняющихъ жидкостяхъ должны быть значительно сокращены для кожи. Въ нѣсколько часовъ можно получить вполне достаточную плотность для срѣзовъ при обработкѣ 95% спиртомъ и послѣдующемъ обезвоживаніи абсолютнымъ спиртомъ для пропитыванія парафиномъ. При долгомъ пребываніи въ уплотняющихъ жидкостяхъ кожа дѣлается хрупкой.

Окраска препаратовъ производилась гематоксилиномъ-эози-

номъ, сафраниномъ, карминомъ съ дополнительной окраской индиго, полихромной метиленовой синькой по общезвѣстному методу Unna, метиленовой синькой, по способу V. Gieson-Weigert, Unna-Tänzer, Levaditi. Для послѣдняго способа я пользуюсь вначалѣ пропитываніемъ $1\frac{1}{2}\%$ растворомъ азотно-кислаго серебра, а затѣмъ 3%. Не нахожу, чтобы послѣдній растворъ былъ болѣе удобенъ, такъ какъ при тѣхъ маленькихъ кусочкахъ, которые рекомендуются Levaditi для изслѣдованія на блѣдную спирохету Schaudinn'a, слишкомъ чернѣютъ отъ дѣйствія возстановителя края препарата и розыскаютъ спирохету въ такихъ условіяхъ представлялось бы весьма затруднительнымъ.

Пигментъ удобнѣе наблюдать на неокрашенныхъ препаратахъ, какъ то рекомендуютъ нѣкоторые авторы, а лучше едва-едва подкрасить ядра карминомъ. Хорошіе препараты для наблюденія пигмента получаются при окраскѣ на эластическую ткань по способамъ Weigert и Unna-Tänzer.

Не могу не рекомендовать для наклейки на стекло одиночныхъ или серіи парафиновыхъ срѣзовъ такой способъ: на хорошо обезжиренныя предметныя стекла, положенныя на край чашечекъ Петри, переносятся парафиновые срѣзы и расправляются, насколько возможно безъ вреда для срѣза, иглами. Въ отдѣльномъ стаканѣ нагревается вода, температура которой не должна, конечно, превышать температуры плавленія парафина, а должна быть ниже ея на нѣсколько градусовъ (5—10). Пипеткой теплая вода изъ стакана осторожно, чтобы не смыть срѣза, разливается по стекламъ. Когда вода на стеклахъ остыла, ее осторожно сливаютъ и повторяютъ снова процедуру подливанія теплой воды на стекло. Отъ подливанія теплой воды на стекло 2—3 раза препараты отлично расправляются. Сливъ воду въ послѣдній разъ, даютъ срѣзу на стеклѣ желаемое положеніе и убираютъ излишекъ воды. Не слѣдуетъ только сливать воду въ послѣдній разъ, прежде чѣмъ она совершенно остыла, потому что въ противномъ случаѣ парафиновый срѣзь имѣетъ наклонность приклеиваться къ теплomu стеклу и плохо передвигается при помощи иглы для установки въ желаемомъ положеніи. Затѣмъ стекла на нѣсколько часовъ ставятъ въ термостатъ (30—37° C.), гдѣ остатокъ

воды высыхаютъ и срѣзы очень хорошо приклеиваются къ стеклу.

Преимущества такого способа наклейки заключаются въ его быстротѣ: въ часть—другой можно расправить и наклеить 20 и больше стеколъ. Сама же идея способа, конечно, не нова.

При описаніи препаратовъ я руководствовался схемой Эрманна. Каждый препаратъ рассматривался при слабомъ (85) и среднемъ (540) увеличеніи, а гдѣ того требовали обстоятельства, какъ напр., наблюденіе отростковъ пигментныхъ клѣтокъ, зеренъ пигмента и проч., увеличеніе доводилось до 1000 разъ.

Собственныя изслѣдованія.

Наблюдение I.

Иванъ М....., 25 лѣтъ, солдатъ. Блондинъ. Язва на членъ появилась 10—12 февраля 1906 года. Въ Клинической военной госпиталь поступилъ 1 июня того же года. До поступления в госпиталь не подвергался специфическому лечению. Больно хорошего тѣлосложенія и питанія. Общее состоянiе здоровья всегда было хорошимъ.

Изъ специфическихъ явленiй обнаружено: обильнiй лимфаденитъ, мокнуцiя папулы на мошонкѣ и въ заднемъ проходѣ алопецiя волосистой части головы и распространенная лейкодерма.

Лейкодерма распространялась на заднюю и боковыя части грудной клѣтки, животъ, сгибательную и разгибательную стороны верхнихъ конечностей до середины предплечiй, сгибательную и верхне-внутреннюю треть бедеръ. Бѣлыя лейкодермическiя пятна кругловатой формы, большинство ихъ сплошныя. Пигментированные участки замѣтны яснѣе между ними и бѣлыя частяхъ шеи, но и здѣсь контрастъ между ними и бѣлыя участками очень слабъ, на другихъ же мѣстахъ онъ еще замѣтнѣе. По силѣ контраста между пигментированными и бѣлыя участками этотъ случай лейкодермы нужно отнести къ числу слабовыраженныхъ, а по общему виду къ сѣтчатой формѣ. Интенсивность лейкодермы значительно уменьшается отъ мѣста по направленiю къ конечностямъ и туловищу, гдѣ она мѣ-

ло малу совершенно теряется, сливаясь съ нормальнымъ оттѣнкомъ кожи.

Для биопсiи 5 июля 1906 года взяты кусочекъ съ боковой области шеи, въ который захвачено лейкодермическое пятно. Фиксацiя въ Мюллеровской жидкости.

Микроскопическое изслѣдованiе.

Слабое увеличенiе (85 разъ).

Роговой слой эпидермиса представляется довольно хорошо развитымъ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ препаратъ онъ состоитъ, тамъ гдѣ эпидермисъ разрыхленъ, изъ 3—4 и болѣе тоненькихъ лентъ, причемъ внутренняя ленточка представляется сильнѣе окрашенной и тамъ, гдѣ роговой слой отслоился, она въ большинствѣ случаевъ плотно прилегаетъ къ никележающимъ слоямъ клѣтокъ. На другихъ мѣстахъ препарата можно замѣтить небольшое наслоенiе роговыхъ массъ; получается впечатлѣнiе, что здѣсь идетъ усиленное отторженiе рогового слоя. Прозрачный слой въ большинствѣ случаевъ довольно хорошо замѣтенъ. Нельзя того же сказать о зернистомъ слое, который трудно отдѣлится отъ клѣтокъ никележащихъ слоевъ. Клѣтки послѣднихъ хорошо развиты и лежатъ въ нѣсколько слоевъ, число которыхъ на верхушкахъ сосочковъ понижается до двухъ-четырехъ. Характеръ этихъ клѣтокъ болѣе или менѣе разнообразный, но окраска ядеръ усиливается по направленiю къ базальнымъ клѣткамъ. Пигментъ заключается лишь въ одномъ рядѣ базальныхъ клѣтокъ, но въ нихъ распределяется крайне неравномѣрно по поверхности сосочковъ и въ углубленiяхъ между ними. Можно считать правиломъ для данного случая, что въ базальныхъ клѣткахъ между сосочками онъ всегда находится въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ на верхушкахъ сосочковъ. На верхушкахъ встрѣчаются мѣста, гдѣ онъ совершенно отсутствуетъ, но такихъ мѣстъ, лишенныхъ пигмента, по сравненiю съ протяженiемъ всего изслѣдуемаго базального слоя, сравнительно очень мало. Вообще же на поверхности сосочковъ количество пигмента въ базальныхъ клѣткахъ только уменьшено. Въ углубленiяхъ между сосочками пигментацiя не вездѣ одинакова. Въ то время, какъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ она умѣренна, попадаются другiя углубленiя, въ базальныхъ клѣткахъ которыхъ пигментъ нахо-

обыкновенныя и гипертрофированныя клетки соединительной ткани, пигментныя клетки и полибласты. Изъ послѣднихъ нужно прежде всего выдѣлить откормленные клетки Эрлиха, плазматическія клетки Унна, морфологическій характеръ которыхъ рѣзко выдѣляетъ ихъ изъ ряда другихъ клетокъ. Нельзя того же сказать про разновидности полибластовъ, которыя въ однихъ случаяхъ въ формѣ, такъ называемыхъ «круглыхъ клетокъ» сближаются съ лимфоцитами, отличающіе отъ послѣднихъ лишь болѣе широкимъ поясомъ протоплазмы. Въ другихъ же полибласты приближаются по формѣ къ клеткамъ соединительной ткани и прежде всего къ гипертрофированнымъ фибробластамъ, отличаясь отъ нихъ лишь отсутствіемъ протоплазматическихъ отростковъ.

Характеристики всѣхъ этихъ клетокъ, подробно разработанной въ работахъ Иванова⁶⁸⁾ и Тереминскаго⁶⁹⁾, я касаться не буду и перехожу къ изученію сосочковаго слоя кожи.

Пигментъ, не имѣющій при маломъ увеличеніи яснаго отношенія къ клеткамъ, здѣсь оказывается расположеннымъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ въ протоплазмѣ клетокъ, продолжаясь то въ видѣ не дѣлящихся отростковъ отъ обоихъ концовъ клетки, то дѣлящихся дихотомически, вѣтвящихся, утолщающихся разнообразнымъ образомъ. Пигментныя отростки, отходящіе иногда въ числѣ нѣсколькихъ отъ клеточнаго тѣла, которое благодаря этому приобретаетъ наукообразный видъ, наполнены крупными зернышками пигмента темнокоричневаго цвѣта. Распространяясь во всѣхъ направленіяхъ отъ тѣла клетки, пигментныя отростки иногда уходятъ сравнительно далеко отъ клеточнаго тѣла и естественнымъ образомъ будучи перерѣзанными здѣсь, даютъ впечатлѣніе, что пигментъ можетъ залегать свободно въ щеляхъ соединительной ткани.

Изучая цѣлый рядъ препаратовъ, слагается убѣжденіе, что пигментъ почти всегда имѣетъ связь съ клеточнымъ тѣломъ. Протоплазма въ пигментныхъ клеткахъ находится или въ порядочномъ количествѣ или въ умѣренномъ, рѣдко ея вовсе не замѣтно. Ядро продолговатой или овальной формы окрашивается ядерными красками различно, то болѣе, то менѣе интенсивно, приближаясь по окраскѣ и расположенію хроматина

къ постояннымъ или гипертрофированнымъ фибробластамъ.

Слѣдуетъ указать на особое тяготѣніе къ расположенію пигментныхъ клетокъ въ непосредственномъ или ближайшемъ сосѣдствѣ съ сосудами. Форма пигментныхъ клетокъ до нѣкоторой степени обнаруживаетъ связь съ положеніемъ сосуда въ кожѣ. Чѣмъ послѣдній глубже лежитъ въ кожѣ, тѣмъ форма пигментной клетки разнообразнѣе, тѣмъ въ ней больше отростковъ и тѣмъ форма ихъ неправильнѣе, чѣмъ онѣ поверхностнѣе, тѣмъ болѣе клетка имѣетъ вытянутую форму, отростковъ у нея меньше, самые отростки болѣе вытянуты въ длину, тоньше. Тоже отношеніе можно замѣтить въ степени измѣненія эндотелія сосудовъ. Въ болѣе глубокихъ и покрупнѣе сосудахъ измѣненія его мало замѣтны, а въ нѣкоторыхъ и вовсе не замѣтны.

Въ капиллярахъ сосочковъ эндотелій пролиферированъ и набухъ, иногда совершенно закрывая просвѣтъ сосуда. Периваскулярный инфильтратъ капилляровъ окружаетъ сосудъ, или со всѣхъ сторонъ, или только съ одной стороны и достигаетъ иногда значительной величины, въ нѣсколько разъ превосходящей размѣръ самого сосуда, выполняя изрѣдка почти весь сосочекъ.

Гдѣ скопленіе клетокъ большое, просвѣта сосуда видѣть вовсе не удается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ инфильтратъ замѣчался въ видѣ отдѣльныхъ фокусовъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ сосудовъ и въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ базальными клетками, но проникновеніе элементовъ инфильтрата въ эпидермисъ замѣчать не приходилось. Что касается характера околосоудистаго инфильтрата и вышеупомянутыхъ фокусныхъ скопленій, то громадное большинство клетокъ состоитъ изъ лимфоцитовъ, въ меньшемъ количествѣ болѣе крупныхъ «круглыхъ клетокъ» и гипертрофированныхъ фибробластовъ. Вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ можно было замѣтить развитіе молодой соединительной ткани, но въ сравнительно небольшомъ количествѣ. Свободно лежащіе вблизи сосудовъ красные кровяные шарики не обнаруживали видимыхъ измѣненій.

Въ соединительно-тканной стромѣ сосочковъ попадаются въ увеличенномъ количествѣ разсѣянные тѣже лимфоциты,

почти въ одинаковомъ, а иногда, даже большемъ количествѣ круглыя кѣтки съ ясною протоплазмой. Въ значительномъ количествѣ залегаютъ гипертрофированныя фибробласты и на послѣднемъ мѣстѣ стоятъ обыкновенныя соединительнотканныя кѣтки.

Инфильтратъ нижележащихъ частей по характеру своему мало отличается отъ вышеупомянутаго, но былъ вездѣ гораздо слабѣ выраженъ. Эластическая ткань въ сосочкахъ и нижележащихъ частяхъ видимыхъ отступлений отъ нормы не представляла. Сосуды потовыхъ и сальныхъ железъ обнаруживались особенно послѣднихъ, периваскулярную инфильтрацію, характеръ которой не отличался отъ такого же вышеописанныхъ частей въ качественномъ отношеніи. Сосуды потовыхъ железъ рѣзко расширены.

Наблюденіе II.

Семень Ж...., 21 года, слесарь. Хорошаго тѣлосложенія, питанія, блондинъ. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Твердый шанкръ получилъ въ декабрь 1905 года. До поступления въ госпиталь лечение состояло изъ втиранія двухъ мѣсячныхъ баночекъ сѣрой ртутной мази, купленныхъ бою сѣбѣ съ врачомъ.

При поступленіи въ госпиталь 1 августа 1906 года обнаружена лейкодерма на шеѣ, проходящая алоресія, общій лимфаденитъ. Волосы, по словамъ больного, 2 мѣсяца тому назадъ падали очень сильно.

Лейкодерма наблюдается на боковыхъ и задней областяхъ шеи и имѣетъ видъ бѣловатыхъ пятенъ, которыя въ бошинствѣ слились и оставили между собой пигментированныя участки, контрастъ которыхъ сравнительно съ бѣловатыми пятнами очень невеликъ, такъ что клинически лейкодерма можетъ быть названа выраженной слабо, а по формѣ съ той. Биопсія 16 августа 1906 года. Кусочекъ взятъ съ боковой области шеи. Въ кусочекъ захвачено преимущественно бѣлопятно съ небольшимъ периферическимъ пигментированнымъ участкомъ.

Фиксація въ сулемѣ.

Слабое увеличеніе. Эпидермисъ сравнительно съ нормальнымъ утонченъ. Различить отдѣльные слои въ роговомъ и Мальпигиевомъ слоѣ затруднительно, болѣе рѣзко лишь отличается при этомъ увеличеніи поверхностный роговой слой, слой соответствующій щетинистымъ кѣткамъ Мальпигиева слоя и слой базальныхъ кѣтокъ, въ томъ случаѣ, когда онъ отгѣненъ находящимся въ нихъ пигментомъ. Послѣднее бываетъ не на всемъ протяженіи препарата непрерывно.

Роговой слой эпидермиса замѣтно утонченъ, что особенно замѣтно на верхушкахъ сосочковъ, гдѣ онъ иногда образуетъ очень тонкую, желтоватаго цвѣта, пластинку. Даже въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ бываетъ сравнительно большое накопленіе роговыхъ массъ (у отверстія волосяныхъ влагалищъ), здѣсь ихъ сравнительно немного.

Мальпигиевъ слой также представляется утонченнымъ, что опять гораздо яснѣе выражено на верхушкахъ сосочковъ, гдѣ толщина его, включая и слой базальныхъ кѣточекъ, не выходитъ за предѣлы 3—4 слоевъ. Пигментъ, содержащійся въ базальномъ слоѣ кѣтокъ Мальпигиева слоя, распределенъ крайне неравномѣрно по всему протяженію препарата. Въ однихъ мѣстахъ онъ болѣе выраженъ, въ другихъ менѣе, наконецъ, выпадаютъ мѣста, гдѣ онъ какъ бы совершенно отсутствуетъ. Неравномѣрность пигментаціи базальныхъ кѣтокъ менѣе выражена къ краевымъ частямъ препарата, соответствующимъ периферическому пигментированному участку, но рѣзкой разницы при изученіи, напр., одного препарата не замѣчается. Въ противоположность тому, что наблюдалось въ первомъ случаѣ, здѣсь пигментація все же болѣе выражена на верхушкахъ сосочковъ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается отсутствіе рѣзкой границы между эпидермисомъ и собственно кожей: кѣтки Мальпигиева слоя, какъ бы раздвигаясь, непосредственно лежатъ въ сосочкахъ.

Сосочки въ общемъ нѣсколько уплощены. остроконическихъ формъ не встрѣчается. Вокругъ сосудовъ сосочковъ не замѣчается ясно выраженной кѣточной инфильтраціи, но все же она вокругъ нѣкоторыхъ капилляровъ замѣтна. Рѣзче гораздо она периваскулярная инфильтрація выражена въ нижележащихъ

сосудах подсосочковой сосудистой сѣти; еще ниже лежащія сосуды только нѣсколько расширены и въ остальныхъ отнѣшеніяхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Сосуды цитовыхъ железъ не измѣнены, вокругъ сосудовъ салъныхъ железъ и волосяныхъ луковницъ встрѣчаются въ небольшомъ числѣ круглоклѣточные элементы. Въ сосочкахъ вездѣ обиліе клѣточныхъ элементовъ съ ядрами разнообразной формы. Пигментъ, въ видѣ кучекъ самой разнообразной формы, распределенъ также крайне неравнообразно въ сосочкахъ, какъ и въ базальныхъ клѣткахъ, покрывающихъ ихъ. Правильнаго соотношенія между содержаніемъ пигмента въ сосочкахъ и содержаніемъ его въ базальныхъ клѣткахъ подмѣтить не удается.

Встрѣчаются сосочки съ большимъ содержаніемъ пигмента въ нихъ и сравнительно малымъ количествомъ его въ покрывающихъ ихъ базальныхъ клѣткахъ и наоборотъ. Наконецъ преимущественно въ центральныхъ частяхъ препарата попадаются мѣста, гдѣ пигмента очень мало и въ сосочкахъ и въ базальныхъ клѣткахъ. Въ периферическихъ частяхъ, соответствующихъ пигментированной каскѣ, увеличенію пигмента въ базальныхъ клѣткахъ соответствуетъ увеличеніе его въ сосочкахъ. Вокругъ единичныхъ сосудовъ встрѣчаются свободно лежащія красныя кровяныя шарики въ небольшомъ количествѣ. Что касается содержанія и правильности распрежденія эластической ткани, то она видимыхъ отклоненій не представляетъ, образуя сѣть, сохраняющую характеръ распреденія тотъ же, что въ наблюденіи I.

Среднее увеличеніе. Роговой слой состоитъ изъ многихъ рядовъ однородныхъ пластинокъ съ продольною исчерченностью, лежащихъ, какъ будто, непосредственно на клѣткахъ съ круглыми ядрами. Переходныхъ формъ клѣтокъ съ ядрами расположенными параллельно поверхности кожи или вовсе не замѣчается или это продольное расположеніе можно подмѣтить въ одномъ слоеъ клѣтокъ и то не повсюду. Выше упомянутое отношеніе рогового слоя къ нижележащему яснѣ всего замѣтно на верхушкахъ сосочковъ, гдѣ имѣется истонченіе эпидермиса, но явленіе это довольно обще для всего эпидермиса. Въ виду этого, и при этомъ увеличеніи

дѣленіе эпидермиса на обычно принятыя слои представилось бы невозможнымъ. Въ нижележащихъ клѣткахъ Мальпигіева слоя имѣются вокругъ ядеръ свѣтлыя колечки, окружающія ядра со всѣхъ сторонъ. Цилиндрическая форма базальныхъ клѣтокъ выражена въ большинствѣ случаевъ не отчетливо; клѣтки имѣютъ или кубическую, или, даже чаще, округлую форму. Въ послѣднемъ случаѣ граница между ними и сосочками обыкновенно представляется не рѣзко отчетливой. Содержаніе въ нихъ пигмента, какъ было уже упомянуто выше, очень неравнообразно распределено по отдѣльнымъ мѣстамъ и клѣткамъ. Можно съ утвѣдительностью сказать, что въ центральныхъ частяхъ препаратовъ встрѣчаются мѣста, гдѣ его почти нѣтъ, или онъ встрѣчается въ единичныхъ клѣткахъ и въ количествѣ очень незначительномъ. Въ клѣткахъ содержащихъ пигментъ главная его часть располагается у дистального конца ядра, меньшая вокругъ боковыхъ частей, составляя нѣрѣдко къ нему какъ бы придатки разнообразной формы. Того правильнаго расположенія въ видѣ зернышекъ одинаковой величины, которое какъ будетъ видно ниже, встрѣчается въ пигментныхъ клѣткахъ кожи, здѣсь не встрѣчается; пигментъ имѣетъ склонность собираться въ болѣе крупныя глыбки. Форма базальной клѣтки, какъ будто, обуславливаетъ содержаніе пигмента; чѣмъ она ближе къ цилиндрической, тѣмъ и содержаніе въ ней пигмента обыкновенно больше. Постороннихъ эпидермису элементовъ замѣтить не удалось. Эндотелий сосочковыхъ капилляровъ набухъ, значительно выстоптъ въ просвѣтъ ихъ, благодаря чему послѣдній во многихъ изъ нихъ не виденъ вовсе, или представляется въ видѣ узкой сле замѣтной щели. Кровяныхъ шариковъ въ большинствѣ измѣненныхъ такимъ образомъ капилляровъ не видно вовсе. Красныя кровяныя тѣльца, лежащія около сосудовъ въ тканѣ, представляются совершенно не измѣненными. Периваскулярный инфильтратъ въ сосочковыхъ капиллярахъ выраженъ нѣрѣзко, мѣстами онъ даже вовсе отсутствуетъ и капилляръ, кромѣ набуханія и пролиферации эндотелия, другихъ измѣненій не представляетъ. Тамъ же, гдѣ онъ замѣчается, онъ состоитъ изъ клѣтокъ, окружающихъ капилляръ обыкновенно со всѣхъ сторонъ; наиболѣе густо клѣтки расположены въ осевомъ

сосочка, при окончаніи же капилляра, въ верхушкѣ сосочка интенсивность инфильтраціи значительно понижается и состоитъ лишь изъ отдѣльныхъ разбѣянныхъ клѣтокъ, то лежащихъ въблизи капилляра, то удаляющихся отъ него на нѣкоторое разстояніе въ ткань сосочка.

Я уже говорилъ выше, что наиболѣе рѣзкая околососудистая инфильтрація замѣчается въ самомъ основаніи сосочка, и даже немного ниже его. На ряду съ такими инфильтрованными сосудами попадаютъ другіе болѣе крупнаго калибра расширенные, переполненные кровяными шариками, измѣненныя въ стѣнкѣ и периваскулярномъ пространствѣ которыхъ инфильтрація минимальна, считая въ томъ числѣ и эндотеліи, или совершенно отсутствуютъ. По строенію стѣнки такіе сосуды слѣдуетъ причислить къ маленькимъ венамъ.

Составъ периваскулярнаго инфильтрата не отличается въ разныхъ мѣстахъ препарата и состоитъ изъ элементовъ, которые надо отнести къ лимфоцитамъ, круглымъ клѣткамъ съ небольшимъ количествомъ протоплазмы вокругъ ядеръ ихъ, такъ называемымъ, полибластамъ и гипертрофированнымъ фибробластамъ. Отдѣльные лимфоциты и круглыя клѣтки встрѣчаются разбѣянными и въ стромѣ сосочковъ, но преобладаютъ здѣсь обыкновенныя гипертрофированныя фибробласты. Незамѣненные же фибробласты встрѣчаются значительно рѣже. Относительно клѣтокъ содержащихъ пигментъ, слѣдуетъ сказать тоже, что и въ первомъ наблюденіи т. е., что форма ихъ весьма разнообразна благодаря отросткамъ, наполненнымъ пигментомъ, отходящимъ въ болѣе или меньшемъ количествѣ съ разныхъ сторонъ клѣтки. Гдѣ пигмента сравнительно немного, тамъ дѣло ограничивается обыкновенно двумя отростками, отходящими отъ концовъ клѣтки, и клѣтка по своимъ основнымъ свойствамъ окрасъ, формѣ ядра, количеству протоплазмы отличается отъ обыкновенныхъ фибробластовъ лишь содержаніемъ пигмента. Въ другихъ случаяхъ по тѣмъ же причинамъ пигментъ въ клѣткѣ аналогична съ гипертрофированными фибробластами. Въ тѣхъ клѣткахъ, которыя почти совершенно выполнены пигментомъ, закрывающимъ иногда и самое ядро, имѣющее большое количество отростковъ, наполненныхъ имъ же, аналогичность эта теряется. О преимущественной наклонности пи-

ментныхъ клѣтокъ къ расположенію въ окружности сосудовъ въ этомъ случаѣ съ утвердительною говорить не приходится.

Мнѣ не удалось прослѣдить непосредственной связи отростковъ пигментныхъ клѣтокъ, лежащихъ въблизи базальнаго слоя, съ клѣтками этого послѣдняго.

Можно съ утвердительною говорить въ этомъ случаѣ о внутриклеточномъ расположеніи пигмента. Свободное залеганіе пигмента въ тканевыхъ щеляхъ только кажущееся. Почти безъ исключенія, можно сказать, пигментъ принадлежитъ клѣткамъ. Лежащія свободно зернышки пигмента имѣютъ обыкновенно довольно ясно контурированный видъ, ограниченный линіей съ кругловатыми очертаніями. На болѣе толстыхъ сѣзкахъ удается прослѣдить ходъ такого кажущагося свободнымъ пигмента отъ отростка до самой клѣтки, или можно замѣтить присутствіе небольшого количества протоплазмы между пигментными зернышками. Полинуклеарные лейкоциты были найдены въ единичныхъ экземплярахъ въ просвѣтѣ сосуда или непосредственно у стѣнки его. Откормленные клѣтки находятся въ умѣренномъ количествѣ и сравнительно слабо окрашиваются полихромною синькой. Въ откормленныхъ клѣткахъ зеренъ пигмента не было найдено, на что указываютъ нѣкоторые авторы (Philippson-цит. у Hjelmann'a). У сосудовъ саловыхъ железъ и волосяныхъ луковицъ инфильтратъ меньше выраженъ, чѣмъ въ капиллярахъ сосочковъ, но болѣе, чѣмъ въ другихъ сосудахъ потовыхъ железъ. Характеръ его ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ такого же въ другихъ мѣстахъ.

Нельзя провести никакой разницы и границы въ измѣненіяхъ сосудовъ, соответствующихъ центральнымъ и периферическимъ частямъ препарата. Какихъ-либо видимыхъ измѣненій со стороны нервныхъ стволковъ повившихъ на нѣкоторыхъ препаратахъ въ разрѣзъ видѣть мнѣ въ этомъ случаѣ не пришлось.

Наблюденіе III.

Родионъ Г..., 35 лѣтъ, рабочій. Заразился сифилисомъ въ декабрѣ 1905 года и получилъ до поступленія въ госпиталь

25 вырскиваний, по одной инъекции каждые 3 дня. Блондине. Въ другихъ отношеніяхъ здоровъ. Изъ специфическихъ явленій обнаружены: лейкодерма на шеѣ и порядочная алоpecia на волосистой части головы.

Лейкодерма выражена слабо и исключительно только на боковыхъ частяхъ шеи. Отдѣльные пятна большой величины число опредѣлить трудно, такъ какъ почти повсюду они имѣютъ сливной характеръ. По формѣ лейкодерму нужно назвать съчатой или даже мраморной.

Биопсія 18 сентября 1906 года. Въ кусочекъ захвачено лейкодермическое пятно. Фиксація въ сулемѣ и алкогольѣ.

Слабое увеличеніе. Толщина эпидермиса тоньше нормального на всемъ протяженіи препарата. На окрашенныхъ препаратахъ хорошо отличается роговой, зернистый и Мальпигиевъ слой. Роговой слой по своей толщинѣ, повидимому, не отстываетъ отъ нормы; толщина Мальпигиева слоя въ самыхъ толстыхъ мѣстахъ не превышаетъ 6—7 рядовъ кѣлочекъ. Граница эпидермиса отъ кожи вездѣ хорошо видна. Сосочки выражены въ большинствѣ неясно, имѣютъ приплюснутый видъ, острыхъ и коническихъ формъ сравнительно мало. Периваскулярный инфильтратъ въ большинствѣ сосочковыхъ капиляровъ, или мало замѣтенъ, или совершенно отсутствуетъ. У сосудовъ основанія сосочковъ онъ выраженъ нѣсколько больше, но все же по своему размѣру уступаетъ обонимъ существующимъ наблюденіямъ. Обращаетъ на себя вниманіе сравнительная бѣдность сосочковъ сосудами. Цѣлый рядъ сосочковъ иногда не содержитъ ихъ. Просматривая цѣлую серію препаратовъ убѣждаешься, что это явленіе не случайное, а повторяющееся въ каждомъ препаратѣ данного кусочка съ сомнѣнной правильностью. Большинство имѣющихся сосудовъ имѣютъ наклонность держаться направленія параллельнаго поверхности кожи. Сосудовъ вертикально поднимающихся въ сосочки сравнительно мало. Кромѣ того, замѣчаются въ подсосочковомъ слое тяжи, состоящія изъ продольно расположенныхъ ядеръ и тянущіяся на различномъ протяженіи, съ крайне незначительнымъ содержаніемъ кѣлочныхъ элементовъ въ окружности ихъ. Тяжъ, состоящій изъ кѣлочныхъ элементовъ продольной формы, лежитъ среди однородной соединительной тканн

кѣлочныхъ элементовъ въ соединительно-тканной основѣ сосочковъ и въ нижележащихъ частяхъ также сравнительно мало. Не замѣчается расширенія сосудовъ въ подсосочковомъ слое. Инфильтратъ вокругъ сосудовъ салныхъ железъ и волосяныхъ луковичъ неясно выраженъ, вокругъ потовыхъ железъ вовсе отсутствуетъ. Эластическая сътъ хорошо развита и уклоненій отъ нормального состоянія, повидимому, не представляетъ. По содержанію пигмента и распредѣленію его въ тканяхъ кожи, настоящее наблюденіе отличается отъ двухъ предыдущихъ въ томъ отношеніи, что базальныя кѣлки почти не содержатъ его, благодаря чему граница ихъ отъ кожи обозначается только рядомъ свѣтлыхъ блестящихъ ядеръ на неокрашенныхъ препаратахъ и не имѣется той свѣтлоричневой линіи, которая отмѣчаетъ нахожденіе пигмента въ базальныхъ кѣлкахъ. На препаратахъ, окрашенныхъ полихромомъ метилевою синькой, при извѣстной степени обезцвѣчиванія, линія нахожденія пигмента въ базальныхъ кѣлкахъ имѣетъ обыкновенно бутылочно-зеленый цвѣтъ. Цвѣтъ этотъ настолько характеренъ для пигмента, окрашеннаго упомянутой синькой, что Ehrmann рекомендуетъ его, какъ специальную окраску для работъ надъ пигментомъ. Въ настоящемъ случаѣ ничего подобнаго нельзя замѣтить. Лишь кое-гдѣ замѣчаются небольшіе островки пигмента, въ которыхъ находится умѣренное количество пигмента. Въ сосочковомъ тѣлѣ наблюдается, какъ явленіе довольно общее, значительное содержаніе пигмента; тоже и въ подсосочковомъ слое, т.-е. совершенно противоположное тому, что есть въ базальныхъ кѣлкахъ. Расположеніе и видъ пигментныхъ скопленій весьма разнообразны, но въ подсосочковомъ слое можно подмѣтить наклонность его къ линейному расположенію параллельно поверхности кожи. Какъ особенность этого случая, не относящуюся, впрочемъ, къ интересующимъ насъ патолого-гистологическимъ измѣненіямъ, нужно отнести нахожденіе въ одномъ волосномъ влагалищѣ нѣсколькихъ пушковыхъ волосъ: въ нѣкоторыхъ ихъ замѣчается отъ 6—8.

Среднее увеличеніе. Роговой слой не представляетъ въ своихъ отдѣльныхъ элементахъ замѣтныхъ измѣненій, вездѣ плотно прилежитъ къ подлежащимъ частямъ, верхніе слои его

мало разрыхлены. Прозрачного слоя и при этом увеличен и видѣть не удастся. Зернистый слой хорошо отличается и состоитъ изъ одного ряда кѣлокъ съ ясно выраженными ядрами, которые мѣстами имѣютъ шарообразный, прозрачный видъ. Мальпигиевъ слой не представляетъ, кромѣ вышеуказанныхъ другихъ измѣненій. Слой базальныхъ кѣлокъ, сохраняя на многихъ мѣстахъ характерную цилиндрическую форму, на окрашенныхъ препаратахъ выдѣляется только правильными рядовымъ расположеніемъ ядеръ. Сильно преломляющихъ свѣтъ зеренъ пигмента въ протоплазмѣ этихъ кѣлокъ не замѣчается вовсе. Можно сказать, что это правило для большинства базальныхъ кѣлокъ, кромѣ отмѣченныхъ выше островковъ, въ которыхъ сравнительно немного, гдѣ онъ содержится въ количествѣ довольно значительномъ. На ряду съ этимъ не только относительное, но и абсолютно большое содержаніе пигмента въ сосочковой и подсосочковой части препарата составляетъ рѣзкій контрастъ съ тѣмъ, что наблюдается въ базальныхъ кѣлкахъ. На неокрашенныхъ препаратахъ зернышки пигмента въ сосочковой и подсосочковой стромѣ имѣютъ видъ мелкихъ сильно преломляющихъ свѣтъ зеренъ, одинаковой величины, расположенныхъ на концахъ длинныхъ и большихъ скопленій въ видѣ правильныхъ конусовъ, коричневаго цвѣта. Отношеніе пигмента къ кѣлочнымъ элементамъ здѣсь такое же, какъ въ предыдущихъ случаяхъ, почему не представляется надобности повторять сказанное. Слѣдуетъ лишь отмѣтить, что число кѣлочекъ наполненныхъ пигментомъ стоящихъ близко по своимъ особенностямъ къ обыкновеннымъ фибробластамъ въ настоящемъ случаѣ превалирующее. Меньшее же значительное число, составляютъ пигментныя кѣлки по формѣ и другимъ особенностямъ ядра напоминающія гипертрофированныхъ фибробластовъ.

Кѣлочные элементы, находящіеся въ сосочкахъ, состоятъ преимущественно изъ гипертрофированныхъ и обыкновенныхъ фибробластовъ и, что важно отмѣтить, встрѣчаются сосочки гдѣ свободныхъ отъ пигмента тканевыхъ кѣлочныхъ элементовъ почти нѣтъ: вездѣ они содержатъ его. Круглыхъ кѣлокъ и лимфоцитовъ почти не встрѣчается разбѣянными въ сосочкахъ. Эндотелій капилляровъ представляетъ явленія на

буханія и размноженія. Въ мѣстахъ периваскулярнаго инфильтрата сравнительно немного лимфоцитовъ, но значительное количество гипертрофированныхъ фибробластовъ, изъ коихъ во многихъ перерѣзанныхъ продольно можно замѣтить содержаніе зеренъ пигмента, а также полибластовъ, расположенныхъ концентрически вокругъ инфильтрированного сосуда съ видимой наклонностью къ образованію молодой соединительной ткани. Вышеупомянутые тяжи, состоящие изъ кѣлочныхъ элементовъ продольной формы, встрѣчаются не на каждомъ срѣзѣ и состоятъ изъ кѣлокъ вытянутой формы съ ядромъ продолговатой формы, повидимому, фибробластовъ. Гладкихъ мышечныхъ кѣлокъ очень немного.

Въ ткани собственно кожи главную часть составляютъ обыкновенные фибробласты и рѣже гипертрофированные фибробласты, въ которыхъ также встрѣчаются зерна пигмента, но обыкновенно въ небольшомъ количествѣ. Вокругъ волосяныхъ фолликуловъ и сальныхъ железъ соединительная ткань составляетъ значительно развитую капсулу, толщина которой превосходитъ значительно нормальную. Въ эластической ткани измѣненій качественнаго и количественнаго характера подмѣтить не удалось.

Наблюденіе IV.

Григорій В.... 27 лѣтъ, приказчикъ, блондинъ. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Заразился твердымъ шанкромъ 6 мѣсяцевъ тому назадъ. До поступленія въ госпиталь — 12 октября 1906 года, было сдѣлано 18 вырыскиваній ртути, по два раза въ недѣлю, и непосредственно предъ поступленіемъ получилъ 3 вырыскиванія. Кромѣ лейкодермы, изъ специфическихъ болѣзненныхъ симптомовъ обнаружены: охриплость голоса и увеличеніе паховыхъ и бедренныхъ железъ. Лейкодерма въ видѣ пятенъ, окруженныхъ пигментированнымъ вѣнчикомъ, распространялась на заднюю и боковыя области шеи и менѣе ясно была замѣтна на груди, верхней части спины и плечевыхъ областяхъ. Величина бѣлыхъ кругловатыхъ пятенъ различна, часть ихъ слилась между собой. На нѣкоторыхъ мѣстахъ лейкодерма имѣетъ сѣчатый, на другихъ пят-

вистый видъ. Контрастъ между бѣлыми и пигментированными частями не рѣзокъ, переходъ бѣлыхъ пятенъ въ пигментированные участки совершается постепенно, малозамѣтно. Послѣ заболѣванія сифилисомъ черезъ нѣкоторое время стали сильно падать волосы. При осмотрѣ замѣчается порѣдѣнiе волосъ, типичной алопецией пятъ.

Для биопсиі 16 октября 1906 года выбрано лейкодермическое, круглой формы пятно, въ центрѣ котораго находилось небольшое пигментированное пятнышко, едва замѣтное. Въ сосочкѣ захвачено все лейкодермическое пятно и небольшая часть пигментированной периферіи, вѣрнѣе, часть кожи, состоящей изъ переходную, мало отличимую отъ лейкодермическаго пятна кожу. Фиксація въ сулемѣ и алкоголь.

Слабое увеличеніе. Толщина эпидермиса на всемъ протяженіи сѣрза уменьшена. Роговой слой равняется приблизительно одной третей части всей толщи эпидермиса. Слѣзистыхъ кѣтокъ, расположенныхъ въ одинъ рядъ, по мѣстамъ прерывающійся, но не на большое протяженіе, раздѣлены хорошо. Весь Мальпигиевъ слой, включая сюда и слѣзистыхъ кѣтокъ, состоитъ въ большинствѣ случаевъ изъ 4—5 рядовъ кѣтокъ. Граница эпидермиса отъ кожи довольно ясна, но по мѣстамъ встрѣчается отмѣченная уже выше потертая базальными кѣтками цилиндрической формы, вмѣсто которой принимаютъ круглую и лежатъ какъ бы непосредственно на соединительно-тканной стромѣ подлежащихъ частей. Расдѣленіе пигмента крайне неравномерно по всему протяженію эпидермиса. Въ центральныхъ частяхъ, соответствующихъ мѣстамъ скопленіемъ пигмента въ центральномъ пятнышку, содержится больше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ, но распредѣленіе его неодинаково: въ одномъ мѣстѣ здѣсь его очень много, другомъ меньше, или даже совсѣмъ мало. Волосыныя влагалища нерѣзко и замѣченно, въ области гиперпигментации содержатъ большое количество пигмента въ своихъ периферическихъ частяхъ.

Въ лейкодермическихъ частяхъ пигмента вообще меньше, чѣмъ въ пигментированныхъ участкахъ, и не встрѣчается тѣхъ островковыхъ скопленій обильнаго количества пигмента, которыя находятся въ пигментированной части. Въ волосыныя

влагалищахъ не замѣчается вовсе скопленія пигмента, или его очень мало. Только на нѣкоторыхъ мѣстахъ въ отдѣльныхъ небольшихъ группахъ базальныхъ кѣтокъ не замѣтно пигмента, и это преимущественно на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ Мальпигиевъ слой всего сильнѣе истонченъ. Сосочки небольшой величины, разнообразной формы, преимущественно плоской. Нѣсколько сосочковъ (2—5) образуютъ гребни. Въ сосочкахъ пигментированной части и между ними масса пигмента, распространяющагося довольно глубоко въ подсосочковомъ слое. Въ настоящемъ случаѣ нужно также отмѣтить, что количество пигмента въ сосочкѣ и покрывающемъ его эпителии не всегда прямо пропорционально. Иногда сосочекъ содержитъ сравнительно много пигмента, а покрывающій его эпителий очень мало. Бываетъ и обратное отношеніе, когда въ эпителии пигмента много, а въ нижележащемъ сосочкѣ его сравнительно мало.

Въ лейкодермической части неправильное соотношеніе между содержаніемъ пигмента въ эпителии и соединительно-тканной основѣ несущаго его на себѣ сосочка еще яснѣе: въ базальныхъ кѣткахъ пигмента немного и относительно гораздо больше въ самомъ сосочкѣ.

Обращаясь къ изученію сосудовъ, слѣдуетъ признать, что въ данномъ случаѣ измѣненія сосудовъ весьма значительны и не только поверхностныхъ, но и болѣе глубокихъ слоевъ кожи. Особой разницы въ измѣненіяхъ сосудовъ пигментированныхъ лейкодермическихъ участковъ не замѣчено. Поэтому и различія въ описаніи тѣхъ и другихъ дѣлать не приходится. Прорѣженіе сосочковыхъ капилляровъ вездѣ отмѣчается густымъ скопленіемъ вокругъ нихъ мелкокѣлочковаго инфильтрата, толщина котораго во много разъ превышаетъ размѣры самого сосуда. Мелкокѣлочковый инфильтратъ обыкновенно со всѣхъ сторонъ окружаетъ сосудъ и тамъ, гдѣ онъ особенно густъ, не удается просвѣтъ капилляра не удается. Къ верхушкѣ сосочка инфильтрація уменьшается, къ основанію его, наоборотъ, увеличивается и наиболѣе рѣзко она выражена въ основаніи сосочковъ или еще немного ниже. Здѣсь можно замѣтить порѣзковъ разбѣговъ фокусныхъ скопленія мелкокѣлочковыхъ элементовъ, среди которыхъ сосуды при такомъ увеличеніи разсмотрѣть трудно. Незамѣненныхъ сосудовъ ни въ сосочкахъ,

ни въ подсосочковомъ слоеѣ не встрѣчается. Менѣе измѣненны сосуды въ подсосочковомъ слоеѣ обычно расширены и набухли красными кровяными тѣльцами. Рѣже въ окружности такихъ сосудовъ, или вдали отъ нихъ, встрѣчаются небольшіе скопления красныхъ кровяныхъ шариковъ. Кристалловъ гематина среди этихъ скопленій и вообще распаденія красныхъ кровяныхъ шариковъ не замѣчается. Сосуды нижележащихъ слоевъ также не остаются свободными отъ скопленій круглыхъ клеточковыхъ элементовъ вокругъ нихъ.

Такия же скопленія встрѣчаются среди клубочковъ половыхъ железъ, но здѣсь круглыя клеточки лежатъ болѣе рѣдкимъ и даже одиночно.

Не остались ли измѣненными и болѣе глубокіе артеріальныя сосуды, эндотелій которыхъ представляется какъ бы сморщеннымъ, media болѣе или менѣе нормальной, въ adventitia — единичные круглоклеточные элементы, число которыхъ сразу увеличивается вокругъ капилляровъ подходящихъ къ adventitia. Вокругъ сосудовъ салныхъ железъ, волосяныхъ луковичъ, влагалищъ имѣется инфильтрація, иногда въ довольно рѣзкой степени развитія, сопровождающая волосяное влагалище къ гдѣ на значительное разстояніе и обыкновенно съ одной стороны.

Въ эпителии салныхъ железъ видимыхъ измѣненій нѣтъ въ эпителии же потовыхъ железъ замѣчается, хотя не въ разномноженіе клеточныхъ элементовъ, выполняющихъ благодаря этому весь просвѣтъ трубочки. Эластическая ткань въ губчатыхъ частяхъ измѣненій не представляетъ, въ сосочкахъ оповидному, нѣсколько разрѣжена, особенно, по близости къ сосудамъ.

Среднее увеличеніе. Роговой слой состоитъ изъ наслоенныхъ однородныхъ пластинокъ, въ которомъ нельзя различить отдѣльныхъ клеточекъ, ни ядеръ. Прозрачный слой отсутствуетъ. Клетки зернистаго слоя расположены въ одинъ, мѣстами прорывающіеся на небольшомъ протяженіи, рядъ. Клетки щитовиднаго слоя, кромѣ вышеупомянутаго уменьшенія въ числѣ слоевъ, не представляютъ ничего особеннаго. О видоизмѣненіи цилиндрической формы базальныхъ клеточекъ въ округлую бы уже упомянуто выше. На этихъ мѣстахъ базальныя клеточки имѣютъ овальную или эллипсоидной формы ядра, распо-

ложенныя не перпендикулярно къ поверхности сосочка, какъ обыкновенно, а параллельно поверхности кожи. Пигмента въ лейкодермической части базальныя клеточки содержатъ мало; въ гиперхромической его гораздо больше и, кажется, что иногда онъ можетъ заключаться и въ двухъ рядахъ клеточекъ, но увѣренно объ этомъ говорить трудно, такъ какъ возможно, что это явленіе зависитъ отъ того, что находящійся за базальными клеточками слѣдующій рядъ ихъ лежитъ нѣсколько ближе къ поверхности эпидермиса и симулируетъ содержаніе пигмента въ слѣдующемъ за первыми базальными клеточками слоеѣ клеточекъ. Въ прилежащихъ къ базальнымъ клеточкамъ щитовиднаго слоя удается замѣтить нѣрѣдко желтоватое диффузное окрашеніе на неокрашенныхъ препаратахъ. Пигментъ лежитъ въ окружности ядра базальной клетки, въ большемъ количествѣ у конца его, направленнаго къ роговому слою, въ меньшемъ у основанія базальной клетки и въ еще меньшемъ по боковымъ сторонамъ ядра. Между соедѣнными базальными клеточками наполненнымъ пигментомъ иногда удается видѣть свѣтлый промежутокъ, что говорить за то, что пигментъ находится въ протоплазмѣ самихъ клеточекъ, а не промежуткахъ между ними. Несмотря на обиліе пигментныхъ клеточекъ въ сосочкахъ гиперхромической части, выпускающихъ длинныя отростки по направленію къ базальнымъ клеточкамъ, не приходится видѣть непосредственной связи пигментной клетки съ базальной. Иногда дѣйствительно, это сближеніе происходитъ до близкаго соедѣнства отростка пигментной клетки съ базальной, но полная соприкосновенія, перехода пигментнаго отростка въ базальную клетку все таки нѣтъ, не видно и проникновенія отростковъ пигментныхъ клеточекъ между эпителиальными. Въ сосочкахъ помимо периваскулярныхъ скопленій клеточекъ нужно отмѣтить обиліе соединительно-тканыхъ клеточекъ и именно гипертрофированныхъ фибробластовъ, неизмѣненныхъ же фибробластовъ въ сосочкахъ почти не встрѣчается. Измѣненія эндотелія сосочковыхъ капилляровъ носятъ обычный характеръ. Въ гиперхромической части вдоль капилляровъ находятся въ большомъ числѣ пигментныя клеточки. Про отношеніе пигмента къ клеточкамъ здѣсь пришлось бы повторить тоже, что было говорено раньше. Въ составѣ клеточнаго периваскулярнаго инфи-

трата главное мѣсто принадлежить лимфоцитамъ; въ значительномъ числѣ попадаются гипертрофированные фибробласты и въ меньшемъ круглыя клѣтки-полибласты. Тамъ, гдѣ мелкія клѣточныя инфильтраты принимаютъ фокусный характеръ, преобладающее количество элементовъ входящихъ въ него нужно отнести къ лимфоцитамъ; полибластовъ встрѣчается меньше. Тотъ же характеръ имѣютъ клѣточные скопленія вокругъ саленныхъ железъ, волосяныхъ луковицъ и влагалищъ. Въ большихъ сосудахъ встрѣчаются полинуклеарные лейкоциты. Среди болѣе мелкихъ сосудовъ съ периваскулярнымъ инфильтратомъ въ порядочной степени развитія можно видѣть сосуды съ нѣсколькими утолщенными стѣнками. Утолщеніе стѣнки происходитъ на счетъ клѣтокъ, плотнымъ кольцомъ окружающихъ сосудъ, границы между которыми неясно различаются, а ядра приобретаютъ нѣсколько продолговатый видъ и располагаются какъ бы концентрически, слои то другъ надъ другомъ. Можно видѣть и другіе сосуды мелкаго калибра, инфильтраціонныя поля вокругъ которыхъ незначительны, просвѣтъ сохраненъ, а утолщеніе стѣнки тѣмъ не менѣе ясно обнаруживается. Утолщеніе стѣнки сосудовъ хотя и недостигающее нигдѣ значительныхъ размѣровъ, въ настоящемъ наблюденіи довольно странное явленіе. Откормленныхъ клѣтокъ въ настоящемъ случаѣ встрѣчается очень мало, плазматическихъ же видѣть вовсе не удалось. Относительно эластической ткани можно повторить только то, что было сказано при описаніи измѣненій найденныхъ при маломъ увеличеніи. Тоже самое относится къ потовымъ и саленнымъ железамъ.

Наблюденіе V.

Михаилъ А..... 33 лѣтъ, чиновникъ, бронеть со смуглой окраской кожи, уроженецъ Кавказа. Заразился сифилисомъ началъ мая 1906 г. Первая сыпь появилась въ концѣ іюня, была признана чесоткой и лечилась какъ таковая. 4 октября 1906 г. на амбулаторномъ приемѣ клиники венерическихъ болѣзней обнаружено: обильнѣ лимфаденитъ, рѣзко выраженная алопеція волосистой части головы и лейкодерма на задней боковыхъ частяхъ шеи. На боковыхъ частяхъ шеи бѣлыя

пятна въ большинствѣ слились, раздѣляясь неправильной формы пигментированными линиями и полосками. На задней же сторонѣ шеи бѣлыя пятна лежатъ изолированно, въ видѣ бѣлыхъ лунокъ, окруженныхъ пигментированнымъ вѣнчикомъ. Величина пятенъ различна, отъ крупной булавочной головки до горошины. Лейкодерма по своей формѣ на боковыхъ частяхъ шеи относится къ сѣтчатой разновидности, на задней къ пятнистой, которую клинически здѣсь нужно считать рѣзко выраженной. Общее состояніе здоровья хорошее. Біопсія 11 ноября 1906 г. Вырѣзано на задне-нижней части шеи круглое лейкодермическое пятно. Фиксація въ алкоголь.

Слабое увеличеніе. Роговой слой оторвался почти на всѣхъ препаратахъ, кое-гдѣ сохранившіеся нижніе его отдѣлы никакихъ отступленій отъ нормальнаго состоянія не представляютъ. Мальпигіевъ слой вездѣ хорошо развитъ. Подъотдѣлъ его, слой зернистыхъ клѣтокъ различается хорошо. Границы эпидермиса повсюду хорошо различимы. Распределеніе пигмента неравномерно въ базальныхъ клѣткахъ. Въ центрѣ лейкодермическаго пятна его вообще меньше, чѣмъ въ краевыхъ частяхъ, но и здѣсь (въ центрѣ) встрѣчаются участками базальныя клѣтки, гдѣ его очень много, и можно говорить съ положительностью о гиперпигментаціи ихъ. Изрѣдка попадаются островки изъ базальныхъ клѣтокъ, гдѣ пигментъ почти отсутствуетъ. Къ краямъ лейкодермическаго пятна такихъ островковъ встрѣчается меньше и вообще пигментація базальныхъ клѣтокъ болѣе однообразна въ сторону увеличенія содержанія пигмента. Сосочки болѣе или менѣе однообразной формы. На неокрашенныхъ препаратахъ сосочки краевыхъ частей лейкодермическаго пятна, особенно одного края, отличаются большимъ содержаніемъ въ нихъ пигмента отъ сосочковъ центральныхъ частей, въ которыхъ его мало или вовсе не видно при этомъ увеличеніи. Количество пигмента въ подсосочковомъ слое соответствуетъ содержанію его въ вышележащихъ сосочкахъ. Сосочки сравнительно бѣдны сосудами. Сосуды сосочковъ, видимымъ образомъ не измѣнены, инфильтрата вокругъ нихъ или не замѣтно, или попадаютъ въ окружности ихъ только единичные мелкокѣточковые элементы круглой формы. Соединительно-тканныя клѣтки находятся въ весьма умѣренномъ

количествѣ. Измѣненія сосудовъ подсосочковаго слоя болѣе выражены, но и здѣсь клеточковый инфильтратъ держится исключительно вокругъ сосудовъ, фокусныхъ изолированныхъ скопленій не даетъ и состоитъ изъ небольшого количества клѣтокъ, среди которыхъ почти всегда виденъ просвѣтъ сосуда въ видѣ щели или круга, наполненный умѣренно или вовсе свободный отъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Сосуды салъныхъ железъ, волосныхъ влагалищъ и луковицъ окружены умѣреннымъ инфильтратомъ. Потовыя железы съ ихъ сосудама измѣненій не представляютъ. Эластическая ткань нѣкоторыхъ сосочковъ центральныхъ частей лейкодермического пятна состоитъ изъ правильно идущихъ изъ подсосочковаго слоя вертикальныхъ, длинныхъ волоконъ, а болѣе или менѣе короткихъ обрывковъ ихъ, расположенныхъ безъ особаго порядка. Нѣкоторое разрыхленіе эластической ткани замѣчается въ подсосочковомъ слое, соответственно вышеназваннымъ сосочкамъ. Въ виду этого, необходимо признать, что здѣсь имѣется дѣло съ измѣненіемъ эластической ткани, по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ сосочкахъ.

Среднее увеличеніе. Въ верхнихъ слояхъ эпидермиса и при этомъ увеличеніи не получилось какихъ-либо новыхъ данныхъ для сужденій объ патологическихъ измѣненіяхъ, имѣющихся. Въ слоеъ базальныхъ клѣтокъ обращаетъ на себя вниманіе состояніе ядеръ. Нормально эти ядра имѣютъ обыкновенную видъ продолговатыхъ образований, болѣе и менѣе одинаковой величины, довольно интенсивно и однообразно красящихся ядерными красками. Въ настоящемъ же случаѣ ядра имѣютъ почти исключительно округлую форму и неодинаковую величину. Одни по величинѣ равны ядру лимфоцита и интенсивно окрашены, болѣе часто же въ 2—4 раза больше, гипертрофированы и блѣдно окрашены. Такой же видъ имѣютъ ядра вышележащихъ шиповидныхъ клѣтокъ. Правильно цилиндрической формы базальныхъ клѣтокъ почти не встрѣчается. Пигментъ, гдѣ находится его скопленія, занимаетъ иногда дѣла клѣтокъ. Въ видѣ же отдѣльныхъ зернышекъ встрѣчается вокругъ ядеръ въ отдѣльныхъ клѣткахъ шиповиднаго слоя. Соединительно-тканныя клѣтки сосочковъ, находимыя въ умѣренномъ количествѣ, имѣютъ видъ гипертрофированныхъ

фибробластовъ съ ядрами различной величины. Измѣненія ядеръ эндотелія сосочковыхъ капилляровъ въ умѣренной степени. Объ остальныхъ патологическихъ измѣненіяхъ пришлось бы повторить прежде сказанное, кромѣ состоянія пигментъ—содержащихъ клѣтокъ въ сосочкахъ и нижележащихъ частяхъ. Выше уже было упомянуто о незначительномъ содержаніи пигмента въ сосочкахъ и подлежащихъ слояхъ центральныхъ частей. Этому обстоятельству совершенно соответствуютъ измѣненія, находимыя въ пигментныхъ клѣткахъ при этомъ увеличеніи. Пигментныхъ клѣтокъ повсюду мало, а въ нѣкоторыхъ сосочкахъ они даже вовсе отсутствуютъ. Величина ихъ значительно уменьшена, формъ съ очень длинными отростками не встрѣчается вовсе. Количество пигмента въ большинствѣ клѣтокъ очень не велико, иногда всего нѣсколько зеренъ. Въ тѣхъ клѣткахъ, гдѣ его сравнительно много, ядра значительно уменьшены въ своемъ размѣрѣ, какъ бы сморщены и облиты пигментомъ. Вообще пигментъ имѣетъ, повидимому, стремленіе собираться къ ядру; большихъ, длинныхъ, вѣтвистыхъ отростковъ, по нѣскольку въ одной клѣткѣ, нельзя прослѣдить. Все скопленіе пигмента, какъ будто, ограничивается ближайшею окружностью ядра. Кромѣ того, встрѣчаются скопленія пигмента, гдѣ о присутствіи ядра можно скорѣе догадываться, чѣмъ говорить съ увѣренностью, а въ другихъ случаяхъ пигментъ какъ бы разсыпанъ, лежитъ отдѣльными зернышками, ядра видѣть не удается. Пигментная клѣтка въ послѣднемъ случаѣ, очевидно, распалась. Отгормленныхъ клѣтокъ совершенно не встрѣчалось; въ подсосочковомъ и нижележащихъ частяхъ обиліе обыкновенныхъ фибробластовъ. При этомъ увеличеніи вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ подсосочковаго слоя кожи можно замѣтить скопленіе гипертрофированныхъ фибробластовъ и незначительное развитіе соединительной ткани. Объ измѣненіяхъ въ эластической ткани было уже сказано и прибавить особаго ничего нельзя.

Наблюданіе VI.

Анна Ц., 17 лѣтъ, фабричная рабочая, шатенка, съ темнорусыми волосами на головѣ. Общее состояніе здоровья

хорошее. Сифилисомъ заразилаъ 3 мѣсяца тому назадъ. Изъ специфическихъ явленій у больной оказалось: остатки склероза на правой большой губѣ, слизистыя папулы наружныхъ половыхъ частей, общій лимфаденитъ, алопеція волосяной части головы, распространенная лейкодерма. Лейкодерма занимала боковыя и заднюю области шеи, верхнюю часть груди и спины, а также плечевыя области, приблизительно до половины плеча. На шеѣ лейкодермическія пятна въ большинствѣ слились и лежатъ близко другъ къ другу, образуя сѣтчатую форму лейкодермы. Въ верхнихъ частяхъ груди и спины пятна расположены болѣе разсѣяно и окружены каждое довольно рѣзко выраженнымъ пигментированнымъ вѣнчикомъ. На этихъ мѣстахъ лейкодерму можно назвать пятнистой и притомъ рѣзковыраженной. Изолированныя лейкодермическія пятна достигаютъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ величины гривенника. Общій видъ лейкодермы на спинѣ и груди довольно красивый, напоминая пестроту кожи тигра.

Я пытался сравнить на глазъ окраску лейкодермическаго пятна со здоровой кожей и получилъ впечатлѣніе, что лейкодермическое пятно нѣсколько темнѣе здоровой кожи.

Для біопсіи взялъ кусочекъ кожи съ верхней части спины, заключающей лейкодермическое круглое пятно съ гиперпигментнымъ поясомъ вокругъ него. Фиксація въ еулемѣ. При изготовленіи срѣзовъ, на центральную часть приходилось лейкодермическое мѣсто, а на оба края гиперхромированный ободокъ.

Слабое увеличеніе. Въ толщинѣ эпидермиса лейкодермическихъ и гиперхромическихъ частей никакой разницы нельзя уловить. Верхняя часть рогового слоя оторвалась, сохранившіеся нижніе слои рогового слоя также видимой разницы не представляютъ. Зернистый слой и тамъ и здѣсь довольно хорошо замѣтенъ, по мѣстамъ прерывается. Мальпигіевъ слой повсюду тонокъ и мѣстами, главнымъ образомъ на верхушкахъ сосочковъ, не превышаетъ 3—4 слоевъ кѣлокъ, включая сюда и слой базальныхъ. Базальныя кѣлки повсюду отбѣлены содержащимся въ нихъ пигментомъ и вырисовываются въ видѣ красной волнистой линіи. Въ лейкодермической части онѣ содержатъ пигментъ въ умѣренномъ количествѣ, въ гиперхромической въ значительно большемъ. Особенностью

настоящаго случая въ отношеніи распредѣленія пигмента нужно считать довольно равномерное распредѣленіе его по всѣмъ базальнымъ кѣткамъ лейкодермической части. Небольшихъ островковъ базальныхъ кѣлокъ, то переполненныхъ пигментомъ, то лишенныхъ его, здѣсь не встрѣчается. Сосочки на всемъ протяженіи срѣза мало выражены, кое-гдѣ слой эпидермиса отбѣняется лишь легкой волнистой линіей. Поэтому о содержаніи пигмента можно говорить въ этомъ случаѣ опредѣленно только о слоеъ соответствующемъ подсосочковому лейкодермическимъ и гиперхромированнымъ частямъ. Въ обѣихъ этихъ частяхъ содержаніе подэпидермальнаго пигмента значительно повышено противъ нормы и трудно сказать, гдѣ его больше. Подмѣтить какую-либо правильность въ распредѣленіи его здѣсь при самомъ внимательномъ наблюденіи положительно не удастся. Можно только утвердительно говорить о повышеніи и притомъ значительно содержанія его на всемъ протяженіи срѣза. Въ отношеніи расположенія и интенсивности периваскулярнаго инфильтрата настоящее наблюденіе сходно съ предыдущимъ. Сосуды поверхностныхъ частей кожи болѣе расширены, а нѣкоторые даже весьма расширены и переполнены красными кровяными шариками. Около нѣкоторыхъ, но весьма немногихъ сосудовъ, были замѣчаемы красные кровяные шарики. Вокругъ сосудовъ салныхъ железъ инфильтратъ болѣе выраженъ, чѣмъ въ предшествующемъ наблюденіи. Гладкая мышечная мускулатура значительно развита. Эластическая ткань не представляется повсюду въ видѣ правильно поднимающихся изъ болѣе глубокихъ слоевъ волоконцевъ, развѣтвляющихся въ сосочкахъ. По мѣстамъ видны обрывки волоконъ или волокна неясно видны, какъ бы уменьшены въ количествѣ, образуя широкія петли. Въ подсосочковомъ слоеъ эти измѣненія замѣтнѣе. Различія въ измѣненіяхъ эластической ткани въ гиперхромическихъ и лейкодермическихъ частяхъ особаго не замѣчается.

Среднее увеличеніе не даетъ новыхъ данныхъ въ отношеніи измѣненія верхнихъ слоевъ эпидермиса. Впечатлѣніе нахождения пигмента въ каждой базальной кѣлкѣ при большемъ увеличеніи нѣсколько нарушается.

Въ лейкодермической части въ громадномъ большинствѣ базаль-

ныхъ кѣтокъ пигментъ содержится, но не въ одинаковомъ количествѣ: въ однихъ его больше, повидимому, значительно даже больше, чѣмъ въ нормальной кожѣ, въ другихъ его значительно меньше, до содержанія нѣсколькихъ зеренъ, но такихъ кѣтокъ сравнительно немного. Въ первомъ случаѣ пигментъ занимаетъ иногда два слоя кѣтокъ. Отдѣльные зерна пигмента встрѣчаются между вышележащими кѣтками. Въ гиперпигментированной части пигмента въ базальныхъ кѣткахъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ настолько много, что изъ за него совершенно не видно ядра, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ невозможно разсмотрѣть границъ между отдѣльными кѣтками. Цилиндрическая форма сохранена у большинства кѣтокъ. Въ распредѣленіи подъ—эпидермального пигмента нужно указать, что макимальное его количество приходится на подсосочковый слой и еще немного глубже. Между эпидермисомъ и подсосочковымъ слоемъ находится полоса, гдѣ его сравнительно мало. Кѣтокъ съ длинными, тонкими отростками, наполненными пигментомъ, встрѣчается сравнительно незначительное количество. Пигментъ во многихъ мѣстахъ собранъ въ безформенныя глыбки, среди которыхъ иногда можно замѣтить ядро, иногда нельзи. Отдѣльныя зернышки пигмента можно замѣтить разбросанными по ткани. Самые значительныя скопленія пигмента держатся по близости сосудовъ или въ непосредственномъ съ ними соосѣдствѣ, лежа на стѣнкахъ ихъ. Въ самомъ поверхностномъ слой кожи находится порядочное количество капилляровъ съ набухшими и отчасти нормальными ядрами эндотелія, щелочеразлагаго просвѣта въ которыхъ нельзи видѣть, равно какъ и содержанія въ нихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Просвѣтъ болѣе крупныхъ сосудовъ въ противоположность этому набитъ кровяными тѣльцами и эндотеліи ихъ представляется болѣе нормальными. Стѣнки нѣкоторыхъ, болѣе крупныхъ, капилляровъ немного утолщены. Лежащія вокругъ немногихъ сосудовъ свободными въ ткани красные кровяные шарики ни по цвѣту, ни по формѣ нисколько не отличаются отъ лежащихъ въ сосудахъ и должны быть признаны неизмѣненными. Вездѣ изобиліе гипертрофированныхъ фибробластовъ, особенно въ поверхностныхъ слояхъ кожи. Инфильтратъ вокругъ капилляровъ салъныхъ железъ состоитъ почти исключительно изъ лимфоцитовъ.

Наблюденіе VII.

Егоръ П... 27 лѣтъ, занимается пивоводствомъ. Общее состояніе здоровья очень хорошее, шатенъ. Поступилъ въ клинику 19 октября 1906 г. съ обширнымъ милиарнымъ сифилидомъ, распространяющимся на кожу всего туловища, не исключая лица, остатками склероза на членѣ, слизистыми папулами на миндалинахъ и языкѣ, лейкодермой на шеѣ и общимъ лимфаденитомъ. Заразился сифилисомъ въ апрѣлѣ того же года и до поступленія въ клинику получилъ 24 инъекціи препарата ртути, по два раза въ недѣлю. Лейкодерма въ сѣтчатой формѣ занимаетъ заднюю и боковыя части шеи. На послѣдформѣ выражена яснѣе. Контрастъ между лейкодермическими и пигментированными частями не рѣзокъ и лейкодерма въ этомъ отношеніи должна быть отнесена къ формамъ средней интенсиивности, но клинически она ясно замѣтна. Элементы милиарнаго сифилида занимали и шею, и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ расположились на лейкодермическихъ пятнахъ. Здѣсь большинство изъ нихъ отличалось хорошо выраженнымъ мѣднокраснымъ цвѣтомъ.

Для биопсіи 25 ноября 1906 г. выбрано лейкодермическое пятно съ боковой части шеи, круглой формы, съ гиперпигментированнымъ вѣнчикомъ, какъ сказано выше, не отличавшимся рѣзко по своему контрасту отъ лейкодермического пятна, свободное отъ какихъ либо признаковъ присутствія элементовъ милиарнаго сифилида. Фиксація въ алкогольѣ.

Слабое увеличеніе. Разницы въ толщинѣ эпидермиса центральныхъ (лейкодермическихъ) и краевыхъ частей срѣза (гиперпигментированныхъ) не замѣчается. По всему протяженію срѣзъ эпидермиса нѣсколько истонченъ. Роговой слой хорошо развитъ, видѣтъ въ формѣ хорошо разслоившихся пластинокъ. Толщина рогового слоя во многихъ мѣстахъ равняется толщинѣ всего Мальпигіева слоя. Послѣдній вездѣ истонченъ и состоитъ изъ немногихъ (4—6) рядовъ кѣтокъ. Количество эпидермального пигмента въ центральныхъ частяхъ нѣсколько уменьшено и находится въ различномъ количествѣ на верхушкахъ сосочковъ и между ними. На верхушкахъ сосочковъ оно

уменьшено, сравнительно съ содержаніемъ его между сосочками. Въ гиперпигментированныхъ частяхъ разница эта менѣе замѣтна. Состояніе сосочковъ повсюду не представляетъ замѣтныхъ измѣненій, кромѣ обильнаго содержанія клеточныхъ элементовъ. Сосуды сосочковъ нѣсколько уменьшены въ числѣ, попадаются довольно много сосочковъ лишенныхъ сосудовъ. Въ сосочкахъ, гдѣ сосуды имѣются, они наполнены красными кровяными шариками и окружены периваскулярнымъ инфильтратомъ въ порядочной степени развиты. Расширеніе сосудовъ и инфильтрація ихъ стѣнокъ клеточными элементами еще болѣе замѣтны въ подсосочковомъ слое, гдѣ они сильно переполнены красными кровяными тѣльцами и окружены въ большинствѣ случаевъ съ одной или со всѣхъ сторонъ клеточными элементами. Околососудистый инфильтратъ, какъ наблюдалось во всѣхъ ранѣе описанныхъ случаяхъ, уменьшается въ интенсивности по направленію въ глубину кожи. Содержаніе подэпидермальнаго пигмента колеблется въ лейкодермическихъ и гиперхромическихъ мѣстахъ: въ то время, какъ въ первыхъ его сравнительно немного, во вторыхъ его находится сравнительно больше, но тѣхъ скопленій, которыя были обнаружены въ предшествующемъ наблюденіи здѣсь нѣтъ. Свободные красные кровяные шарики въ окружности сосудовъ попадаютъ рѣдко и въ незначительномъ количествѣ. Эластическая ткань нигдѣ не отсутствуетъ, но въ нѣкоторыхъ сосочкахъ и особенно въ подсосочковомъ слое, соответствующемъ сосудамъ съ наиболѣе рѣзко выраженнымъ периваскулярнымъ инфильтратомъ, она измѣнена, въ смыслѣ отсутствія длинныхъ вытянутыхъ волоконъ. Въмѣсто нихъ имѣются короткіе, волнистые обрывки, интенсивно окрашивающіеся специальными методами. Въ отношеніи измѣненій въ другихъ образованияхъ кожи нельзя ничего добавить къ тому, что было уже неоднократно отмѣчено въ другихъ наблюденіяхъ.

Среднее увеличеніе. О роговомъ слое прибавить къ сказанному выше нельзя ничего. Слой зернистыхъ клетокъ прерывистъ. Базальные клетки въ центральныхъ частяхъ срѣзовъ содержатъ очень незначительное количество пигмента, въ нѣкоторыхъ онъ отсутствуетъ вовсе и на неокрашенныхъ препаратахъ, въ этихъ мѣстахъ цвѣтъ базальныхъ клетокъ не

отличается отъ подлежащей соединительной ткани. Въ периферическихъ частяхъ его нѣсколько больше, но все же сравнительно немного. Подэпидермальнаго пигмента, хотя и замѣчается нѣсколько большее количество на краяхъ срѣза, но хорошо развитыхъ пигментныхъ клетокъ почти не встрѣчается. Пигментъ концентрируется вокругъ ядра, въ нѣкоторыхъ же мѣстахъ пигментныя клетки, независимо, распались, такъ какъ ни ядра, ни правильныхъ отросточныхъ скопленій пигмента нельзя замѣтить. Зернышки пигмента или небольшими кучками или изолированно лежатъ въ ткани. Въ этомъ случаѣ количество подэпидермальнаго пигмента вообще небольшое даже на краяхъ срѣза. Периваскулярный инфильтратъ, гораздо болѣе выраженный въ подсосочковомъ слое, чѣмъ въ сосочкахъ, а также вокругъ сосудовъ салныхъ железъ, волосяныхъ луковицъ и влагалищъ, состоитъ преимущественно изъ лимфоцитовъ, протоплазматической оболочкѣ замѣтенъ вокругъ очень многихъ клетокъ, которыя слѣдуетъ отнести къ полибластамъ. Въ большемъ количествѣ, чѣмъ послѣдніе, находятся вблизи сосудовъ гипертрофированные фибробласты. Объ утолщеніи стѣнокъ сосудовъ насчетъ соединительной ткани трудно говорить съ увѣренностью. Сосуды потовыхъ железъ окружены умереннымъ количествомъ лимфоцитовъ, лежащихъ на нѣкоторомъ разстояніи другъ отъ друга. Красные кровяные шарики, лежащіе свободными въ окружности сосудовъ, не измѣнены ни по формѣ, ни по отношенію къ красящимъ веществамъ (азину), а на тѣхъ препаратахъ, гдѣ соединительная ткань безцвѣтна, они сохраняютъ присутній имъ желтоватый цвѣтъ.

Наблюденіе VIII.

Алексеѣ Ч... 23 лѣтъ, трактирный служащій, блондинъ. Развился сифилисомъ 8 ноября 1905 г. Жалуется на ломоту въ голенихъ, особенно при ходьбѣ. Ночного характера боли не имѣютъ. Въ остальномъ здоровъ. При изслѣдованіи 20 ноября 1906 года найдено: слизистая папула на краяхъ языка, умеренный обидій лимфаденитъ и распространенная лейкодерма, занимавшая переднюю, боковыя и заднюю области шеи, животъ, начиная отъ нижняго края грудной клетки, передне-внутреннія верхнія части бедеръ, плечевыя области, поясничную

и ягодицы, почти до ягодищной складки. Интензивность лейкодермы уменьшалась по направлению сверху книзу. Пятна различной величины, большая часть их слилась, оставляя между собою пигментированные полоски. В верхних частях тела контраст между лейкодермическими и пигментированными частями довольно ясный, тьма ниже, тьма контраст становится слабее и на бедрах он почти исчезает. До обращения в амбулаторию клиники больной получил 16 инъекций, по два раза в неделю.

Кусочек кожи вырезан в начале декабря 1906 года с живота. Для биопсии выбрано круглое лейкодермическое пятно с слабо пигментированной окружностью. В вырезанный кусочек захвачено все лейкодермическое пятно и узкая пигментированная каемка. Фиксация в спирите.

Слабое увеличение. Эпидермис хорошо развить в центральных (лейкодермических) и краевых частях (пигментированных) срезов. Несколько более толчок на рёкторных участках. Мелкозернистый слой, без заметного преимущественного отношения к центральным и периферическим частям срезов. Эпидермальный пигмент содержится в лейкодермических участках в достаточном количестве, мѣстами даже попадают довольно рѣзко пигментированные островки, мѣстами же он уменьшается в количестве. Можно говорить только о неравномерном распределении пигмента центральных частей срезв. На периферических частях срезв также замѣчается неравномерное распределение пигмента и высказаться в пользу большего его содержания здѣсь сравнительно с центральными частями с положительностью нельзя. Несколько более заметно увеличение подэпидермального пигмента в краевых частях срезов. Кожные сосочки малой величины, сосуды попадают далеко не во всѣх сосочках. Кѣлочных соединительно-тканых элементов в сосочках и подлежащих частях умеренное количество. Околососудистой инфильтрации в сосочках вовсе не замѣчается, в подсосочковом слое она встречается в весьма умеренной степени и не во всѣх сосудах. Сосуды подсосочкового слоя не расширены, переполнены их кровью, красных кровяных шариков в окружности не удается замѣтить. Во

многих мѣстах сосуды сосочков и подсосочкового слоя, особенно послѣдняго, обозначаются тѣнями кѣлок без слѣда, какой бы то ни было, инфильтрации, в окружности их. Просвѣта в таких сосудах сильно и рядом видѣть не удается: сосуды, повидимому, закупорены. Сосуды придатков кожи и болѣе глубоких частей видимых измѣненій не представляют. Тогда слѣдует сказать объ эластической ткани.

Среднее увеличение. Пигмент в центральных и краевых частях срезов расположен почти исключительно в базальных кѣлках. Об отношении его къ ядрам было уже не однажды сказано. Кѣлочные элементы сосочков состоятъ почти исключительно из гипертрофированных фибробластов, но и тѣх сравнительно немного. В подсосочковом слое, гдѣ замѣчается периваскулярный инфильтрат, послѣдній состоит из умеренного количества лимфоцитов и большого числа гипертрофированных фибробластов. Тяжи кѣлок (упомянутые при малом увеличении), обозначающіе ход капилляров сосочков и подсосочкового слоя, в мельчайших капиллярах состоятъ из сильно набухших ядер эндотелия, совершенно закрывающих просвѣтъ. В подсосочковом слое в таких тяжах можно замѣтить присутствіе многих фибробластов и кое-гдѣ кѣлок, содержащих в незначительном количестве пигментъ. Подэпидермальный пигментъ, о количественных измѣненіях котораго говорилось выше, в центральных частях срезов локализуется болѣею частью в ближайшем соосѣдствѣ съ ядром пигментной кѣлки. Длинно-отростчатых кѣлок встречается немного. Часть пигментных кѣлок, видимо, распалась и пигментъ в видѣ кучек зернышек лежит свободно в соединительной ткани. В краевых частях срезов болѣе отростчатых и даже многоотростчатых пигментных кѣлок, свободного пигмента меньше. Вокруг салыных железъ, волосных луковичъ, влагалищъ, сосудов подсосочкова и глубже лежащих слоев, находится довольно много откормленных кѣлок.

Наблюденіе IX.

Иванъ Б..., 23 лѣтъ, солдатъ, шатень, волосы темнорусые. Поступилъ в общежитіе 16 декабря 1906 г. Твердый шанкръ

появился 10 сентября 1906 года. Лечение вспрыскиваниями салициловой ртути начато до появления высыпи: до поступления в общежитие получил 13 инъекций. При поступлении обнаружены слизистые папулы на миндалинах, увеличенные гланды паховые, шейные и затылочные железы, небольшая алопеция волосистой части головы и лейкодерма на шею. Лейкодерма слабо выражена и находится только на боковых частях шеи. Стѣва она немного яснѣе. Лейкодермическія пятна только кое-гдѣ лежатъ изолированно среди слабо пигментированной окружающей кожи, въ другихъ мѣстахъ они слились. Общее состояніе здоровья очень хорошее.

Биопсія 9 января 1907 г. Вырѣзано лейкодермическое пятно съ лѣвой стороны шеи. Фиксация въ алкоголь.

Настоящій случай можетъ служить демонстративнымъ примеромъ, какъ слѣдуетъ осторожно относиться каждый разъ, имѣя передъ собою сформировавшуюся лейкодерму, къ вопросу о первичности или вторичности ея. По словамъ пользовавшаго больного до поступления в общежитіе приватъ-доцента Е. Ф. Фридмана, у него незадолго до появления лейкодермическихъ пятенъ, на шею была рецидивная розеола, которая подъ влияніемъ леченія скоро исчезла. Соответствуютъ ли лейкодермическія пятна бывшимъ элементамъ рецидивной розеола, сказать, конечно, невозможно, такъ какъ точного наблюдения сдѣлано не было и о бывшей на шею розеолѣ я случайно узналъ изъ разговора съ прив.-доц. Е. Ф. Фридманомъ, но все же слѣдуетъ отмѣтить фактъ предшествовавшей сифилитической высыпи на шею.

Слабое увеличеніе. Толщина эпидермиса одинакова на краяхъ и въ центрѣ лейкодермического пятна, вообще же она нѣсколько уменьшена, вслѣдствіе истонченія рогового и Мальпигіева слоевъ. Зернистый слой слабо различается и не вслѣдъ. Эпидермальный пигментъ не выходитъ за границы базальныхъ клѣтокъ. Въ нѣкоторыхъ участкахъ количество его уменьшено, въ другихъ, наоборотъ, увеличено. Сосочки вслѣдъ хорошо развиты, сравнительно бѣдны сосудами и клѣточными элементами. Сосуды сосочковъ вокругъ слабо инфильтрированы мелкими круглыми клѣтками, мѣстами же замѣчается, что они идутъ въ видѣ тонкихъ тяжей, составленныхъ изъ клѣтокъ съ продольными ядрами. Подъэпидермального пигмента умѣ-

ренное количество, съ неправильнымъ распредѣленіемъ по различнымъ мѣстамъ лейкодермического пятна, къ краямъ его все же нѣсколько больше. Сосуды подсосочкового слоя содержатъ гораздо большее количество периваскулярнаго инфильтрата, который мѣстами пріобрѣтаетъ фокусный характеръ. Слѣдуетъ далѣе отмѣтить въ настоящемъ случаѣ въ сосудахъ подсосочкового слоя и глубже лежащихъ частей кожи значительное утолщеніе стѣнокъ. Также слѣдуетъ сказать о выдвинутыхъ протокахъ потовыхъ железъ, въ окружности которыхъ замѣчается большее нормальнаго развитіе соединительной ткани. Сальныхъ железъ встрѣчается мало. Стѣнки ближайшихъ къ волоснымъ луковицамъ сосудовъ также утолщены. Такимъ образомъ, утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ, а также сравнительная бѣдность кожи сосудами могутъ считаться достаточно распространеннымъ и общимъ явленіемъ для всѣхъ частей кожи въ данномъ наблюдени. Эластическая ткань представляеть очень густое сплетеніе въ подсосочковомъ слое. Въ сосочкахъ волокна ея уклонены отъ нормы, повидимому, не представляють.

Среднее увеличеніе. Объ измѣненіяхъ верхнихъ слоевъ эпидермиса къ тому, что было сказано, прибавить чего либо особаго нельзя. Мальпигіевъ слой во многихъ мѣстахъ не превосходитъ толщины 3—4 слоевъ клѣтокъ, на которыхъ, если зернистый слой отсутствуетъ, какъ бы непосредственно лежитъ роговой слой. Базальные клѣтки только на немногихъ мѣстахъ имѣютъ правильную цилиндрическую форму съ удлинненнымъ ядромъ. Въ большинствѣ же случаевъ онѣ имѣютъ круглое ядро различной величины, иногда значительно меньшей противъ нормальной, лежащее то въ центрѣ клѣтки, то у края ея. Самые клѣтки большою частью круглой или полигональной формы, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ достигаютъ сравнительно большой величины, въ 2—3 раза превышающей нормальную, шарообразны съ безрѣбной протоплазмой и интенсивно окрашеннымъ сморщеннымъ ядромъ, лежащимъ у периферіи клѣтки. Въ мѣстахъ большого скопленія пигмента онѣ встрѣчается иногда въ двухъ рядахъ клѣтокъ. Подъэпидермальный пигментъ, встрѣчающійся, какъ упомянуто, въ небольшомъ сравнительно количествѣ, почти вслѣдъ

имѣть отношеніе къ клеткамъ, но занимаетъ далеко не весь отростокъ пигментной клетки, а только часть его, какъ будто часть пигмента уже успѣла исчезнуть отсюда и объемъ клеточной протоплазмы, не успѣвшей сократиться, остался прежній. Нѣкоторые отростки пигментныхъ клетокъ блѣдны, едва видны, и содержатъ очень немного зеренъ пигмента. Въ спавшихся сосудахъ сосочковъ нельзя разсмотрѣть ни ядеръ эндотеліи, ни ихъ просвѣта. Весь сосудъ состоитъ какъ бы изъ лентъ клетокъ, ядра которыхъ и по формѣ ближе всего стоятъ къ обыкновеннымъ или гипертрофированнымъ фибробластамъ. Инфильтратъ, окружающій нѣкоторые сосуды, или тѣ группы клетокъ, гдѣ видѣть сосудъ иногда не удается, состоитъ въ равной мѣрѣ изъ лимфоцитовъ и полибластовъ. Клеточки, разбѣянные въ сосочкахъ имѣютъ или отростчатую форму, говорящую за ихъ отношеніе къ пигменту, что, дѣйствительно, иногда и подтверждается содержаніемъ въ нихъ немногихъ зеренъ пигмента, или форму обыкновенныхъ фибробластовъ. Во многихъ изъ этихъ клетокъ можно замѣтить вакуолизацию ядра и свѣтлыя пространства въ протоплазмѣ. На ряду со спавшимися, можетъ быть, даже зарощенными сосудами, встрѣчаются сосуды другого порядка, у которыхъ наоборотъ просвѣтъ открытъ и стѣнки утолщены. Обращаетъ на себя вниманіе, что утолщеніе стѣнокъ, сравнительно весьма значительное, находится даже въ такихъ сосудахъ, гдѣ всю толщину стѣнки составляетъ нормально одинъ эндотелій, т. е. въ самыхъ мельчайшихъ капиллярахъ. Вокругъ такого капилляра ясно видно развитіе соединительной ткани, окружающей сосудикъ въ видѣ концентрическихъ полосъ, въ которыхъ заложены ядра. Количество ядеръ въ такой, вновь образованной, околососудистой соединительной ткани уменьшается въ подсосочковомъ и глубже лежащихъ слояхъ кожи и самой соединительной ткани вокругъ сосуда становится гораздо больше. По периферіи вновь сформированной соединительной ткани можно замѣтить еще продолжающееся развитіе ея, въ видѣ скопленія ядерныхъ клетокъ, часть которыхъ, видимо, трансформируется въ отростчатая образованія. Стѣнки сосудовъ, благодаря развитію вокругъ нихъ соединительной ткани, во много разъ превышаютъ нормальную ихъ толщину. Невзмѣненныхъ и

расширенныхъ сосудовъ вовсе не встрѣчается. Въ большинствѣ сосудовъ красныхъ кровяныхъ шариковъ не замѣтно! Въ ихъ стѣнокъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ не встрѣтилось ни разу. Гладкая мышечная мускулатура, видимо, тоже претерпѣла измѣненія, такъ какъ ядра въ нѣкоторыхъ клеткахъ имѣютъ утолщенный видъ и плохо красятся. Въ клубочкахъ потовыхъ железъ трубочки расположены очень тѣсно другъ къ другу и, видимо, испытываютъ взаимное давленіе, о чемъ можно заключить по измѣненію правильно-круглой формы разрыва ихъ. Эндотелій ихъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ отсталъ отъ стѣнокъ или потерялъ правильную форму, ядра сморщены. Эластическая стѣтъ, особенно въ подсосочковомъ слоеѣ представляетъ очень густое сплетеніе, производя впечатлѣніе стинутой, сморщенной.

Наблюденіе X.

Михаилъ Г..., 22 лѣтъ, солдатъ, умѣренно смуглый цвѣтъ лица и кожи туловища, волосы черные. Общее состояніе здоровья хорошее. Твердый шанкръ былъ замѣченъ 5 мая 1906 г. Въ общедитіе поступилъ 28 ноября того же года. Предшествующее леченіе состояло изъ 12 втираній рутной мази. При поступленіи у больного отмѣчено: обшій лимфаденитъ, алопеція волосистой части головы, въ зѣвѣ краснота дужекъ, мочунция напулы въ заднемъ проходѣ, на туловищѣ марморесценція и круговыя пятна рецидивной розеола. 9 января 1907 г. у больного можно было видѣть лейкодерму, не рѣзко выраженную, слѣчатой формы, распространявшуюся на боковыя области шеи и все туловище, причѣмъ на переднихъ частяхъ груди и спины лейкодерма была слабо замѣтна, на боковыхъ частяхъ грудной области и животѣ яснѣе. Бѣзья пятна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ достигали величины двадцатикопеечной монеты. Большинство пятенъ слилось, контрастъ ихъ съ пигментированными участками не рѣзокъ, переходъ въ пигментированные участки очень постепенный, малозамѣтный. Биоцѣпъ 9 января 1907 г. Кусочекъ взятъ съ боковой поверхности туловища и въ него захвачена часть лейкодермическаго пятна и часть гиперпигментированнаго участка, вѣрнѣе, переходный

поясокъ отъ бѣлыхъ къ пигментированнымъ участкамъ. Фиксація въ сулемѣ.

Слабое увеличеніе. Постепенному переходу бѣлыхъ частей въ пигментированныя соответствуютъ и расположеніе пигмента въ эпидермисѣ. На нѣкоторыхъ препаратахъ въ бѣлыхъ участкахъ содержится замѣтно меньше пигмента, чѣмъ въ пигментированныхъ, и распределенъ онъ по отдѣльнымъ участкамъ неравномѣрно. Въ пигментированной части распределеніе пигмента болѣе равномѣрное. На другихъ препаратахъ трудно уловить разницу въ содержаніи эпидермальнаго пигмента въ обихъ упомянутыхъ частяхъ. Подъэпидермальный пигментъ въ лейкодермической части находится въ очень незначительномъ количествѣ, больше его въ пигментированныхъ участкахъ, но и здѣсь количество его сравнительно невелико. Въ эпидермисѣ количество пигмента даже въ лейкодермической части достаточное и, если бы не равномѣрное распределеніе его, трудно сказать, уменьшенъ ли онъ сравнительно съ нормальнымъ содержаніемъ его здѣсь? Измѣненія въ отдѣльныхъ слояхъ эпидермиса похожи на предыдущее наблюденіе. Сосочки мало развиты, въ пигментированной части содержатъ больше пигмента. Сосуды подсосочковаго слоя расширены, набиты красными кровяными шариками. Околососудистая инфильтрація въ сосочкахъ совсѣмъ отсутствуетъ, въ подсосочковомъ слое мало выражена, какъ въ лейкодермической, такъ и въ пигментированной части. Въ пигментированной части больше пигмента около сосудовъ подсосочковаго слоя кожи. Эластическая ткань измѣненій не представляетъ.

Среднее увеличеніе. Разницы въ измѣненіяхъ сосудовъ лейкодермической и пигментированной частей, кромѣ большаго количества пигментныхъ клѣтокъ вокругъ сосудовъ послѣдней, не замѣчено. И тамъ и здѣсь въ поверхностныхъ частяхъ кожи, главнымъ образомъ въ подсосочковомъ слое, имѣется наличность развитія вокругъ сосудовъ небольшого количества соединительной ткани, глубже это развитіе не такъ выражено. Измѣненія эндотелія въ сосудахъ имѣютъ обычный характеръ. Нѣкоторые поверхностные капилляры, повидимому, запустили. Пигментъ въ большинствѣ случаевъ лежитъ въ пигментныхъ клѣткахъ, оторстчатость которыхъ въ пигменти-

рованной части болѣе замѣтна: число отростковъ больше, они длиннѣе и болѣе наполнены пигментомъ. Попадаются изрѣдка кучки и зерна пигмента объ отношеніи которыхъ къ клѣткамъ высказаться затруднительно. Откормленные клѣтки встрѣчаются въ небольшомъ числѣ около волосяныхъ луковицъ, салъныхъ железъ и нѣкоторыхъ сосудовъ.

Наблюденіе XI.

Михаилъ Ш..., 25 лѣтъ, солдатъ. Шатень съ темнорусыми волосами. Всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ. Твердый иванкръ былъ замѣченъ въ концѣ сентября 1906 года. Поступилъ въ общекитѣ 8 января 1907 г. До поступленія лечился одинъ разъ, получилъ 8 инъекцій. При поступленіи оказались слѣдующія явленія: небольшая алопеція волосистой части головы, краснота въ зѣвѣ, изъязвленіе на лѣвой миндалинѣ, на туловищѣ кое-гдѣ неясныя пятна рецидивной розеола и лейкодерма на шеѣ и передне-боковыхъ нижнихъ частяхъ туловища. Лейкодерма рѣзко выражена на боковыхъ частяхъ шеи, меньше ясно на заднихъ и малозамѣтна на туловищѣ. Лейкодермическія пятна кое-гдѣ слились, кое-гдѣ лежатъ изолированно. Близна пятенъ сравнительно рѣзко бросается въ глаза, окружающая ихъ кожа пигментирована, но въ умѣренной степени. Біопсія 9 января 1907 года. Вырѣзано бѣлое пятно при переходѣ боковой части шеи въ заднюю. Фиксація въ сулемѣ.

Слабое увеличеніе. На всемъ протяженіи препарата, за исключеніемъ незначительныхъ участковъ замѣчается истонченіе эпидермиса, происшедшее на счетъ уменьшенія толщины всѣхъ входящихъ въ него слоевъ. Роговой слой занимаетъ по мѣстамъ одну треть всей толщи эпидермиса, по мѣстамъ половину. Прозрачнаго и зернистаго слоевъ не видно. Мѣстами толщина всѣхъ слоевъ Мальпигіева слоя не превышаетъ 3 — 4 рядовъ клѣтокъ. Пигментация нижнихъ слоевъ эпидермиса, клѣтокъ весьма незначительна, встрѣчаются участки, гдѣ при этомъ увеличеніи рассмотреть пигментъ не удастся вовсе, но на общемъ фонѣ уменьшенія пигмента, можно найти небольшіе участки, гдѣ количество его въ клѣткахъ значительно увеличено. Клѣтки здѣсь сильно пигментированы и при

самою поверхностью обзоръ препарата обращаютъ на себя вниманіе. Сосочки крупныя, плоскія, мѣстами ихъ вовсе не видно и граница между эпидермисомъ и кожей представляеть ровную линію. Пигмента въ нихъ, также какъ и въ подошочковомъ слое, или вовсе не имѣется или крайне незначительное количество. Самые поверхностные слои кожи сравнительно бѣдны сосудами; вокругъ послѣднихъ почти незамѣтно инфильтрата, нѣкоторые изъ сосудовъ, повидимому, закуплены. Сосуды подошочкового слоя расширены, нѣкоторые изъ нихъ переполнены красными шариками, другіе пусты. Периваскулярный инфильтратъ здѣсь выраженъ нѣрѣдко, мѣстами (рѣдко) имѣеть фокусный характеръ. Стѣнки нѣкоторыхъ сосудовъ незначительно утолщены. Красные кровяные шарикѣ встрѣчаются и внѣ сосудовъ. Въ одномъ изъ мѣстъ препарата встрѣчалось довольно значительное накопленіе красныхъ шариковъ, занимавшее весь сосочекъ. Эластическая ткань въ подошочковомъ слое немного разрыхлена. Измѣненія другихъ частей кожи, какъ то, потовыхъ, сальныхъ железъ, волосяныхъ луковицъ, не представляютъ ничего особаго, сравнительно съ тѣмъ, что не было отмѣчено въ предыдущихъ случаяхъ. Здѣсь они только сравнительно слабо выражены.

Среднее увеличеніе. Измѣненія въ клеткахъ Мальпигіева слоя во многихъ отношеніяхъ наминаютъ наблюденіе девятое. Въ значительномъ числѣ базальныхъ клеткахъ нѣтъ ни малѣйшихъ слѣдовъ пигмента. Тамъ, гдѣ онъ имѣется въ умѣренномъ или большомъ количествѣ, онъ не выходитъ за предѣлы одного слоя клеткокъ. Отдѣльныхъ зернышекъ пигмента между клетками вышележащихъ слоевъ подѣлтъ не удалось. Количество соединительно-тканыхъ клеткокъ въ сосочкахъ и нижележащихъ слояхъ кожи очень умѣренное. Объ инфильтратѣ около сосудовъ было уже сказано и добавить можно лишь то, что вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ можно подѣлтъ новообразованную соединительную ткань. Красныя кровяныя тѣльца повсюду, гдѣ они лежатъ свободно внѣ сосудовъ, не представляютъ сравнительно съ нормальными никакихъ измѣненій, какъ о томъ уже было неоднажды говорено. Длинноотростчатыхъ пигментныхъ клеткокъ можно сказать вовсе не встрѣчается. Пигментъ скучивается около ядра въ

большинствѣ случаевъ и сравнительно рѣдко можно видѣть зернышки его лежащими внѣ клеткокъ.

Исслѣдованіе на бѣдную спирохету Schaudinn'a по методу Levaditi было произведено въ наблюденіяхъ III, IV, VI, VIII, IX и X, во всѣхъ случаяхъ съ отрицательнымъ результатомъ.

Микро-химическая реакція на желѣзо производилась въ наблюденіяхъ IV, VIII и IX. Какъ реактивы, употреблялись желѣзо—и желѣзисто-спиродистый, калий (2%) и соляно-кислый алкоголь (1%) при соблюденіи всѣхъ необходимыхъ предосторожностей. Результатъ во всѣхъ случаяхъ получился отрицательный: пигментъ въ эпителіи и собственно кожѣ остался неизмѣненнымъ.

Общая гистологическая характеристика пигментного сифлида.

Разсмотрѣвъ отдѣльные случаи гистологическаго изслѣдованія интересующаго насъ пигментнаго сифлида, сдѣлаемъ въ существенныхъ чертахъ общій обзоръ найденнымъ патолого-гистологическимъ измѣненіямъ и начнемъ съ верхнихъ слоевъ кожи.

Эпидермисъ. Нельзя сказать, чтобы измѣненія этой части кожи представляли что-либо характерное для бѣлыхъ и пигментированныхъ участковъ, кромѣ содержанія пигмента. При тщательномъ сравненіи бѣлыхъ и пигментированныхъ мѣстъ, поскольку послѣднія были нами получены путемъ биопси, значительной разницы въ толщинѣ эпидермиса, какъ на это указывали нѣкоторые авторы (Маевъ), намъ замѣтить не удалось. Точно также нельзя провести ясной границы между измѣненіями бѣлыхъ и пигментированныхъ участковъ въ другихъ отношеніяхъ. Качественно измѣненія эти одинаковы и заключаются въ истонченіи эпидермиса, иногда болѣе значительно, иногда менѣе, которое приходилось отмѣчать въ отдѣльныхъ наблюденіяхъ. Истонченіе эпидермиса распространялось не одинаково на все протяженіе сръза. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно было замѣтнымъ на значительномъ протяженіи, въ другихъ было выражено слабѣе, только на отдѣльныхъ мѣстахъ препарата. Обусловливалось оно, безъ сомнѣнія, тѣми измѣненіями, которыя были находимы въ производящемъ слоеѣ кѣтокъ, зависѣвшими въ свою очередь отъ разстройста

функцій лежащихъ ниже сосудовъ сосочковаго и подсосочковаго слоя кожи.

Въ производящемъ слоеѣ базальныхъ кѣтокъ, оставшая пока въ сторонѣ содержаніе пигмента, можно указать на измѣненія, которыя никоимъ образомъ нельзя отнести къ колебаніямъ въ предѣлахъ нормы: это превращеніе цилиндрической формы кѣтокъ въ шарообразную или вздутую, значительно превышающую своей величиной нормальную величину базальной кѣтки, что можно было видѣть на одномъ и томъ же препаратѣ, или обратно въ кѣтку значительно меньшей величины. Ядро въ томъ и другомъ случаѣ было какъ бы сморщено, окрашивалось интенсивно и располагалось иногда у периферіи кѣтки, пигмента въ кѣткѣ не было видно. Въ рѣдкихъ случаяхъ ядро маленькой величины, вытянутое, располагалось даже параллельно поверхности кожи. Слѣдуетъ упомянуть также о нѣрѣдкомъ отсутствіи прозрачнаго и зернистаго слоевъ на извѣстныхъ участкахъ препаратовъ.

Въ оцѣнкѣ явленій истонченія эпидермиса нами было принято во вниманіе обстоятельство, на которое не приходилось встрѣчать указаній въ литературѣ интересующаго насъ вопроса о сифилитической лейкодермѣ. Толщина собственно кожи съ покрывающей ее надкожицей, какъ извѣстно, далеко не вездѣ одинакова и въ этомъ отношеніи кожа шеи или стѣбовъ кистей рукъ, конечно, будетъ значительно отличаться отъ кожи, напр., ладони или подошвы. Совѣмъ не упоминается даже въ специальныхъ монографіяхъ, посвященныхъ кожѣ, о толщинѣ эпидермиса по отношенію къ толщинѣ собственно кожи, на различныхъ участкахъ кожныхъ покрововъ. Относительно толщины эпидермиса кожи шеи слѣдуетъ указать, что и на неизмѣненныхъ мѣстахъ она представляется сравнительно небольшой. Принимая во вниманіе это обстоятельство, приходилось быть осторожнымъ въ заключеніи объ истонченіи эпидермиса и сравнивать его въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ съ толщиной неизмѣненнаго эпидермиса, гдѣ онъ оказывался на сръзахъ у одного и того же больного или съ толщиной эпидермиса кожи отъ другихъ больныхъ на аналогичныхъ мѣстахъ шеи.

Содержаніе пигмента въ эпидермисѣ лейкодермическаго

пятна подвержено большим колебаниям в отдельных случаях. В этом отношении в представленных одиннадцати наблюдениях можно найти отражение разноречивых взглядов авторов на содержание пигмента в бляхах пространства пигментного сифлида.

Ни в одном наблюдении эпидермис не был лишён пигмента совершенно на всём пространстве лейкодермического участка. В некоторых местах его, действительно, не оказывалось вовсе, или очень мало, но протяжение таких лишенных пигмента частей по отношению ко всему протяжению лейкодермического участка колебалось по отдельным наблюдениям, в большей или меньшей степени, и всегда было сравнительно незначительным.

В других случаях пигмент был распределён более равномерно в эпидермисе и даже находился, как будто, в несколько большем против нормального количества.

Как постоянное явление в некоторых участках отмечалось значительно большее содержание пигмента, сравнительно с нормальным. Величина таких гиперпигментированных мест была также сравнительно с общим протяжением всего срезка невелика и колебалась по отдельным наблюдениям в большем или меньшем размере. Эта островковая гиперпигментация представляла, очевидно, остатки разлитой гиперпигментации бывшей раньше по всему протяжению бляха, что вполне соответствует и клиническим наблюдениям, говорящим, что появлению бляшек лейкодермы предшествует диффузная гиперхромия кожи.

Пигмент, в виде мельчайших зёрен, темнокоричневого цвета, находится большей частью в одном ряде базальных клеток и только в гиперпигментированных островках бляха пятна или в гиперпигментированной коже, окружающей лейкодермическое пятно, занимает иногда 2 и очень редко 3 слоя клеток эпидермиса. В вышележащих слоях Мальпигиева слоя в виде отдельных зёрнышек он находится в межклеточных пространствах. Необходимо заметить, что кажушаяся находение пигмента в нескольких слоях клеток Мальпигиева слоя приходится наблюдать нередко, но при ближайшем рассмотрении почти всегда оказывается, что срез про-

шел параллельно склону сосочка вблизи базальных клеток, содержащих пигмент, который и просвечивается через лежащие над ними клетки. Пигмент в базальных клетках предпочтительно располагается в соседстве с концом ядра, обращенным к поверхности эпидермиса, и по боковым сторонам его, вследствие чего при наличии большого количества пигмента в базальных клетках границы между ними делаются иногда совершенно неразличимыми. Ни в одном наблюдении нельзя было констатировать включений в эпидермис посторонних элементов, в виде лимфоцитов, содержащих пигмент, или отростков пигментных клеток из нижележащих слоев кожи.

Собственно кожа. В различной форме сосочков, наблюдавшейся в отдельных случаях, нельзя найти существенных отличий для лейкодермической и гиперпигментированной частей. Форма сосочков в общем все же приближалась к более приплюснутой; на некоторых местах сосочки были малых размеров. Обилие клеточных элементов в сосочках, то более или менее распылено лежащих в соединительно-тканной строме, то имеющих склонность группироваться, составляет, можно сказать, довольно постоянное явление. По большей части, эти клеточные элементы нужно было отнести к гипертрофированным клеточкам соединительной ткани или к полибластам. Как о сравнительно постоянном отличительном признаке лейкодермической части можно говорить о сравнительной бедности сосочков сосудами и о заустынии, некоторой, впрочем, незначительной части их. Заустыние сосудов наблюдалось также в сосудистой сети подсосочкового слоя. Изменения эндотелия капилляров обнаруживалось обычными признаками воспалительного набухания и пролиферации эндотелия, достигавшей иногда таких размеров, что просвет капилляра становился вовсе не заметным. Периваскулярный инфильтрат капиллярной сети сосочков никогда не достигал, как общее явление, значительных размеров и был всегда более заметен на сосудистой сети подсосочкового слоя. Редко сравнительно, как то видно из частного описания отдельных случаев, инфильтрация вокруг капилляров сосочков развива-

зась усиленно и, распространяясь по сосочку, занимала значительную часть его, сохраняя видимую связь съ сосудами. Об отношении клеточных элементов околососудистого инфильтрата къ различнымъ категориямъ клетокъ, обычно наблюдаемымъ въ составѣ периваскулярныхъ образований хроническихъ воспалительныхъ процессовъ, пришлось бы повторить то, что говорилось неоднократно выше. Слѣдуетъ только указать, что въ нѣкоторыхъ наблюденіяхъ клетки воспалительнаго инфильтрата обнаруживали то болѣе, то менѣе замѣтное стремленіе преобразоваться въ соединительную ткань, располагавшуюся концентрически вокругъ сосудовъ, преимущественно подсосочковой сосудистой сѣти. Капилляры сосочковъ давали сравнительно мало измѣненій въ этомъ направленіи, такъ какъ и самая инфильтрація вокругъ большинства изъ нихъ ограничивалась густымъ скопленіемъ клетокъ, лежащихъ изолированно другъ отъ друга. По направленію внизъ отъ подсосочковой сѣти околососудистая инфильтрація обычно уменьшалась въ интенсивности и въ сосудахъ потовыхъ железъ была уже слабо выражена. Обыкновенно болѣе замѣтной она становилась вокругъ сосудовъ вышележащихъ придаточныхъ образований кожи, волосяныхъ луковицъ, саленныхъ железъ и волосяныхъ влагалищъ.

Въ подсосочковомъ слоеѣ, кромѣ сосудовъ, окруженныхъ клеточнымъ инфильтратомъ въ большей или меньшей степени развитія, т. е. сосудовъ, сѣтки которыхъ благодаря окружающему ихъ инфильтрату сдѣлались какъ бы инертными, можно было замѣтить и другую категорію сосудовъ, пристѣпочный инфильтратъ у которыхъ былъ или крайне незначителенъ или вовсе отсутствовалъ. Эти сосуды были всегда расширены, иногда очень значительно, содержали большое количество красныхъ шариковъ, были, можно сказать, переполнены ими. Кромѣ того, попадались пустые сосуды съ сильно зияющимъ просвѣтомъ, при чемъ оказывалось, что измѣненія въ эндотелии были очень не велики и ограничивались небольшимъ набуханіемъ, въ противоположность тому, что было видно въ эндотелии капилляровъ сосочковъ или эндотелии болѣе мелкихъ сосудовъ, окруженныхъ болѣе выраженнымъ инфильтратомъ въ той же подсосочковой сѣти. Иногда удавалось на удачныхъ

срѣзахъ прослѣдить расширенный сосудъ на довольно значительное разстояніе и констатировать, что по строенію стѣнокъ его надо отнести къ маленькимъ венамъ. Не очень часто около этихъ расширенныхъ и переполненныхъ кровью сосудовъ въ соединительной ткани были находимы красные кровяные шарики, не носившіе на себѣ слѣдовъ какихъ бы то ни было измѣненій, видимо, очень свѣжаго и, по всей вѣроятности, травматическаго происхожденія во время манипуляцій вырѣзыванія кусочка. Ни въ одномъ случаѣ, гдѣ было констатировано нахожденіе красныхъ кровяныхъ шариковъ внѣ сосуда, не приходилось видѣть въ области ихъ расположенія зернистаго распада или кристалловъ гематоидина.

Состояніе пигмента въ сосочкахъ и подсосочковомъ слоеѣ представляетъ особый интересъ въ виду той связи, которая была находима и утверждается нѣкоторыми авторами, между образованіемъ эндермального пигмента и дѣятельностью пигментныхъ клетокъ въ самой кожѣ?

Посмотримъ прежде всего, каково количественное отношеніе въ гиперпигментированной и лейкодермической части между пигментомъ въ эпидермисѣ и въ самой кожѣ.

Предположеніе, что въ пигментированныхъ частяхъ вообще должно быть увеличено содержаніе пигмента въ эпидермисѣ и въ самой кожѣ, находитъ себѣ подтвержденіе въ гистологическихъ изслѣдованіяхъ гиперхромированныхъ участковъ пигментнаго сифилида у всѣхъ авторовъ. Въ гиперхромированныхъ участкахъ въ нашихъ наблюденіяхъ замѣчалось тоже самое, но, сравнивая количество подэпидермального пигмента, находящагося въ гиперхромической и лейкодермической частяхъ, не всегда можно было провести рѣзкую границу между тѣмъ и другимъ. Что касается, въ частности, содержанія подэпидермального пигмента въ лейкодермической части и отношенія его къ пигменту въ эпидермисѣ, то здѣсь нѣтъ никакой возможности вывести какое-либо общее указаніе.

Содержаніе подэпидермального пигмента значительно колебалось по отдѣльнымъ наблюденіямъ. Можно было видѣть самое незначительное количество, почти полное отсутствіе его (наблюденіе X-e), и, наоборотъ, иногда оказывались очень большія скопленія пигмента (наблюденіе VI). Пигментъ, въ видѣ зерны-

шек одинаковой величины, темнокоричневого цвета, сильно, преломляющих свет, содержали в громадном большинстве случаев в клетках, необнаруживая наклонности собираться в безформенные глыбки, как это наблюдается при большом содержании пигмента в базальных клетках. Следует упомянуть, что убеждение, оставшееся у нас от наблюдений пигмента в базальных клетках и в пигментных клетках самой кожи, говорить за меньший размер пигментных зерен в первых.

При больших скоплениях пигмента в сосочках можно видеть, что почти все соединительно тканые клетки сосочков содержали его в большей или меньшей мере. Таким образом, можно предположить, что пигментообразовательную функцию могут принимать на себя клетки, которые ни по строению, ни по форме ядра, ни по содержанию в нем хроматиновой субстанции и отношению к ядерным краскам, не отличаются от постоянных и гипертрофированных фибробластов. Каково же отношение пигментных клеток в сосочках к покрывающим их базальным клеткам? Можно ли говорить и утверждать о зависимости пигментации или депигментации базальных клеток от подлежащих пигментных клеток в лейкодермических и гиперхромических частях?

При просмотривании нескольких сотен срезов, нами везде обращалось особое внимание на положение и отношение отростков пигментных клеток к близ лежащему слою базальных клеток, причем нередко наблюдалось, что отросток с пигментом очень близко подходит к эпидермису, но полного соприкосновения, ни тем более, проникновения, отростка между клетками Мальпигиева слоя, не пришлось видеть. Равным образом количественное соотношение между пигментом эпидермальным и подэпидермальным не дает возможности с положительностью установить зависимость между процессом пигментации или депигментации эпидермиса и деятельностью пигментных клеток в коже. Мы никак не можем согласиться в полной мере с утверждением Rhiel'a, что в лейкодермическом пятне замечается печальное явление пигмента в эпидермисе и увеличенное содержание его в сос-

единительно-тканной строю кожи. По Rhiel'ю, в этом случае происходит, как бы, передвижение пигмента в обратном нормальном процессе пигментации направлением.

Таким ли образом совершается депигментация, мы не берем утверждать, так как на основании наших наблюдений сделать такой вывод невозможно. Явления, относящиеся к процессам пигментации, по нашему мнению, настолько сложны в лейкодермическом пятне, что подвести их к столь простому объяснению Rhiel'a возможно было бы не иначе, как не считаясь со всею совокупностью явлений здесь происходящих. Мы уже отмечали неоднократно при соответствующих наблюдениях, что количество пигмента в эпидермисе и количество его в самой коже на лейкодермических местах не только в различных наблюдениях, но даже и в различных местах лейкодермического пятна одного и того же наблюдения, могут относиться друг к другу различно: в эпидермисе может быть много пигмента и сравнительно мало в подлежащей коже, или, наоборот, получается явление сходное с наблюдением Rhiel'a, но может быть третья возможность, что его сравнительно много и в эпидермисе и в коже и, наконец, четвертая, что пигмента сравнительно мало и там и здесь. Все эти комбинации удается иногда видеть на одном и том же больном. Благодаря сложности картины, происходящей в лейкодермическом пятне при восстановлении нарушенного процесса нормальной пигментации, и могло, по нашему крайнему разумению, составить то разноречивое толкование автором о содержании пигмента в лейкодермическом пятне, с которым мы встретились при изложении гистологических исследований в литературном очерке.

Пигментные клетки в громадном большинстве случаев имеют легкую наклонность располагаться вдоль сосудов, выпуская отростки различной формы и величины, которые могут близко подходить к таким же отросткам других клеток или уходить на довольно значительное расстояние от сосуда, иногда приближаясь к отросткам пигментной клетки, лежащей несколько в отдалении от сосуда. Слияния отростков отдельных клеток нельзя было проследить, в виду чего мы не имеем возможности высказаться за существование

анастомозовъ между пигментными клѣтками, лежащими около сосудовъ и въ отдаленіи отъ нихъ.

Видъ пигментныхъ клѣтокъ не одинаковъ. Въ одномъ случаѣ онѣ представляются измѣющимися нѣсколько отростковъ, часть которыхъ длиною превышаетъ въ нѣсколько разъ величину клѣтки, въ изобиліи снабженными пигментомъ, какъ бы набитыми имъ до возможныхъ предѣловъ. Клѣтка, видимо, находится въ періодѣ дѣятельности. Въ другомъ случаѣ видъ пигментной клѣтки совершенно иной: отростковъ мало, длинныхъ вовсе не замѣтно, пигментъ собирается вокругъ ядра, покрывая его со всѣхъ сторонъ и дѣлая иногда невидимымъ. Клѣтка производитъ впечатлѣніе сморщенной, и такъ какъ на подобныхъ картинахъ нѣрѣдко можно встрѣтить зернышки пигмента разбросанными въ ткани, то можно предполагать ихъ происхождение изъ разрушившихся клѣтокъ. Повидимому, существуетъ и другой способъ удаленія пигмента изъ клѣтки, безъ разрушенія ея самой. Въ этомъ случаѣ въ отросткахъ клѣтки можно видѣть очень мало зернышекъ пигмента и свѣтлыя промежутки округлой формы въ окрашенной протоплазмѣ, гдѣ раньше, повидимому, находились зернышки пигмента.

О развитіи соединительной ткани вокругъ сосудовъ, о которомъ коротко было упомянуто выше, необходимо сдѣлать нѣсколько добавочныхъ замѣчаній. Наибольшее развитіе новообразованной соединительной ткани вокругъ сосудовъ было обнаружено въ одномъ изъ раннихъ случаевъ лейкодермы (наблюденіе 9-е), констатированной въ началѣ 4-го мѣсяца послѣ появленія твердаго шанкра. Въ другихъ случаяхъ оно не было столь рѣзкимъ и распространеннымъ, но все же наклонность периваскулярнаго инфильтрата организоваться можно было подмѣтить и въ другихъ наблюденіяхъ. Замѣтнѣе всего оно было вокругъ болѣе мелкихъ сосудовъ подсосочковой сѣти, труднѣе его было прослѣдить вокругъ капилляровъ сосочковъ.

Сопоставляя относительную бѣдность сосочковъ сосудами, запустѣніе нѣкоторыхъ изъ нихъ и развитіе соединительной ткани вокругъ сосудовъ подсосочковой сѣти, можно, имѣ кажется, говорить о процессѣ склерозированія самыхъ верхнихъ слоевъ кожи съ нѣкоторой увѣренностью. Соединительно-тканная строма сосочковъ и подсосочковаго слоя произво-

дила впечатлѣніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣе плотной, густой, чѣмъ нормальная.

Въ собственно придаточныхъ образованіяхъ (о сосудахъ ихъ было говорено выше) кожи, клѣткахъ салъныхъ железъ, волосяныхъ луковицъ и влагалищъ, а также потовыхъ железъ, измѣненія не были рѣзко выраженными и не дали указаній на особую наклонность патологическихъ измѣненій локализоваться въ нихъ самихъ. О болѣе выраженной обыкновенно инфильтраціи сосудовъ волосяныхъ железъ и луковицъ было уже упомянуто.

Намъ остается сказать о нервной и эластической ткани.

Въ тѣхъ мелкихъ стволікахъ нервныхъ волоконъ, которыя нрѣдка попадались въ срѣзахъ, нельзя было замѣтить какихъ-либо измѣненій при обычныхъ способахъ окраски употреблявшихся нами. Въ эластической ткани измѣненія были найдены въ видѣ разрѣженія подсосочковой сѣти и гибелъ части волоконъ въ отдѣльныхъ сосочкахъ. Последнее явленіе встрѣчалось не часто и зависѣло, по всей вѣроятности, отъ разрушенія эластическихъ волоконъ бывшимъ въ сосочкѣ незадолго передъ тѣмъ инфильтратомъ, причемъ эластическая ткань не успѣла въ достаточной мѣрѣ восстановиться.

Откормленные клѣтки въ лейкодермической части встрѣчались не постоянно. Плазматическихъ, а также гигантскихъ клѣтокъ съ многочисленными ядрами не попадалось вовсе.

Можно предположить, что среди изслѣдованныхъ нами микроскопически одиннадцати случаевъ пигментнаго сифилида, находились и такіе, гдѣ лейкодермическія пятна развились на мѣстѣ сифилитическихъ высыпей: въ двухъ изъ нихъ такое происхожденіе даже весьма вѣроятно (9 и 10 наблюденія). Микроскопическое изслѣдованіе, хотя и выдѣляетъ 9-е наблюденіе по количественнымъ размѣрамъ патолого-гистологическихъ измѣненій, но въ качественномъ отношеніи оба наблюденія особыхъ различій не представляютъ.

Такой результатъ въ сущности не представляетъ чего-либо неожиданнаго. Всѣ больные поступили подъ наше наблюденіе уже съ готовымъ пигментнымъ сифилидомъ. Начальнаго раз-

витія бѣлыхъ пятенъ на мѣстѣ диффузной гиперпигментациі кожи или предшествующей сифилитической высыпи, въ видѣ розеолы или папулы, намъ уловить не удалось, слѣдовательно, и острый стадій заботѣванія ускользнуть отъ нашего микроскопическаго изслѣдованія. Хотя въ работахъ Hjelmann'a (70, 44) и встрѣчаются указанія на нѣкоторые гистологическія особенности лейкодермическаго пятна вторичнаго происхожденія и на измѣненія, остающіяся въ кожѣ послѣ розеолезныхъ и папулезныхъ высыпей на продолжительное время, однако на основаніи ихъ было бы затруднительно дѣлать заключеніе о бывшемъ сифилитическомъ элементѣ на мѣстѣ бѣлага пятна пигментнаго сифлида.

Разсмотрѣніе патологическихъ разстройствъ пигментациі стоитъ въ тѣсной связи съ состояніемъ ученія о физиологическихъ пигментацияхъ въ организмѣ, въ частности, съ ученіемъ о физиологической пигментациі кожи. Къ сожалѣнію, рѣшеніе проблемы о физиологической пигментациі кожи не можетъ еще далеко считаться законченнымъ, такъ какъ вопросъ о пигментациі нормальной кожи представляетъ одинъ изъ самыхъ трудныхъ и по настоящее время весьма спорныхъ вопросовъ анатоміи кожи.

Какъ извѣстно, существуетъ нѣсколько взглядовъ относительно образованія пигмента въ эпидермисѣ. Раньше господствовало мнѣніе, что пигментъ въ эпидермисѣ образуется въ протоплазмѣ эпителиальныхъ кѣлѣтокъ, но со времени работъ Ehrmann'a появилось другое воззрѣніе о совершенной неспособности эпителиальныхъ кѣлѣтокъ къ выработкѣ пигмента. По мнѣнію Ehrmann'a и его послѣдователей, эпителиальныя кѣлѣтки сами не вырабатываютъ пигмента, а получаютъ его отъ меланобластовъ подлежащей соединительной ткани, и являются такимъ образомъ только передаточной инстанціей для пигмента, вырабатываемаго меланобластами. Наконецъ, существуетъ третье предположеніе, принимающее и тотъ и другой способъ образованія въ эпителиальныхъ кѣлѣткахъ.

Выше было уже упомянуто, что морфологически, по нашему убѣжденію, зернышки пигмента въ эпителиальныхъ кѣлѣткахъ отличаются отъ зернышекъ его же въ пигментныхъ кѣлѣткахъ. Они меньшей величины, пылеобразны и имѣютъ наклонность

собираться въ глыбки, въ составѣ которыхъ отдѣльныхъ зернышекъ разсмотрѣть часто не удается, тогда какъ зернышки пигмента въ пигментныхъ кѣлѣткахъ болѣе крупны и даже при значительныхъ скопленіяхъ ихъ въ кучки удается видѣть зернистость. Затѣмъ, ни одного раза не удалось видѣть проникновенія отростковъ пигментныхъ кѣлѣтокъ между эпителиальными кѣлѣтками и анастомозовъ между ними. Наконецъ, большому или малому содержанію пигмента въ эпителиальныхъ кѣлѣткахъ далеко не всегда соответствовало содержаніе пигмента въ пигментныхъ кѣлѣткахъ и состояніе ихъ дѣятельности. Приходилось неоднократно наблюдать небольшое сравнительно количество пигмента въ эпителиальныхъ кѣлѣткахъ и очень большое содержаніе его въ пигментныхъ кѣлѣткахъ, снабженныхъ многими, хорошо развитыми и длинными отростками, подходящими близко къ базальнымъ кѣлѣткамъ, и тѣмъ не менѣе, обильнаго содержанія пигмента въ эпителии не было. Обращало на себя вниманіе и обратное явленіе: значительное содержаніе пигмента въ базальныхъ кѣлѣткахъ и сравнительно весьма умѣренное въ пигментныхъ кѣлѣткахъ, отростки которыхъ были малы и съ весьма умѣреннымъ количествомъ пигмента. Противъ этихъ наблюденій можно было бы возразить, что въ первомъ случаѣ пигментныя кѣлѣтки еще не успѣли передать содержащейся въ нихъ пигментъ эпителиальнымъ кѣлѣткамъ, а во второмъ, что послѣднія не успѣли освободиться отъ него, но съ равнымъ правомъ можно говорить, принимая во вниманіе и морфологическія различія въ пигментѣ и отсутствіе проникновенія отростковъ пигментныхъ кѣлѣтокъ въ эпидермисъ, о независимой дѣятельности тѣхъ и другихъ.

По изложеннымъ основаніямъ намъ представляется, что пигментациі при пигментномъ сифлидѣ эпителиальныхъ кѣлѣтокъ не стоитъ въ прямой зависимости отъ дѣятельности пигментныхъ кѣлѣтокъ соединительной ткани и вырабатываніе пигмента можетъ совершаться на мѣстѣ самостоятельно эпителиальными кѣлѣтками, но причина, лежащая въ основѣ повышеннаго или пониженнаго прозводства пигмента въ эпителии и въ соединительной ткани, должна быть общей для обоихъ процессовъ.

Какова же должна быть причина, ближайшимъ, или, можетъ

быть, отдаленнымъ слѣдствіемъ которой являются расстрой-
ства пигментации преимущественно въ кожѣ шеи, а иногда и
въ другихъ областяхъ, клинически выражающіяся въ харак-
терной картинѣ пигментнаго сифлида?

Очевидно, безъ дальнѣйшихъ поясненій, что въ основѣ
рассматриваемой аномалии пигментации лежитъ воспалительный
процессъ, вызванный специфической инфекціей и распростра-
няющійся на значительномъ протяженіи въ кожѣ, процессъ
развитой, къ появленію котораго весьма вѣроятно, предше-
стаютъ мѣстные раздраженія, въ видѣ механическаго тренія
и т. д.

Воспалительныя измѣненія локализируются главнымъ обра-
зомъ въ мелкихъ и мельчайшихъ сосудахъ самыхъ поверхно-
стныхъ слоевъ кожи и выражаются изложенными выше измѣ-
неніями въ сосудахъ, повторить которыя было бы излишне.

Намъ хотѣлось бы обратить вниманіе на одну сторону опи-
санныхъ измѣненій въ сосудахъ, именно на расширение сосу-
довъ подсосочковаго слоя, а иногда и болѣе глубокихъ, имѣю-
щихъ характеръ маленькихъ венъ. Другими словами, мы имѣемъ
предъ собой явленіе застойной, пассивной гипереміи. При
оцѣнкѣ этого обстоятельства неизбежно должно возникнуть
сомнѣніе, не является ли упомянутая застойная гиперемія про-
дуктомъ искусственнымъ, какъ результатъ дѣйствія на со-
суды кокаина, употреблявшагося при биссусахъ. У насъ такого
сомнѣнія не возникало съ самаго начала, по той причинѣ, что
вырѣзываніе всегда совершалось въ періодъ поблѣдненія ткани
и совершалось довольно быстро.

Второе обстоятельство, говорящее противъ искусственнаго
расширенія сосудовъ, заключается въ томъ, что расширеніе
сосудовъ не распространялось на всѣ видимые сосуды сѣза,
а только на часть ихъ, и наблюдалось, кромѣ того, не въ каж-
домъ изъ нашихъ кусочковъ, что было бы неизбежнымъ, какъ
артефактъ, такъ какъ техника во всѣхъ случаяхъ была со-
вершенно одинакова.

Намъ и представляется, что въ условіяхъ венозной гипе-
реміи, распространенной на значительное пространство, нахо-
дятся всѣ данныя для наличности усиленной выработки пиг-
мента въ данномъ мѣстѣ. Гемоглобинъ красныхъ кровяныхъ

шариковъ, растворенный въ большомъ количествѣ въ плазмѣ
крови, пронитывающей ткани, даетъ возможность пигментнымъ
кѣткамъ соединительной ткани и эпителиальнымъ вырабаты-
вать пигментъ въ значительно большемъ противъ нормальнаго
количествѣ.

Моментомъ, способствующимъ развитію застойной гипер-
еміи при пигментномъ сифлидѣ, можетъ считаться поражение
воспалительнымъ процессомъ значительнаго числа капилля-
ровъ и мелкихъ сосудовъ артеріальнаго характера, влекущее
за собою отчасти заустѣніе, отчасти суженіе и спаденіе ихъ
стѣнокъ до полной или чрезвычайно затрудненной проходи-
мости для крови.

По мѣрѣ восстановленія кровообращенія должны исчезать
и условія, способствующія растворенію гемоглобина и уси-
ленной переработкѣ раствореннаго гемоглобина въ пигментъ.
Но восстановленіе кровообращенія въ сосудахъ до нормы, въ
сосудахъ эластичность стѣнокъ которыхъ измѣнена развитіемъ
вокругъ нея стойкаго инфильтрата, наклоннаго преобразоваться
въ соединительную ткань, не можетъ происходить въ теченіе
короткаго промежутка времени. Этимъ обстоятельствомъ, намъ
думается, и объясняется та чрезвычайная длительность тече-
нія пигментнаго сифлида, которая отмѣчена клиникой.

Въ изложенныхъ выше результатахъ нашихъ патолого-гисто-
логическихъ изслѣдованій пигментнаго сифлида, а также и
другихъ авторовъ, трудно было усмотрѣть что-либо противо-
рѣчащее современному представленію о патолого-анатомиче-
скихъ измѣненіяхъ, наблюдаемыхъ вообще при сифилисѣ. Съ
другой стороны, обстоятельствомъ подтверждающимъ такое
заключеніе является, по нашему мнѣнію, частое совпаденіе
пигментнаго сифлида съ другимъ характернымъ симптомомъ
сифилиса—сифилитической алопеціей, имѣющей также дли-
тельное теченіе и распространенный характеръ. Прямая при-
чинная связь этого симптома съ сифилитической инфекціей
въ всякомъ сомнѣніи. Клинически сифилитическая алопеція
могла бы быть названной на тѣхъ же основаніяхъ, какъ пигмент-
ный сифлидъ, первичной, такъ какъ ей не предшествуютъ
никакія видимыя измѣненія кожи волосистой части на головѣ,
бровяхъ, усахъ и т. д. Тѣмъ не менѣе, нельзя сомнѣваться въ

томъ, что патолого-анатомической основой, вызывающей выпадение волосъ, являются измѣненія въ кожѣ, производимыя сифилитической инфекціей. Важно поэтому рассмотреть, какія же это измѣненія, которыя такъ часто въ нашихъ наблюденіяхъ одновременно существовали у больныхъ съ пигментнымъ сифилидомъ?

Насколько мнѣ извѣстно, до настоящаго времени, въ виду трудности собиранія опытнаго матеріала, появилась по этому предмету единственная работа Giovannini²¹⁾, который, не удовлетворяясь изслѣдованіями волосъ при сифилитической алопеціи, произведенными Darier, Besnier и Douyon, вырѣзывалъ кусочки кожи на живыхъ. Всего имъ изслѣдовано 24 кусочка отъ 24 больныхъ, причемъ найдена периваскулярная инфильтрація, поражающая по преимуществу сосуды нижней части волосяного фолликула. Клетки, составляющія инфильтратъ съ однимъ круглымъ, овальнымъ или иной формы, то слабо окрашивающимся и зернистымъ, то интенсивно окрашеннымъ и безъ зернистости ядромъ, авторъ причисляетъ къ лейкоцитамъ. Периваскулярная инфильтрація окружаетъ фолликулъ, то съ одной стороны, то со всѣхъ.

Въ случаяхъ тяжелой алопеціи, наряду съ экссудатомъ, авторомъ отмѣчается рѣзкое расширеніе сосудовъ, особенно венозныхъ; лейкоциты въ сосочкахъ встрѣчаются рѣдко и въ небольшомъ количествѣ. Глубокіе сосуды были свободны отъ инфильтраціи и только въ 2-хъ случаяхъ тяжелой алопеціи можно было констатировать периваскулярную инфильтрацію; гораздо чаще была находима ничтожная инфильтрація въ самыхъ поверхностныхъ сосудахъ кожи. Въ одномъ случаѣ тяжелой алопеціи была найдена умѣренная инфильтрація на короткомъ протяженіи вокругъ сосудовъ, сопровождающихъ нервный стволъ. Какъ результатъ всѣхъ этихъ измѣненій наступаетъ атрофія волосяного фолликула, не переходящая физиологической границы. Авторъ приходитъ къ заключенію, что главнымъ измѣненіемъ при сифилитической алопеціи является воспалительный процессъ, который наблюдается и при прочихъ проявленіяхъ сифилиса.

Остальную часть работы, имѣющую отношеніе къ сравненію

микроскопическихъ картинъ сифилитической алопеціи и alopecia areata, я опускаю.

Изъ нашихъ одиннадцати случаевъ не было ни алопеціи, ни даже выпаденія волосъ, только у одного больного. Двое заявили, что у нихъ послѣ заболѣванія сифилисомъ появилось выпаденіе волосъ, котораго раньше не было; у одного изъ нихъ можно было замѣтить значительное порѣднѣе волосъ, у другого это было не такъ ясно. Въ остальныхъ восьми случаяхъ была типичная сифилитическая алопеція.

Въ работѣ Giovannini, къ сожалѣнію, не находится указаній, въ какомъ видѣ онъ нашелъ дѣятельность пигментныхъ клетокъ въ кожѣ, но и безъ этого дѣлается очевиднымъ, что въ существенныхъ чертахъ патолого-анатомическія измѣненія, наблюдаемыя при сифилитической алопеціи и при пигментномъ сифилидѣ, одни и тѣ же. Можно было бы съ недоумѣніемъ отнести къ результату противоположному, наблюдая одновременно два клиническихъ симптома сифилиса у одного и того же больного, въ ближайшемъ сосѣдствѣ другъ съ другомъ, вида на кожѣ задней части шеи, наиримѣръ, пигментный сифилидъ, а немного выше, на волосистой части головы, алопецію.

Пигментный сифилидъ и алопеція не только могутъ сблизиться другъ съ другомъ по времени происхожденія и по мѣсту находженія, но какъ показываютъ наблюденія Haslund'a Fournier, Besnier, они тѣсно переплетаются иногда между собой въ клиническомъ отношеніи, такъ какъ бываютъ случаи гдѣ на мѣстѣ выпаденія волосъ развиваются лейкодермическія пятна.

Съ точки зрѣнія патологической анатоміи дѣлается совершенно неяснымъ, почему изъ двухъ столь близкихъ, родственныхъ симптомовъ, все отличіе между которыми въ клиническомъ отношеніи обуславливается, по всей вѣроятности, только мѣстными условіями и отчасти, быть можетъ, количественными различіями, одинъ относится въ группу чисто сифилитическихъ симптомовъ, а другой выдѣляется въ явленія особаго рода—парасифилитическія, какъ это дѣлаетъ Фурнье и его послѣдователи.

По мнѣнію Фурнье, два главныхъ отличительныхъ признака устанавливаютъ разницу между собственно сифилитическими симптомами и парасифилитическими явленіями.

Первый признакъ состоитъ въ томъ, что парасифилитическія заболѣванія не находятся всегда и неизмѣнно въ причинной зависимости отъ сифилиса, они могутъ произойти и отъ другихъ причинъ. Сифилисъ въ анамнезѣ подобныхъ заболѣваний вовсе не является обязательнымъ.

Другой отличительный признакъ заключается въ неподдаваемости парасифилитическихъ явленій дѣйствию специфическихъ средствъ, ртути и іодистаго калия.

Фурнье видитъ въ пигментномъ сифилидѣ примѣръ, чрезвычайно характерный, почему именно этотъ симптомъ слѣдуетъ считать за явленіе парасифилитическое. Взглядъ Фурнье на способъ развитія пигментнаго сифилида неоднократно приводился уже выше, поэтому повтореніе его было бы излишнимъ, но слѣдуетъ все же указать на то коренное различіе, которое существуетъ между способомъ развитія, указываемаго Фурнье, и всѣми авторами, наблюдавшими его съ первыхъ же шаговъ, не говоря о тѣхъ, которые видѣли его развитіе вторично на мѣстѣ бывшихъ сифилидовъ. Всѣ отмѣчаютъ тотъ фактъ, что пигментный сифилидъ, прежде чѣмъ обнаружится въ пятнистой формѣ, продѣлываетъ предварительный стадій диффузную гиперпигментацию, скажемъ, кожи шен. Слѣдовательно, первично онъ никоимъ образомъ не является въ видѣ пятнистыхъ пигментированныхъ слѣдовъ на совершенно здоровой кожѣ, какъ то утверждаетъ Фурнье. Очевидно, въ кожѣ развивается какой-то патологической процессъ, который, не выражаясь клинически никакими признаками сифилитической высылки, даетъ для клиническаго наблюдателя, какъ отраженіе, реально воспринимаемое глазомъ, диффузную гиперпигментацию, которая лишь впоследствии, продержавшись болѣе или менѣе долгое время, напр., по Поепфлову 2—3 мѣсяца, начинаетъ трансформироваться въ пятнистую, сѣтчатую, или мраморную форму. Но это лишь слѣды, остатки диффузной гиперпигментации, которая развилась сначала.

Фурнье совершенно не принимаетъ въ расчетъ бѣлой, не пигментированной кожи, онъ считается лишь съ пигментиро-

ванными пятнами, полосками, крапинками, все остальное, по его мнѣнію, здоровая кожа. Пигментный сифилидъ не распространяется въ видѣ непрерывнаго пятна, онъ обходитъ извѣстные участки, остающіеся совершенно здоровыми.

Чтобы доказать, что бѣлые участки есть несомнѣнно здоровая кожа, которая лишь благодаря контрасту кажется болѣе бѣдной, чѣмъ нормальная, Фурнье основывается на доказательствахъ двоякаго рода.

Во первыхъ, онъ сравниваетъ цвѣтъ бѣлыхъ участковъ среди пигментированныхъ частей пигментнаго сифилида чрезъ отверстіе, продѣланное въ бумагѣ или визитной карточкѣ, съ цвѣтомъ нормальной кожи и приходитъ къ заключенію, что цвѣтъ ихъ нисколько не отличается отъ нормальной окраски другихъ здоровыхъ частей. Мы уже видѣли, что въ клиникѣ Neisser'a прибѣгали къ подобному же приему и пришли къ выводу диаметрально противоположному заключенію Фурнье. Кожа бѣдныхъ участковъ казалась бѣднѣе нормальной кожи. Доказательства подобнаго рода, очевидно, какъ не исключаютъ субъективности наблюдателя, благодаря различной остротѣ зрѣнія, способности различать оттѣнки цвѣта нормальной кожи, никоимъ образомъ не могутъ быть признаны безспорными, а тѣмъ болѣе рѣшающими для вопроса, здорова ли кожа на данномъ мѣстѣ или нѣтъ.

Во вторыхъ, въ подкрѣпленіе опыта съ отверстіемъ въ визитной карточкѣ Фурнье ссылается на гистологическое изслѣдованіе Tantarri, который въ бѣлыхъ участкахъ нашелъ столько же пигмента, сколько въ нормальной кожѣ. Это, какъ будто, окончательно рѣшаетъ дѣло, что въ бѣлыхъ участкахъ нѣтъ потери пигмента и все сводится къ оптической иллюзии.

Со времени изслѣдованія Tantarri прошло однако уже достаточно времени, въ теченіи котораго появился, какъ мы видѣли въ части, касающейся патолого-гистологическихъ измѣненій при пигментномъ сифилидѣ, цѣлый рядъ изслѣдованій, вниманіе авторовъ которыхъ обращалось особенно на содержаніе пигмента въ бѣлыхъ участкахъ кожи.

Saintin находилъ его даже увеличеннымъ сравнительно съ нормальной кожей, остальные, которыхъ большинство, находили его, наоборотъ, значительно уменьшеннымъ, или даже

вовсе исчезнувшим, и только во части случаев (Hjelmann) онъ, повиdimому, не отличался отъ нормы. Въ преобладающемъ большинствѣ изслѣдованныхъ случаевъ тѣ или иные разстройства пигментации, слѣдовательно, были доказаны несомнѣнно на бѣлыхъ участкахъ кожи, считаемихъ Фурнье здоровыми.

Если даже принимать во вниманіе разстройство въ отложеніи пигмента только на бѣлыхъ участкахъ, то и тогда нельзя никоимъ образомъ говорить о здоровой кожѣ на этихъ мѣстахъ.

Мы видимъ, однако, нѣчто гораздо большее.

Изъ сравненія патолого-гистологическихъ измѣненій въ пигментированныхъ и бѣлыхъ участкахъ, даваемыхъ различными авторами, видно, что въ послѣднихъ патологическія измѣненія иногда превосходили въ количественномъ отношеніи таковыя же въ пигментированныхъ, но никогда не были меньшими. Нѣкоторыми же за центральное мѣсто, фокусъ патологическихъ измѣненій, самую существенную ихъ часть считаются обезцвѣченные участки кожи.

Мы не можемъ на основаніи своихъ изслѣдованій придавать бѣлому пятну превалирующее значеніе въ патогенезѣ пигментнаго сифлида, но далеки отъ того, чтобы говорить о немъ, какъ о здоровой, неизмѣненной кожѣ.

Можно считать доказаннымъ, что, если пигментный сифлидъ клинически въ извѣстныхъ случаяхъ и проявляется безъ предшествующихъ видимыхъ глазомъ воспалительныхъ измѣненій, то все же послѣднія существуютъ въ тканяхъ.

Явленіе гиперпигментации, проявляясь клинически первично, не можетъ считаться таковымъ въ патолого-анатомическомъ смыслѣ, такъ какъ на мѣстѣ пигментнаго сифлида, кожа находится въ состояніи хроническаго воспаления. Фурнье самъ соглашается, что можетъ быть, дѣйствительно, патолого-анатомическая основа пигментнаго сифлида именно такова, какъ напр., нашелъ въ своихъ изслѣдованіяхъ Маевъ, но патолого-анатомическій процессъ въ кожѣ самъ по себѣ лишь промежуточное звено между пигментнымъ сифлидомъ и первичной причиной его, т. е. сифилитической инфекціей. Первичной же причины мы не знаемъ.

Отсюда казался бы естественнымъ выводъ, что пока мы

этой причины не знаемъ, нельзя искусственно обособлять пигментный сифлидъ и выдѣлять его въ особую группу явленій парасифилитическихъ, если для этого нѣтъ всѣхъ основаній клиническихъ и патолого-анатомическихъ.

Въ очеркѣ клиническомъ мы видѣли, что пигментный сифлидъ можно считать патогномическимъ признакомъ сифлиса и многіе его таковымъ считаютъ. Тожественные случаи при другихъ заболѣваніяхъ представляютъ исключенія, и нѣкоторые изъ извѣстныхъ въ литературѣ допускаютъ возраженія и сомнѣнія въ ихъ аналогичности съ пигментнымъ сифлидомъ. Напр., случай Lewin'a, который приводится, какъ доказательство продолжительнаго существованія пигментнаго сифлида неизвѣстнаго происхожденія, можетъ быть и сифилитическаго, заключался въ лейкодермическомъ пятнѣ (одногнѣ), величиною въ марку, на шеѣ у мамки, которая 10 лѣтъ носила это пятно безъ всякихъ измѣненій.

Пигментному сифлиду, болѣе чѣмъ какому-либо другому кожному проявленію сифлиса, свойственна специфическая клиническая физиономія, свойственна даже болѣе, чѣмъ, напр., розоль, папуль, поводовъ къ смѣшенію которыхъ съ другими заболѣваніями найдется въ повседневной практикѣ неизмѣримо больше, что и встрѣчается на самомъ дѣлѣ на каждомъ шагѣ.

Въ этомъ случаѣ къ пигментному сифлиду въ неизмѣримо малой степени относится первый отличительный признакъ, устанавливаемый Фурнье для парасифилитическихъ заболѣваній, а именно, что они не находятся въ причинной и неизбѣжной зависимости отъ сифлиса.

Изслѣдованія Dreysel на большомъ клиническомъ матеріалѣ могли обнаружить лишь 0,15% лейкодермы у людей, повиdimому, не больныхъ сифлисомъ, но и то съ неуверенностью, что и въ этихъ 0,15% сифлисъ отсутствуетъ. Тоже показали наблюденія Фивейскаго и Lewin'a, который на крайне подозрительномъ матеріалѣ въ смыслѣ отсутствія сифлиса нашелъ лишь 4% подобныхъ больныхъ. Это показываетъ, что при самомъ осторожномъ отношеніи къ діагнозу, слишкомъ даже, быть можетъ, осторожному, лишь въ самой незначительной категоріи случаевъ можетъ существовать неуверенность въ постановкѣ правильнаго діагноза, другими словами, уста-

новление связи пигментного сифлида с сифилисомъ, какъ причины со слѣдствіемъ.

Результаты патолого-гистологическихъ изслѣдованій, какъ показываютъ данныя всѣхъ авторовъ, тоже никоимъ образомъ не идутъ въ разрѣзъ съ вышеуказаннымъ заключеніемъ связи сифилиса съ пигментнымъ сифлидомъ, такъ какъ находимыя при пигментномъ сифлидѣ патолого-гистологическія измѣненія не указываютъ на что-либо особенное, могущее служить основаніемъ къ выдѣленію пигментного сифлида въ особую форму и не противорѣчатъ патолого-гистологическому типу измѣненій при другихъ проявленіяхъ кожного сифилиса.

Въ частности, въ неподдаваемости пигментного сифлида специфическому леченію, или, вѣрнѣе, медленномъ его исчезновеніи подъ вліяніемъ леченія, едва ли можно видѣть что либо особенное, стоящее въ противорѣчій съ тѣми же разстройствомъ пигментаций, которыя стоятъ въ прямой зависимости отъ кожныхъ проявленій сифилиса, которыя Фурнье не относятъ къ парасифилитическимъ явленіямъ, напр. пигментаций, появляющихся вторично на мѣстѣ и въ окрестности прыщевыхъ, бугорковыхъ сифлидовъ, въ окрестности поверхностныхъ эктимъ и проч.

Всѣ эти пигментации равнымъ образомъ чрезвычайно трудно поддаются специфическому леченію и существуютъ многие и многие мѣсяцы послѣ исчезновенія элементовъ ихъ вызвавшихъ.

Руководясь и въ этомъ случаѣ принципомъ отношенія къ специфическому леченію, устанавливающимъ принадлежность даннаго симптома къ парасифилитическимъ явленіямъ, несколько не противорѣчило бы логикѣ, стоя на точкѣ зрѣнія Фурнье, отнести прыщевой сифлидъ, напр., къ специфическимъ проявленіямъ сифилиса, а остающуюся послѣ него на долгое время пигментацию къ парасифилитическимъ.

Такимъ образомъ, разобравшись ближе въ явленіяхъ пигментного сифлида и принимая во вниманіе клиническую и патолого-анатомическую сторону этого симптома сифилиса, намъ думается, что онъ не удовлетворяетъ двумъ основнымъ признакамъ, характеризующимъ, по мнѣнію Фурнье, парасифилитическія заболѣванія.

Въ заключеніе работы, на основаніи всѣхъ вышеизложенныхъ данныхъ, мнѣ думается, можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Пигментный сифлидъ можетъ возникать двоякимъ путемъ: первично, безъ предшествующей сифилитической высыпи, и послѣдовательно, какъ результатъ существовавшей на данномъ мѣстѣ сифилитической высыпи.

2) Пигментный сифлидъ, сформировавшийся тѣмъ или инымъ путемъ, въ дальнѣйшемъ теченіи не представляетъ никакого различія, въ виду чего, имѣя предъ собою готовую форму пигментного сифлида, невозможно установить способъ его возникновенія.

3) Гистологическое изслѣдованіе до сихъ поръ также не даетъ никакихъ существенныхъ указаній для рѣшенія вопроса о способѣ происхожденія пигментного сифлида.

4) Пигментный сифлидъ развивается на почвѣ распространенныхъ, медленно протекающихъ, воспалительныхъ измѣненій въ сосудахъ самыхъ поверхностныхъ слоевъ кожи.

5) Усиленное образованіе пигмента при пигментномъ сифлидѣ, повидимому, обуславливается мѣстными условіями и стоитъ въ прямой зависимости отъ явленій пассивной гипереміи.

6) Можно почти съ увѣренностью утверждать, что появленію тѣлыхъ пятенъ лейкодермы въ изслѣдованныхъ случаяхъ предшествовала гиперпигментация въ эпидермисѣ и собственно кожѣ на этомъ мѣстѣ, что вполнѣ соответствуетъ имѣющимся въ литературѣ точнымъ клиническимъ наблюденіямъ.

7) Воспалительныя измѣненія сосудовъ въ гиперхромическихъ и лейкодермическихъ участкахъ пигментного сифлида существенныхъ различій не представляютъ.

8) Результатомъ воспалительныхъ измѣненій сосудовъ при пигментномъ сифлидѣ можетъ являться развитіе вокругъ нихъ соединительной ткани, достигающее иногда значительныхъ размѣровъ.

9) На мѣстѣ бѣлыхъ пятенъ никогда не бываетъ полного отсутствія пигмента въ клѣткахъ эпидермиса. Совершенное исчезновеніе пигмента происходитъ только изъ сравнительно небольшого числа клѣтокъ.

10) Содержаніе пигмента въ эпидермисѣ и собственно кожѣ бѣлаго пятна весьма различно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, что наблюдается даже въ отдѣльныхъ частяхъ одного и того же бѣлаго пятна и обуславливается, весьма вѣроятно, въ послѣднемъ случаѣ неодновременнымъ и неравнобѣрнымъ возвращеніемъ къ нормальному процессу пигментации.

11) Пигментъ, вырабатываемый въ пигментныхъ клеткахъ, при лейкодермѣ, не даетъ реакціи на желѣзо.

12) Пигментообразовательную функцію, подъ влияніемъ точно еще не изученныхъ условій, могутъ принимать на себя, повидимому, всѣ соединительно-тканныя клетки поверхностныхъ слоевъ кожи.

13) Функція пигментныхъ клетокъ соединительной ткани, какъ пигментпереносителей для эпителия кожи, при пигментномъ сифилидѣ весьма сомнительна. Отсюда слѣдуетъ, что

14) Выработка пигмента въ эпидермисѣ можетъ происходить самостоятельно на мѣстѣ въ самихъ эпителиальныхъ клеткахъ кожи.

15) Исчезновеніе пигмента изъ пигментныхъ клетокъ можетъ совершаться, повидимому, двоякимъ образомъ: путемъ разрушенія самой пигментной клетки, или, при сохраненіи цѣлости клетки, путемъ всасыванія его изъ нея.

16) Измѣненія въ эпидермисѣ на мѣстѣ бѣлаго пятна носятъ болѣе или менѣе выраженный атрофическій характеръ и не отличаются замѣтнымъ образомъ отъ подобнаго же рода измѣненій на гиперхромическихъ мѣстахъ.

17) Наиболее значительныя воспалительныя измѣненія наблюдаются въ сосудахъ подсосочковаго слоя кожи.

18) Вторичная сифилитическая алопеція и пигментный сифилидъ часто встрѣчаются одновременно у одного и того же больного.

19) Нѣтъ ни клиническихъ, ни патолого-анатомическихъ оснований относить пигментный сифилидъ въ разрядъ парасифилитическихъ заболѣваній, понимаемыхъ въ смыслѣ Фурнье.

Заканчивая работу, считаю долгомъ принести искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. Т. П. Павлову за ин-

тересную тему и предоставленіе полной возможности использовать плодотворно время прикомандированія въ научномъ и практическомъ отношеніи; проф. А. И. Моисееву за всегдашнюю готовность удѣлить свое время и трудъ; прив. доц. В. В. Иванову за полезныя указанія, предупредительность и вниманіе, встрѣченныя мною при выполненіи работы; прив. доц. Е. Ф. Фридману и всѣмъ Гг. товарищамъ за любезное содѣйствіе при собраніи матеріала, а также всѣмъ больнымъ, совершенно безкорыстно согласившимся на небольшую, но во всякомъ случаѣ, мало пріятную операцію вырѣзыванія кусочка кожи.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

- 1) Посильловъ. Руководство къ изученію кожныхъ болѣзней. Москва 1905.
- 2) Лансеро. Ученіе о сифилисѣ. Сиб. 1876.
- 3) Hardy. Gazette des hôpitaux. 1854. № 134, стр. 533.
- 4) Pillon. De la syphilide maculeuse du cou. Gazette hebdomadaire de médec. et de chir. 1855. № 47.
- 5) Diday. Lettre sur la teinte bistre pommelée (dite syphilide maculeuse du cou). Gazette hebdomadaire de médec. et de chir. 1855. № 48.
- 6) Neisser. Ueber das Leucoderma syphiliticum. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1883. Wien.
- 7) Roelchen. Vitiligo acquisita syphilitica. Virchow's Archiv. Berlin. 1887. CVII.
- 8) Фивейскій. Къ вопросу о leucoderma syphiliticum. Докладъ IV Пироговскому съезду въ Москвѣ. Вѣстникъ Общественной Гигіены, Судебной и Практической Медицины за 1891 г.
- 9) Фурнье, Альфредъ. Парасифилитическія заболѣванія. Москва. 1894.
- 10) Фурнье, Альфредъ. Ученіе о сифилисѣ. Москва. 1899. Вып. 2-й.
- 11) Weil. Etude sur la fréquence et valeur sémiologique de la syphilide pigm. du cou au cours de la grossesse. Thèse de Paris. 1904.
- 12) Taylor. Syphilide pigmentaire. Annales de dermatologie et de syphilographie. 1893. (Реф.).
- 13) Свидерскій. Засѣданіе Русск. Сифилитол. и Дерматол. Общества 25 ноября 1889 г.
- 14) Маевъ. О пигментномъ сифилидѣ. Врачъ. 1889.

15) Renault. Considérations relatives à la syphilide pigmentaire. Société de dermat. et de syph. Séance du 23 juillet 1891. Annales de dermat. et de syph. 1891.

16) IV Пироговскій съездъ врачей въ Москвѣ. Врачъ. 1891.

17) Шадекъ. О пигментномъ сифилисѣ. (Leucoderma syphil). Медицинское обозрѣніе. 1885. № 24.

18) Maigreau. Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. Thèse de Paris. 1884.

19) Lewin. Ueber das Leucoderma, namentlich über seinen diagnostischen Werth. Charité Annalen. Berlin. 1893, т. 18.

20) Rhiel. Ueber das Leucoderma syphiliticum. Medic. Jahrbücher, 1884.

21) Malherbe. Syphilide pigmentaire. Annales de dermat. et de syph. 1896.

22) Eirmann. Einiges über die Rolle der Melanoblasten bei der Syphilis. Arch. für Derm. u. Syph. Festschrift 43—44, т. 1, 1898.

23) Чистяковъ. Засѣданіе Русск. Сифил. и Дерм. Общества 27 апреля 1891 года.

24) Ельцина. Засѣданіе Русск. Сифил. и Дерм. Общ. 23 декабря 1895 года.

25) Тарновскій. Засѣданіе Русск. Сиф. и Дерм. Общества 27 января 1890 года.

26) Haslund. Alopecia leucodermica. Annales de dermat. et de syphil. 1893.

27) Tantarri. De la syphilide pigmentaire à fond jaune. Gazette Medicale de Paris. 1865.

28) Romalo. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. Thèse de Paris, 1885.

29) Le Damany. La syphilide pigmentaire. Gazette hebdomadaire de médec. et de chir. 1894. № 33.

30) Gaucher et Chiray. Leucodemelodermie cervicale post-papuleuse héredo-syphilitique. Annales de dermat. et de syph. 1903.

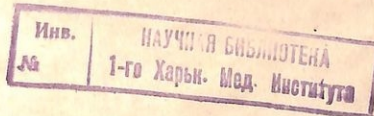
31) Danlos. Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire. Annales de dermat. et de syph. 1905.

32) Gémay. Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive. Annales de dermat. et de syph. 1898.

33) Congrès international de dermat. et de syphilogr. tenu à l'hôpital Saint-Louis en août 1889.

- 34) Lang. Учебник половых болезней. Спб. 1905.
- 35) Rille. De la leucodermie consecutive au psoriasis vulgaire. Annales de derm. et de syph. 1901. (реф.)
- 36) Thibierge. Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire, développée chez un tuberculeux cachectique. Annales de dermat. et de syph. 1897.
- 37) Laurent. Etude sur un cas de pseudosyphilide pigmentaire chez un tuberculeux. Тамъ же.
- 38) Dreysel. Ueber das Leucoderma syphiliticum. Berliner Klinische Wochenschrift. 1896.
- 39) Etienne. Ephelides pigmentaires du cou, manifestation unique de la syphilis. Annales de derm. et de syph. 1897.
- 40) Jullien. Curabilité de la syphilide pigmentaire. Annales de derm. et de syph. 1896.
- 41) Hulleu. Sur l'installation de la syphilide pigmentaire du cou. Annales de derm. et de syphil. 1903.
- 42) Подвысоцкий. Основы общей и экспериментальной патологии. Спб. 4 изд. 1905.
- 43) Ehrmann. Ueber Hautentfärbungen durch secundär syphilitische Exantheme. Ergänzungshefte zum Arch. für Dermat. u. Syph. 1891, т. 23-й.
- 44) Hjelmann. Zur Kenntniss des Leucoderma syphiliticum. Dermatologische Zeitschrift. 1897, т. IV.
- 45) Berliner. dermatologische Gesellschaft. Заc. 2 мая 1899. Цит. по Annales de derm. et de syph. 1900, стр. 1249.
- 46) Société de derm. et de syphilogr. Séance du 3 mai 1900. Annales de d. et de syph. 1900.
- 47) Тамъ же. Séance du 23 juillet 1891. Annales de derm et de syph. 1891.
- 48) Danlos. Sur deux formes de syphilide pigmentaire du cou. Annales de der. et. de syph. 1901.
- 49) Balzer et Faurebeau. Macules atrophiques post-papuleuses. Annales de derm. et de syph. 1903.
- 50) Gaucher et Milian. Syphilide pigmentaire du cou, consecutive à une roseole circinée localisée du cou. Тамъ же.
- 51) Gaucher et Milian. Leucodermie syphilitique peri et post-papuleuse. Тамъ же. Soc. de derm. et de syph. Séance du 5 février 1903.
- 52) Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. 1894.
- 53) Audry. Syphilide pigmentaire généralisée (Examen histologique des taches). Annales de derm. et de syph. 1890.

- 54) Tortora, Jgnazio. Un caso abbastanza raro di sifilide pigmentaria areolata. Il Morgagni, 1886, т. 28.
- 55) Bockhart. Ueber Pigment-Syphilis Monatshefte für praktische Dermatologie, 1887, т. 6-й.
- 56) Frattali. Sifiloderma pigmentario. Nuovi studi di istologia e di critica. Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della pelle, 1896. Anno XXXI.
- 57) Ehrmann u Oppenheim. Ueber Melanoblasten, Hemichromasie und Faserung der Epithelzellen in breiten Condylomen. Arch. für Derm. u. Syph. 1903, т. LXV.
- 58) Ehrmann. Verhandlungen der Wiener dermatologischen gesellschaft. Sitzung vom 22 Januar 1896. Arch. für Derm. u. Syph. 1896. XXXIV.
- 59) Le deuxième congrès international de derm. et de syphilogr. Засѣданіе 7 сентября 1892. Annales de derm. et de syph 1892.
- 60) Гему. Leucomeganodermie syphilitique. Annales de derm. et de syph. 1894.
- 61) Balzer. Syphilide pigmentaire avec stries atrophiques; pathogenie de la syphilide pigmentaire. Annales de derm. et de syph. 1900.
- 62) Legrain. Note sur un cas de syphilide pigmentaire. Тамъ же.
- 63) Tennesson. Vitiligo et syphilis. Annales de derm. et de syph. 1889.
- 64) Marie (Pierre) et Crouzon. Vitiligo et syphilis. Annales de derm. et. de syph. 1902.
- 65) Brissaud et Souques. Disposition métamérique spinale de la syphilide pigmentaire. Semaine Medicale 1901.
- 66) Ehrmann. Des alterations de la peau dans la maladie d'Addison et dans quelques maladies toxiques. Annales de derm. et. de syph. 1901.
- 67) Audry. Note sur la pratique des biopsies. Annales de derm. et de syph. 1896.
- 68) Ивановъ. Къ учению о гистологическомъ строеніи сифилидовъ кожи кондиломатознаго и гумознаго періода. Спб. 1900. Дисс.
- 69) Тереминскій. Матеріалы къ учению о ранней поверхностной сифилитической эритемѣ. Дисс. Спб. 1906.
- 70) Hjelmann. Zur Kenntniss der Persistens der histolog. Gewebsveränderungen bei Syphilis. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1898.
- 71) Giovannini. Ueber die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältniss zu den Veränderungen der Alopecia areata. Monatshefte für praktische Dermatologie. 1893. № 4.



Положенія.

1. Первое точное и полное описание пигментного сифлида; его течения и других особенностей было дано Pilon'омъ, а не Hardy, какъ на это принято обыкновенно указывать въ общепринятыхъ руководствахъ и специальныхъ статьяхъ по сифлису.

2. Горячія сухо-воздушныя ванны представляютъ весьма дѣйствительный способъ удаленія изъ организма избытка ртути и должны находиться въ каждомъ благоустроенномъ отдѣленіи для леченія сифилитиковъ.

3. Уретриты съ вялымъ и безболѣзненнымъ начальнымъ теченіемъ протекаютъ крайне медленно, даютъ частыя рецидивы и обнаруживаютъ склонность къ переходу въ хроническое состояніе.

4. Хлораль-гидратъ—одно изъ лучшихъ снотворныхъ средствъ, могущее употребляться продолжительное время безъ видимаго вреда для организма.

5. Производство сложныхъ хирургическихъ операцій, за исключеніемъ самыхъ неотложныхъ, не должно быть допускаемо въ военно-лечебныхъ учрежденіяхъ передовой боевой линіи.

6. Сифлисы въ заразительномъ періодѣ должны считаться законнымъ поводомъ къ разводу по требованію здороваго супруга.

CURRICULUM VITAE.

Александръ Исидоровичъ Булатниковъ, сынъ чиновника, православнаго вѣроисповѣданія, родился 15 августа 1870 года.

Среднее образованіе началъ во Владикавказской классической гимназій, гдѣ пробылъ 6 лѣтъ, окончилъ въ Тифлисской 2-й гимназій въ 1890 году. Въ томъ же году поступилъ на 1-й курсъ Императорской Военно-Медицинской Академіи. По окончаніи въ ней курса въ 1895 г. лекаремъ съ отличіемъ, былъ опредѣленъ на военно-медицинскую службу младшимъ врачомъ въ 214 Мокшанскій резервный баталіонъ. Въ 1903 году былъ прикомандированъ къ Академіи для усовершенствованія и сдалъ экзамены на степень доктора медицины въ 1903—1904 году. Въ 1904—1905 году участвовалъ въ Русско-японской войнѣ. По возвращеніи съ театра военныхъ дѣйствій, въ 1906—1907 году исполнялъ ординаторскія обязанности въ клиникѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней проф. Т. П. Павлова. Въ настоящее время состоитъ младшимъ врачомъ 97 Лифляндскаго пѣх. полка. Имѣетъ слѣдующія печатныя работы:

1) Къ вопросу объ аппендицитѣ и его леченіи. „Военно-Медицинскій Журналъ“. 1901 г. II.

2) Случай аппендицита. 1901 г. VI.

3) Случай эхинококка промежуточности. Тамъ же. 1902 г. III.

Настоящую работу подъ заглавіемъ „Къ вопросу о патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ при пигментномъ сифлидѣ (leucoderma syphiliticum)“, представляетъ въ качествѣ диссертациі для соисканія степени доктора медицины.