

75-16  
A  
Серія диссерацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ  
Военно-Медицинской Академіи въ 1894—1895 учебномъ году.

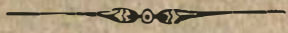
№ 67.

КЪ ВОПРОСУ  
О MYCOSIS FUNGOIDES АЛИБЕРА.

Изъ сыпного отдѣленія Клиническаго военнаго госпиталя.

ДИССЕРТАЦІЯ  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
П. П. Абрамычева.

64113  
Цензорами диссераціи, по порученію Конференціи, были профессора:  
В. М. Тарновскій, К. Н. Виноградовъ и приватъ-доцентъ Ѳ. Н. Трапезниковъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ  
Типографія А. С. Хомскаго и К<sup>о</sup>, Литейный проспектъ, № 43.  
1895.

6/6.5  
A-16

Серія диссерацій, допущенихъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ  
Военно-Медицинской Академіи въ 1894—1895 учебномъ году.

7-НОЯ 2012

№ 67.

33

КЪ ВОПРОСУ  
О MYCOSIS FUNGOIDES АЛИБЕРА.

Изъ сыпного отдѣленія Клиническаго военного госпиталя

ПЕРЕВІРНО  
1936

ДИССЕРТАЦІЯ  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
П. П. Абрамычева.

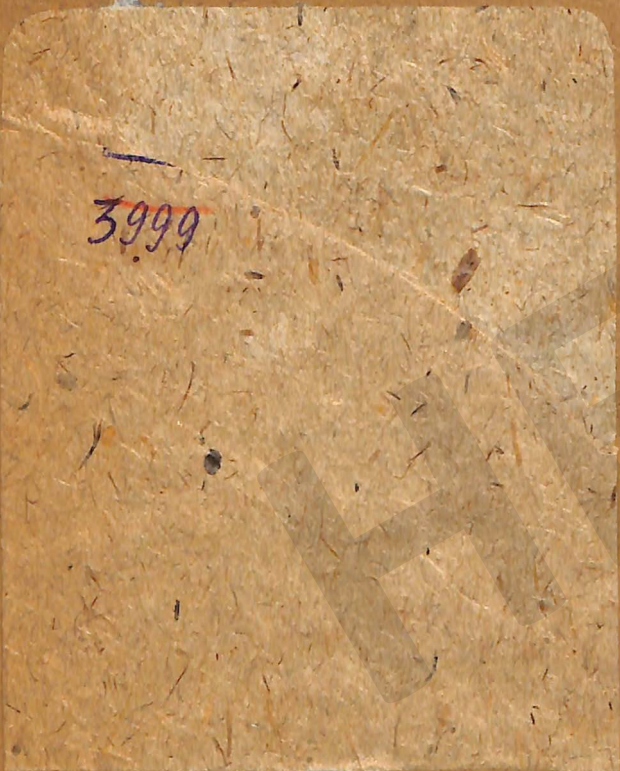
БИБЛИОТЕКА  
Харьковского Медичк. Инст.  
№ 4271  
Инфр

Цензорами диссераціи, по порученію Конференціи, были профессора:  
В. М. Тарновскій, К. Н. Виноградовъ и привать-доцентъ Ѡ. Н. Трапезниковъ.

Инв.  
№ НАУЧНАЯ БИБЛЮТЕКА  
1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ  
Типографія А. С. Хомскаго и К°, Литейный проспектъ, № 43.  
1895.

Переучет  
1866 г.



3999

3999

1914

1950

Переучет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Петра Парменовича Абрамычева под заглавіемъ: „Къ вопросу о *mucosis fungoides* Алябера“ печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы, по отпечатаніи ея, 125 экземпляровъ было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи, а остальные, 375 экземпляровъ—въ Академическую бібліотеку.

С.-Петербургъ, 23 Марта 1895 г.

Ученый Секретарь,

Профессоръ А. Діанинъ.

Въ двадцатыхъ годахъ настоящаго столѣтія французскій дерматологъ Alibert <sup>1)</sup> впервые описалъ особую форму заболѣванія кожи, которую онъ наблюдалъ въ Парижѣ, и далъ ей названіе „*mucosis fungoides*“. Болѣзнь эта еще ранѣе Alibert'a была описана голландскимъ врачомъ Bontius'омъ подъ именемъ „*Rocken ambaunenses*“ и считалась присущей только тропическимъ странамъ, а именно острову Амбоинъ и Молукскимъ островамъ. Bontius описываетъ ее въ слѣдующемъ видѣ. Болѣзнь обнаруживается на одномъ или на нѣсколькихъ участкахъ кожи въ видѣ узловъ. Узлы эти занимаютъ лицо, верхнія и нижнія конечности. Иногда они распадаясь выдѣляютъ густую зловонную жидкость зеленоватаго цвѣта, сильно раздражающую кожу. Различается два періода въ развитіи хода данной болѣзни: въ первомъ періодѣ узлы плотны и тверды, во второмъ же періодѣ узлы эти распадаются въ язвы съ зеленоватаго цвѣта отдѣлимымъ. Узлы иногда покрываютъ всю поверхность тѣла. Въ общемъ болѣзнь эта похожа на венерическую, но причиняетъ меньшую боль и при ней рѣже встрѣчаются экзостозы и вообще всякія пораженія костей, кожа иногда дѣлается до того нечувствительной, что ее можно рѣзать ножомъ не причиняя больному никакой боли.

69113

ИЗДАНИЕ  
НАШЕ

Изъ вышеприведеннаго описанія видно, что подъ названіемъ „*Rosken amboynenses*“ сходили случаи сифилиса (пораженіе костей) и проказы (анестезіи).

Alibert первый въ Европѣ наблюдалъ данное заболѣваніе и какъ уже было упомянуто, далъ ему названіе „*mucosis fungoides*“. Случай описанный Alibert'омъ относится къ жителю окрестностей Парижа нѣкому Lucas, лѣсному сторожу по профессіи, 56 лѣтъ. Болѣзнь началась покраснѣніемъ кожи, затѣмъ спустя нѣкоторое время на различныхъ частяхъ тѣла больного появились маленькіе узелки съ гладкой какъ бы полированной поверхностью, при чемъ окраска ихъ оставалась нормальной, тѣмъ не менѣе нѣкоторые изъ нихъ имѣли слегка коричневатую окраску.

Узелки появились сначала на лицѣ, а потомъ и по всему тѣлу и по фигурѣ своей напоминали шампиньоны и имѣли губчатое строеніе. Форма узловъ или круглая или продолговатая; большая часть ихъ распадалась при чемъ выдѣлялась зеленоватаго или желтоватаго цвѣта жидкость, засыхающая въ корки. Болѣзнь тянулась 5 лѣтъ, не мѣшая больному отправлять его служебныя обязанности, только послѣдніе 7 мѣсяцевъ онъ долженъ былъ провести въ постели и наконецъ умеръ отъ изнурительной лихорадки.

Послѣ Alibert'a на эту болѣзнь особое вниманіе обратили Bazin <sup>2)</sup> Коеbner, которымъ главнымъ образомъ мы и обязаны разработкой клиническаго теченія даннаго заболѣванія \*). Bazin раздѣлилъ теченіе болѣзни на три періода. Первый періодъ, періодъ экзематозный, *stadium exzematosum*, начинается появленіемъ эритематозныхъ круглыхъ, гладкихъ раз-

\*) Картина теченія *mucosis fungoides* изложена по Welker'у и по учебнику Karosi 1893 г.

личной величины пятенъ блѣдно-краснаго цвѣта, раздѣленныхъ участками здоровой кожи, или же пятна сливаясь другъ съ другомъ занимаютъ значительную поверхность кожи. Пятна эти, то исчезаютъ самопроизвольно, оставляя послѣ себя пигментацию и гипертрофію сосочковъ, то появляются снова. Къ концу періода онѣ становятся постоянными принимая иногда характеръ мокнущей экземы. Больные за все это время почти всегда жалуются на зудъ.

II. Періодъ лихинозный — *stadium lichenoides* отличается тѣмъ, что въ теченіи его изъ эритематозныхъ и экзематозныхъ пятенъ, вслѣдствіе значительнаго скопленія клѣточного инфильтрата образуются узлы и бляшки, покрытыя въ центрѣ тонкими чешуйками эпидермиса. Узлы и бляшки часто сливаясь между собою образуютъ круглыя или серповидныя возвышенія отъ блѣдно-розоваго до темно-краснаго цвѣта, шелушащіяся на поверхности подобно *psoriasis*'у, при давленіи на бляшки больной не ощущаетъ чувства боли, иногда въ центрѣ бляшекъ образуются ссадины. Лицо по причинѣ образованія узловъ принимаетъ видъ *facies leontina*, что даетъ возможность по наружному виду смѣшать данное заболѣваніе съ *leontiasis leprosa*.

Besnier соединяетъ два вышеописанные періода въ одинъ и называетъ его *stadium praemycoticum*.

Третій періодъ, періодъ опухолей *stadium mucosifungoides* характеризуется появленіемъ на пораженныхъ мѣстахъ кожи плотныхъ или упруго-эластическихъ, совершенно гладкихъ или бугристыхъ опухолей, сидящихъ на широкомъ основаніи или на болѣе или менѣе длинной ножкѣ, подобно грибамъ. Современемъ опухоли эти въ центрѣ кратерообразно изъ-

являются, образуя сильно гноящіяся, въ большинствѣ случаевъ безболѣзненные язвы. Отдѣльныя опухоли увеличиваются равномерно по всѣмъ направленіямъ, иногда онѣ сливаются между собою, иногда же располагаются группами имѣя въ центрѣ здоровую кожу.

Что же касается продолжительности каждаго періода въ отдѣльности, то она крайне различна; такъ Besnier <sup>3)</sup> сообщилъ случай гдѣ премикотическій періодъ продолжался 17 лѣтъ, у другого его больного экзематозный періодъ тянулся 14 лѣтъ, затѣмъ уже появились микотическія опухоли.

Д-ръ Port <sup>4)</sup> описываетъ слѣдующій случай замѣчательный по своей продолжительности. Больной 36 лѣтъ. Болѣзнь тянется съ пятилѣтняго возраста. Вначалѣ появились слегка выдающіеся узелки, разсыпанные по всему тѣлу, потомъ, когда узелки исчезли появились взамѣнъ ихъ сильно зудящія пятна покрытыя чешуйками. Когда больной достигъ 20-лѣтняго возраста, то кожа его мѣстами утолщенная сильно шелушилась въ видѣ большихъ пластинокъ эпидермиса. При явкѣ къ отправленію воинской повинности онъ былъ признанъ негоднымъ къ службѣ по причинѣ „Ichtyosis“. Шелушеніе распространилось на конечности и на волосистую часть головы, кожа приняла буроокрасный цвѣтъ съ багрянымъ оттѣнкомъ, затѣмъ появились мокнущія бляшки и наконецъ грибовидныя опухоли, особенно въ обильномъ количествѣ на верхнихъ частяхъ тѣла. На верхнихъ же конечностяхъ появились многочисленныя бляшки, покрытыя чешуйками напоминающими psoriasis. Больной умеръ въ 36-лѣтнемъ возрастѣ отъ общаго истощенія. Слѣдовательно болѣзнь тянулась 31 годъ. Съ чѣмъ же можно смѣшать данное заболѣваніе въ начальныхъ періодахъ

его развитія. Выше мы привели случай Port'a гдѣ болѣзнь была принята за ichthyosis, съ другой стороны проф. Pick <sup>5)</sup> сообщилъ такой случай: въ его клинику былъ принятъ больной 53 лѣтъ съ диагнозомъ psoriasis universalis. При мѣстномъ лѣченіи процессъ пошелъ назадъ, но вообще улучшение было незначительное, вскорѣ затѣмъ у этого больного развились опухоли грибообразной формы, имѣвшія типичный характеръ mycosis fungoides.

Въ бывшей клиникѣ проф. Полотебнова имѣется восковой слѣпокъ лица женщины, страдающей довольно рѣзко ограниченными мокнущими бляшками кожи въ области лба и щекъ. Болѣзнь упорно противостояла всякому леченію; это то упорное противодѣйствіе терапевтическимъ средствамъ и дало поводъ предположить, что здѣсь дѣло имѣется не съ обыкновенною экземой. Больная осталась безъ діагноза.

Проф. Veiel <sup>6)</sup> на конгрессѣ дерматологовъ въ Лейпцигѣ представилъ больного 63 лѣтъ, у котораго болѣзнь началась 23 года тому назадъ сухостью и шелушеніемъ кожи. Болѣзнь была принята за ichthyosis. Три года тому назадъ больной поступилъ въ клинику проф. Veiel'я почти весь покрытый бѣлыми чешуйками, сидящими на покраснѣвшемъ основаніи. Болѣзнь была принята за psoriasis съ чѣмъ согласился и проф. Lesser, видѣвшій больного около этого времени. Вслѣдъ затѣмъ у даннаго больного развилась уиорная экзема, а также и опухоли, которыя и выяснили натуру даннаго заболѣванія.

Проф. Doutrelepont на IV конгрессѣ въ Лейпцигѣ сообщилъ, что онъ наблюдалъ больного у котораго обиліе чешуй было такъ велико, что при первомъ взглядѣ болѣзнь можно было принять за psoriasis

universalis, и только послѣ многихъ ваннъ можно было различить фунгозный характеръ выступающихъ узловъ и легкую инфильтрацію.

Въ экзематозномъ періодѣ *mucosis*'а, когда уже по мнѣнію Philippson'а начинаетъ образовываться гранулема, но когда еще нѣтъ ясно выраженныхъ опухолей, то данную болѣзнь легко смѣшать съ хронической экземой, такъ какъ на мѣстахъ занятыхъ болѣзненными измѣненіями также замѣчаются утолщенія кожи, пигментация и экскориации вслѣдствіе зуда; вмѣстѣ съ этимъ и опуханіе железъ.

D-r Albert Wölkers <sup>1)</sup> описалъ случай *mucosis*'а у 70—лѣтняго старика. Процессъ начавшійся 4 года назадъ, вначалѣ былъ принятъ за *psoriasis* (больной лечился у д-ра Werner'а въ Мюнхенѣ) затѣмъ три года спустя у больного стали развиваться опухоли, но и при наличности этихъ данныхъ діагнозъ колебался между сифилисомъ карциномой и саркомой и только при дальнѣйшемъ наблюденіи былъ выясненъ характеръ даннаго заболѣванія.

Больной, котораго я наблюдалъ въ клиникѣ проф. Полотебнова, исторію болѣзни котораго я приведу ниже, представленный въ засѣданіи дерматологической секціи на послѣднемъ съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Пирогова не былъ признанъ какъ страдающій *mucosis fungoides*, хотя между членами секціи были и такіе, которые наблюдали и видѣли заболѣваніе этого рода. Больной былъ демонстрированъ въ экзематозной и лишенозной стадіяхъ, а потому нѣкоторые изъ членовъ секціи и высказали предположеніе, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ *pityriasis rubra*, осложненномъ экземой, но не прошло и двухъ недѣль какъ у больного стали раз-

виваться опухоли въ быстро возрастающемъ количествѣ. Нѣкоторые изъ членовъ секціи, отрицавшіе ранѣе микотическій характеръ даннаго случая, увидѣвши больного въ такомъ состояніи, безъ колебанія высказались въ пользу того, что въ данномъ случаѣ мы несомнѣнно имѣемъ дѣло съ *mucosis fungoides*.

Время отъ начала заболѣванія *mucosis fungoides* до летальнаго исхода крайне различно; такъ въ случаѣ проф. Veiel'я болѣзнь продолжалась 23 года и больной чувствовалъ себя довольно сносно.

Съ другой стороны Neuman <sup>8)</sup> сообщилъ случай, гдѣ смерть наступила 4 мѣсяца спустя послѣ появленія опухолей. Чѣмъ скорѣе наступаетъ распаданіе опухолей, тѣмъ скорѣе и печальный исходъ болѣзни. Изъ вышеприведеннаго видно, что діагносцировать *mucosis fungoides* въ начальномъ его періодѣ является дѣломъ не легкимъ.

Наличность премикотического періода есть явленіе не постоянное. Такъ Капозі истиннымъ началомъ болѣзни признаетъ только стадіи инфильтраціи. Вообще онъ различаетъ три типа этой болѣзни: въ I типѣ, вначалѣ экзема, которая можетъ сопровождаться сильнымъ зудомъ; часто лишь съ годами эти экзематозныя пятна возвышаются, дѣлаются глянцевитыми поверхность ихъ въ центрѣ возвышается и такимъ образомъ образуютъ узелки. Съ теченіемъ времени пятна то исчезаютъ, то появляются вновь. Затѣмъ появляются опухоли на ранѣе заболѣвшихъ мѣстахъ или же и на здоровой кожѣ. Наконецъ наступаетъ изъязвленіе узловъ, истощеніе больного и смерть.

Во II типѣ нѣтъ первоначальной экземы, а появляются прямокрасныя urticario—образныя пятна на которыхъ затѣмъ развиваются узлы, впоследствии переходящіе въ опухоли.

III типъ когда на здоровой кожѣ появляются большія опухоли. Последняя разновидность особенно разработана Vidal-Brock'омъ подъ именемъ mycosis fungoides d'embleé. Данная форма отличается отъ обыкновеннаго mycosis'a тѣмъ, что здѣсь измѣненія рѣзче ограничены, не такъ диффузны какъ при первой формѣ, не генерализуются и ограничиваются только одной или нѣсколькими опухолями.

Болѣзнь протекаетъ тѣмъ упорнѣе, чѣмъ число опухолей меньше. Здѣсь никогда не наблюдается ни лихинозной, ни экзематозной стадіи.

Такимъ образомъ въ организмѣ больного существуетъ какой-то X., подготовляющій кожу къ образованию опухолей, въ другой же формѣ заболѣванія этотъ X. отсутствуетъ и опухоли появляются первично.

Выше мы привели случаи гдѣ премикотическій періодъ болѣзни смѣшивался съ другими заболѣваніями, въ періодъ же опухолей кромѣ сифилиса, саркомъ и карциномъ Wölkers допускаетъ возможность смѣшать микотическіе узлы съ заболѣваніями кожи при diabetes mellitus, а также и съ санными узлами. Узлы mycosis'a не ограничиваются одной кожей такъ Landozî нашель ихъ въ мозгу въ бронхіальныхъ и медиастинальныхъ железахъ. Dühring въ мочевомъ пузырьѣ. Auspitz находилъ многочисленныя узелки въ dura mater. Что же это за заболѣваніе, гдѣ мѣсто его въ патологій? на этотъ вопросъ въ данное время положительнаго отвѣта нѣтъ. Такъ Besnier высказывается прямо, что истинная натура mycosis fungoi-

des еще не опредѣлена, и что никто еще въ данное время не можетъ сказать о немъ послѣдняго слова.

H. Koenner <sup>9)</sup> на основаніи микроскопическаго строенія опухолей, появляющихся въ послѣднемъ періодѣ болѣзни относитъ mycosis fungoides къ разряду грануляціонныхъ опухолей Virchow'a, съ чѣмъ согласенъ и самъ Virchow.

Funk <sup>10)</sup> принимаетъ mycosis fungoides за особый видъ sarcomatosis cutis указывая въ то же время и на различіе этихъ заболѣваній. По его изслѣдованіямъ при mycosis процессъ начинается въ сосочковомъ слоѣ, при sarcomatosis же cutis—въ подсосочковомъ слоѣ.

Philippson <sup>11)</sup> смотритъ на mycosis, какъ на грануляціонныя опухоли, которыя происходятъ изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ и вполне сформированныя опухоли представляютъ картину быстро растущихъ соединительно тканыхъ новообразованій.

Naether <sup>12)</sup>, опираясь на различный характеръ клѣтокъ образующихъ опухоли, называетъ это страданіе granuloma sarcomatodes.

Auspitz <sup>13)</sup> основываясь на микроскопическомъ строеніи и наружномъ видѣ опухолей, предложилъ названіе „granuloma fungoides“.

Karosi <sup>14)</sup> причисляетъ mycosis fungoides къ группѣ кожныхъ заболѣваній, которыя онъ называетъ саркоидныя опухоли (sarcóide Geschwulste),

Hardy <sup>15)</sup> принимая во вниманіе экзематозныя и лихинозныя явленія при данномъ заболѣваніи принимаетъ его за „darte dégénérée“.

VydaI <sup>16)</sup> Brock <sup>17)</sup> и Siredey <sup>18)</sup> считаютъ что, mycosis fungoides по своему гистологическому стро-

енію есть особая форма заболѣванія, приближающаяся къ гранулемамъ и къ миксоиднымъ саркомамъ.

Oscar Simon <sup>19)</sup> полагаетъ, что опухоли есть результатъ злокачественной пролифераціи соединительной ткани при хронической экземѣ и псориазисѣ.

Ranvier, Gilbat, Gaillard, Landouzi относятъ *mucosis fungoides* къ группѣ заболѣваній, описываемымъ подъ именемъ „*Lymphadenie cutanée*“, близко стоящихъ къ лейкемическимъ или псевдолейкемическимъ опухолямъ.

Чѣмъ же объяснить, что столь выдающіеся авторитеты какъ Ranvier и Virchow пришли къ различнымъ выводамъ относительно сущности даннаго заболѣванія, какъ не тѣмъ, что въ рукахъ данныхъ изслѣдователей были объекты не одинаковаго заболѣванія. Такъ на примѣръ Ранвье изслѣдовалъ гистологически случай Landouzi, микотическая натура котораго нѣкоторыми авторами отрицается (Lederman).

Ставши моднымъ вопросомъ *mucosis fungoides* принимался тамъ гдѣ его и не было. Обиліе разнообразія клиническихъ картинъ *mucosis'a* даваемыхъ новѣйшими авторами, такъ разнообразно, что Wölkers былъ вполне правъ сказавши, что „теченіе *mucosis'a* на столько разнообразно, что слѣдуетъ описывать каждый случай отдѣльно.“

Очевидно, что Wölkers могъ придти къ подобному заключенію, только на основаніи вышеприведенныхъ причинъ.

Чтобы не быть голословнымъ я приведу случай Hallopeau, <sup>20)</sup> представившимъ на дерматологическомъ конгрессѣ въ 1889 году больного подъ рубрикой атипическаго *mucosis fungoides*. Даннаго больного Hal-

lopeau въ Апрѣлѣ 1887 года на своихъ лекціяхъ разбиралъ какъ „*lichen miliaire scarlatiniforme*“.

Только гистологическія изслѣдованія поколебали мнѣніе Hallopeau, и онъ, затрудняясь подвести страданіе къ какой нибудь извѣстной уже группѣ кожныхъ заболѣваній, путемъ исключенія представилъ на конгрессѣ больного какъ страдающаго скарлатинообразной формой *mucosis'a fungoides*.

Не смотря на вѣскія возраженія Капозі и Schiff'a процессъ былъ признанъ за *mucosis fungoides* въ атипической формѣ. Защитники Hallopeau Besnier и Vidal опирались главнымъ образомъ на увеличеніе желѣзъ у представляемаго больного. Разъ появились атипическія формы, то тѣмъ самымъ дается широкій просторъ уклоненіямъ отъ описаній *mucosis'a*, которыя дали намъ Alibert, Basin и Koebner. Кстати сказать больные описываемые данными авторами не страдали увеличеніемъ железъ, и увеличеніе железъ какъ діагностическій признакъ при *mucosis fungoides* есть наблюденіе позднѣйшихъ авторовъ, преимущественно французскихъ.

Чтобы примирить эти противорѣчія Touton (цитировано по Wölkers'у) высказываетъ возможность здѣсь установить такое взаимное соотношеніе, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кожа особенно сильно поражена селезенка и лимфатическія железы менѣе измѣнены или же наоборотъ.

Гистологическія изслѣдованія также не рѣшаютъ вопроса. Такой опытный гистологъ какъ Paltauf <sup>21)</sup> изслѣдуя 3 случая *mucosis'a fungoides* пр. Капозі допускаетъ возможность въ 1-мъ случаѣ признать лимфосаркому, во 2-мъ саркому и наконецъ въ 3-мъ псевдолейкемію.

Veiel<sup>22)</sup>, Lederman и Naether<sup>23)</sup> находятъ эпидермисъ значительно инфильтрированнымъ и глубоко вдающимся въ кожу; на высотѣ процесса онъ оказывается совершенно распавшимся. Особенно бросается въ глаза густая инфильтрація сосочковаго слоя и верхнихъ частей подсосочковаго круглыми клѣточками, какъ это бываетъ при воспалительныхъ процессахъ; оттого пр. Geber и высказалъ свое мнѣніе, что процессъ *mucosis*'а носить чисто воспалительный характеръ. Инфильтратъ лежащій въ сосочковомъ слоѣ вдаётся мѣстами въ глубину и отчасти входитъ въ подкожную клѣтчатку. Вокругъ железъ и сосудовъ замѣчаютъ отдѣльныя скопленія клѣтокъ, образующихъ гнѣзда. Сальные и потовыя железы и волосяныя мѣшки совершенно атрофированы, капилляры и мелкіе кровеносные сосуды расширены *adventitia* послѣднихъ теряетъ свой соединительно тканый характеръ и принимаетъ видъ грануляціонной ткани. Вмѣстѣ съ круглыми клѣтками замѣчается также и размноженіе веретенообразныхъ, а между ними замѣчаются еще сильно зернистыя упитанныя клѣтчатки; впрочемъ Riehl совершенно отрицаетъ присутствіе послѣднихъ.

Лимфатическая система почти вовсе не принимаетъ участія въ процессѣ. Другіе же наблюдатели какъ напр. Philippson,<sup>24)</sup> Paltauf—находили, что между клѣтками мальпигіева слоя замѣчается большое количество лимфатическихъ клѣтокъ, которыя не образуютъ гнѣзда, а неправильно разсѣяны; клѣтки зернистаго слоя являются болѣе плоскими. Между клѣтками клѣточного инфильтрата въ сосочковомъ слоѣ попадаются кучки небольшихъ частью кубическихъ, частью многоугольныхъ клѣтокъ съ небольшимъ количествомъ протоплазмы, ядра ихъ сильно бугристы,

клѣтки во многихъ мѣстахъ отдѣлены ясно одна отъ другой, и отъ нихъ идутъ отростки, которые анастомозируясь между собою образуютъ родъ *reticulum*.

Далѣе Paltauf, на основаніи своихъ гистологическихъ изслѣдованій приходитъ къ слѣдующему заключенію. „Такъ какъ *mucosis fungoides* сопровождается иногда увеличеніемъ лимфатическихъ железъ и лейкемическими свойствами крови, то въ этихъ случаяхъ его можно признать за *Lymphadenie cutanée*, тѣмъ болѣе, что тогда микроскопическое строеніе микотическихъ опухолей показываетъ, что они состоятъ изъ круглыхъ клѣтокъ съ овальными ядрами. Клѣтки эти прежде всего скопляются вокругъ сосудовъ и железъ“.

Причина *mucosis fungoides* также не выяснена. Perrin, Hammer, Filden находили въ опухоляхъ *mucosis*'а микрококковъ. Schiff открылъ въ нихъ стрептококковъ и получилъ ихъ чистыя культуры, которыя онъ и прививалъ въ кожу головы кошекъ, при чемъ получалъ плотные инфильтраты съ грануляціонными поверхностями.

Но, по мнѣнію Koebner'а вышеупомянутые микроорганизмы могли проникнуть въ ткань опухолей и послѣ некротическаго распада ихъ поверхностей. Самъ Koebner никогда не могъ найти микроорганизмовъ въ неизъязвившихся узлахъ.

Unna<sup>25)</sup> находилъ самыхъ разнообразныхъ микроорганизмовъ преимущественно въ изъязвившихся опухоляхъ. Нѣкоторые микробы находились только на поверхности и, по мнѣнію Unna, способствуютъ ихъ прогрессивному изъязвленію. Другіе же, бациллы и кокки пронизываютъ всю толщу опухолей собираясь иногда въ громадныя кучи, безъ всякаго однако

вреда для опухолей. Наконецъ третьи въ существѣ опухоли образуютъ вокругъ себя некробіотическіе очаги въ которыхъ теряется всякая структура. Въ общемъ изъязвленіе опухолей Unna объясняетъ вѣдреніемъ извѣгноеродныхъ кокковъ.

Robert Wernike (цитировано по Wölkers'y) въ Буеносъ-Айресѣ съ большою положительностью утверждаетъ, что въ одномъ случаѣ *mucosis fungoides* онъ нашель protozoa, круглой формы, желтоватой окраски, въ которыхъ легко было отличить наружную похожую на хитинъ оболочку и зернистое содержимое. Съ другой стороны не менѣе извѣстные изслѣдователи какъ то Dönitz, Lassar, Lederman, Koebner, Marianelli, Völkers, Doutrelepont не смотря на все стараніе не находили микроорганизмовъ.

Что же касается леченія при *mucosis fungoides*, то оно почти совершенно бесплодно. Послѣ того какъ Koebner <sup>26)</sup> сообщилъ случай излеченія саркомы посредствомъ подкожныхъ впрыскиваній мышьяка, стали примѣнять это средство и при леченіи *mucosis fungoides*. Тотъ же Koebner описалъ случай когда послѣ подкожныхъ впрыскиваній мышьяка всѣ опухоли всосались.

Пр. Doutrelepont совѣтуетъ энергичное леченіе мышьякомъ, и если бы оно оказалось бесполезнымъ, то принимать внутрь карболовую кислоту и кромѣ того продолжительныя ванны.

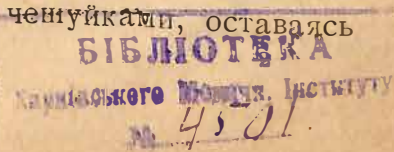
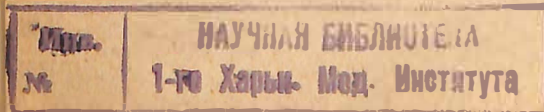
Пр. Neuman <sup>27)</sup> сообщилъ два случая *mucosis'a*, въ которыхъ послѣ подкожнаго впрыскиванія мышьяка всѣ экзематозныя пятна и папулезныя высыпи исчезли, но вскорѣ затѣмъ начали быстро распространяться вновь. Veiel видѣлъ нѣкоторую пользу отъ примѣненія хризоробина въ видѣ 5% мази. Наконецъ

въ качествѣ мѣстнаго средства Besnier предложилъ *Naphthol-Camphrae*.

До сихъ поръ въ Россіи описаны только два случая *mucosis'a* профессоромъ Стуковенковымъ (Докладъ на III съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Пирогова) и прив.-доц. Э. К. Трапезниковымъ (М. Dàmblée). (См. протоколы засѣданія русскаго Дермот. и Сифил. общества 1892 г.).

Перехожу къ случаю, который я наблюдалъ въ клиникѣ проф. Полотебнова.

16-го октября 1893 года въ дерматологическую клинику пр. Полотебнова былъ принятъ запасный рядовой Прокофій Григорьевъ, 37-ми лѣтъ. Больной уроженецъ Ярославской губерніи. Романово-Борисоглѣбскаго уѣзда, села Горинскаго; женатъ, имѣетъ одну дочь 14 лѣтъ. Двое другихъ дѣтей умерли на 1-мъ году жизни. Больной въ дѣтскомъ возрастѣ уѣхалъ съ родины и съ тѣхъ поръ былъ тамъ только одинъ разъ (ѣздилъ на призывъ къ отбыванію воинской повинности). Зачисленный въ военную службу, онъ служилъ въ Кронштадтѣ, въ Самарскомъ полку. По окончаніи службы, больной поселился въ Петербургѣ, гдѣ и проживалъ все остальное время, занимаясь столярнымъ ремесломъ. Ранѣе никакими тяжелыми болѣзнями не страдалъ: сифились отрицаетъ. Мать больного страдала какими-то язвами на ногахъ; отецъ совершенно здоровъ. Начало своей болѣзни больной относитъ къ концу 1889 и началу 1890 года. Болѣзнь началась сильнымъ зудомъ, сначала на нижнихъ конечностяхъ, затѣмъ и по всему тѣлу; зудъ продолжался нѣсколько мѣсяцевъ. Затѣмъ, преимущественно на разгибательныхъ поверхностяхъ, кожа стала покрываться бѣловатаго цвѣта чешуйками, оставаясь



приблизительно нормальной. Вскорѣ затѣмъ стали появляться синевато-багроваго цвѣта бляшки утолщенной кожи. Участки между бляшками утолщенной кожи, бывшіе раньше нормальнаго цвѣта, начинаютъ краснѣть и все болѣе и болѣе шелушиться; шелушеніе, все усиливаясь, наконецъ достигаетъ той степени развитія, въ какой оно представилось въ день поступления больного въ клинику. Окраска кожи тоже становится все болѣе и болѣе мѣдно-красной.

Просуществовавъ нѣкоторое время, бляшки утолщенной кожи начинаютъ мокнуть; затѣмъ мокнутие прекращается и, взявъ его, наступаетъ шелушеніе. Впервые бляшки появились на верхнихъ конечностяхъ. Въ первый разъ больной пришелъ на амбулаторный пріемъ въ клинику въ 1890 году съ нѣсколькими рѣзкоограниченными слегка уплотненными синевато-багроваго цвѣта бляшками величиною до полтинника; нѣсколько такихъ бляшекъ было разбросано на спинѣ и на правомъ плечѣ. Рѣзкихъ измѣненій со стороны чувствительности въ области бляшекъ не замѣчено. Былъ поставленъ діагнозъ „Lepra“ подъ знакомъ вопроса. 16-го января 1893 года больной былъ принятъ въ клинику со слѣдующими явленіями со стороны кожи.

### Голова.

Волось на черепѣ почти нѣтъ, они, въ видѣ отдѣльныхъ клочковъ, встрѣчаются только на вискахъ, да на затылочной области. Ранѣе у больного была обильная растительность. Цвѣтъ кожи мѣдно-красный съ синеватымъ оттѣнкомъ. Шелушеніе въ видѣ довольно большихъ плотно сидящихъ листковъ эпидермиса. На лѣвой височной области нѣсколько толстыхъ грязновато-желтаго цвѣта корокъ, по отдѣленіи которыхъ обнаруживается мокнущая, слегка кровоточащая поверхность. На щекахъ окраска кожи нѣсколько блѣднѣе чѣмъ на лбу; въ этихъ областяхъ разбросаны синевато-багроваго цвѣта шелушащіяся бляшки утолщенной кожи, наибольшая изъ нихъ достигаетъ величины полтинника. Бляшки довольно рѣзко ограничены, мѣстами же онѣ сливаются другъ съ другомъ. Утолщеніе же бляшекъ не на всѣхъ одинаково: чѣмъ интенсивнѣе окраска, тѣмъ утолщеніе больше. Носъ окрашенъ значительно слабѣе другихъ частей лица; онъ лоснится, какъ бы покрытый лакомъ. Въ области бровей кожа равномернo утолщена, нѣсколько плотна на ощупь, совершенно лишена волось. Въ носо-щечныхъ складкахъ зеленовато-желтаго цвѣта плотно сидящія корки. На правой половинѣ верхней губы волось почти нѣтъ, на лѣвой они очень рѣдки. Подбородокъ синевато-краснаго цвѣта, лишень волось. Ушные раковины окрашены не равномернo, въ верхней части онѣ мѣдно-краснаго цвѣта, въ нижней значительно блѣднѣе. На

мочкахъ зеленовато-желтаго цвѣта плотно сидяшія корки, за ушными раковинами довольно глубокиа трещины. По всей темянной и затылочной областяхъ разбросаны зеленовато-желтаго цвѣта плотно сидяшія корки, по отдѣленіи которыхъ обнаруживаются слегка кровотоцашія ссадины величиною до четвертака. На задней и на боковыхъ поверхностяхъ шеи синевато-багроваго цвѣта шелушащіяся бляшки утолщенной кожи. На правой темянной кости воронкообразное вдавленіе величиною съ четвертакъ; вдавленіе это, по словамъ больного, произошло вслѣдствіе ушиба лошадыю еще въ дѣтствѣ.

#### Передняя поверхность туловища.

Кожа мѣдно-краснаго цвѣта въ различныхъ мѣстахъ не одинаковой интенсивности, сильно шелушится. Въ области лѣвой грудной мышцы двѣ плотно сидяшія на своемъ основаніи корки зеленовато-грязнаго цвѣта. Въ области живота разбросаны корки того же характера въ количествѣ 7-ми штукъ. По линіи, проведенной отъ середины правой ключицы къ *spina anterior superior ossis ischiі* той же стороны, тянется рядъ синевато-багроваго цвѣта бляшекъ, достигающихъ величиною до серебрянаго рубля. Въ области бляшекъ кожа утолщена, на ощупь она довольно плотна, шелушится нѣсколько обильнѣе чѣмъ остальные участки кожи; границы бляшекъ довольно рѣзки, цвѣтъ синебагровый. Грудные соски значительно припухли и выстоять въ видѣ пирамидокъ, при давленіи на нихъ нѣсколько болѣзненны.

#### Спина.

Цвѣтъ кожи мѣднокрасный, она дрябла, лишена обычной упругости, собирается въ мелкія складки. Въ верхней части спины обильное шелушеніе въ видѣ пластинокъ, величиною въ ноготь, въ нижней оно нѣсколько меньше. По всей области спины разбросаны грязновато-желтаго цвѣта корки величиною до полтинника; по удаленіи корокъ обнаруживаются или кровотоцашія ссадины, или же поверхностное изъязвленіе. Кожа нижнихъ конечностей синевато-багроваго цвѣта, а на голеняхъ и на стопахъ она принимаетъ цвѣтъ чугуна. По всей поверхности нижнихъ конечностей, а также и на ягодицахъ разбросаны зеленовато-желтаго цвѣта плотно сидяшія корки съ подлежащими глубокими ссадинами. Около *anus* съ лѣвой стороны язва, величиною въ полтинникъ, съ нѣсколько углубленнымъ дномъ, возвышенными краями и съ нѣкоторымъ уплотнѣніемъ въ основаніи. Незначительное серозно-гнионое отдѣлимое. Кожа верхнихъ конечностей, буровато-краснаго цвѣта, сильно шелушится. Здѣсь въ значительномъ количествѣ разбросаны синевато-багроваго цвѣта рѣзко ограниченныя бляшки утолщенной кожи. На тыльной поверхности лѣвой кисти масса бородавокъ. На пальцахъ рукъ и на ладоняхъ окраска кожи почти нормальная. Ногти не измѣнены. На подошвахъ кожа синевато-краснаго цвѣта испещрена въ различныхъ направленіяхъ массою бородавокъ. Шелушеніе здѣсь незначительно. Со сто-

роны слизистых оболочек слѣдующія явленія: конъюнктивы вѣкъ сильно гиперемированы, окраска слизистой оболочки полости рта, представляется нѣсколько гиперемированной, особенно на мягкомъ небѣ. Языкъ покрытъ опаловиднымъ налетомъ, который по краямъ ограничивается яркокраснаго цвѣта рѣзко ограниченной каймой. Въ общемъ, кожа больного prima visu представляла собою картину psoriasis universalis. Больной средняго роста и довольно крѣпкаго тѣлосложенія. Въ общемъ, чувствуетъ себя довольно хорошо. Испражненіе и мочеиспусканіе правильны. Со стороны внутреннихъ органовъ никакихъ измѣненій не найдено, железы не увеличены. Отношеніе бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ не нарушено.

Въ виду продолжительнаго пребыванія больного въ клиникѣ, а также въ виду однообразнаго теченія заболѣванія, я приведу исторію болѣзни въ общихъ чертахъ ея.

#### Ноябрь и декабрь.

На спинѣ и на нижнихъ конечностяхъ появляются новые синевато-багроваго цвѣта инфильтраты, величиною до серебряннаго рубля. Мѣстами, эти бляшки, вслѣдствіе тѣснаго соприкосновенія одной съ другой, образуютъ какъ бы одну сплошную поверхность, но другъ съ другомъ окончательно не сливаются. Границы вновь появляющихся инфильтратовъ болѣе рѣзки, чѣмъ при инфильтратахъ болѣе ранняго происхожденія. Дальнѣйшее измѣненіе въ области бляшекъ было слѣдующее: кожа начинаетъ нѣсколько припухать,

дѣлается на ощупь какъ бы тѣстоватой, затѣмъ шелушеніе на бляшкахъ уменьшается и, взамѣнъ его, появляется выпоть, который и засыхаетъ въ зеленовато-желтаго цвѣта корки, по отдѣленіи которыхъ обнаруживаются или ссадины, или же язвенная поверхность съ незначительнымъ отдѣлимимъ; заживленіе происходитъ или съ образованіемъ рубца, или же безъ такового. Инфильтраты появлялись какъ на новыхъ мѣстахъ, такъ и въ области ранѣ бывшихъ. Шелушеніе усиливается, интенсивность окраски тоже. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ инфильтраты всасывались, оставляя послѣ себя багрово-синяго цвѣта окраску и болѣе обильное шелушеніе.

#### Январь и февраль.

Дно не зажившихъ язвъ начинаетъ возвышаться, отдѣлимое становится меньше. Поверхность дна покрывается папиллярными разращеніями. Въ нѣкоторыхъ же язвахъ наоборотъ—начинаютъ возвышаться края, они какъ бы припухаютъ и выворачиваются кнаружи, дѣлаются ярко-красными. Далѣе, дно язвъ, какъ бы выширяемое снизу, возвышается надъ своими краями и получается образованіе чрезвычайно напоминающее шляпку бѣлаго гриба. Особенно обильно развитіе язвъ въ области правой лопатки. Здѣсь же ранѣ другихъ началось возвышеніе дна язвъ. Къ концу января у нижняго угла правой лопатки уже была опухоль, величиною съ куриное яйцо, возвышающаяся надъ уровнемъ кожи на  $1\frac{1}{2}$  поперечныхъ

пальца. Опухоль сферической формы, на ощупь мягковатая, при давлении безболѣзненна, поверхность ея покрыта папиллярными разраженіями съ незначительнымъ серозно-гнойнымъ отдѣлимымъ. Между тѣмъ, новые синевато-багроваго цвѣта инфильтраты все продолжаютъ появляться, но не достигаютъ уже прежней величины и увеличиваются уже не по плоскости, а болѣе въ глубину, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ ихъ можно было прощупать какъ бы вколоченными чрезъ всю толщу кожи и подкожной клѣтчатки. Таковыя образованія быстро переходятъ въ распадъ и даютъ язвы, принимающія вышеописанное теченіе.

Въ началѣ феврала по периферіи наибольшей опухоли у нижняго угла правой лопатки появился рядъ новыхъ инфильтратовъ, быстро переходящихъ въ распадъ, нѣкоторые же изъ этихъ инфильтратовъ, не распаваясь, начинаютъ какъ бы выпираться снизу, вслѣдствіе чего получается сферической формы образованіе, величиною до грецкаго орѣха. Такія образованія на ощупь нѣсколько плотнѣе тѣхъ, которыя образовались чрезъ разрастаніе дна изъязвившихся инфильтратовъ. Данные образованія, въ видѣ ожерелья, окружали наибольшую опухоль у нижняго угла правой лопатки, тѣсно къ ней примыкая; затѣмъ, какъ главная опухоль, такъ и тѣсно къ ней примыкающія начинаютъ на своей вершинѣ распадаться, вслѣдствіе чего получились кратерообразныя язвы съ неровнымъ дномъ, покрытымъ гангренознымъ, нестерпимо пахнущимъ налетомъ. Силы больного стали падать. Появилась лихорадка. 15-го феврала больной былъ переведенъ въ хирургическую клинику пр. М. С. Субботина для производства операціи. 19-го феврала проф. Субботинъ двумя дугообразными разрѣзами удалилъ изъ

области правой лопатки вплоть до фасціи участокъ кожи, занятый опухолью, длиною 20 см. и шириною 18 см. Наложены швы. На внутренней поверхности удаленнаго участка кожи, соотвѣтственно опухольямъ на наружной поверхности, составляя какъ бы ихъ продолженіе, выдѣляются сферической формы возвышенія, величиною съ половину грецкаго орѣха; возвышенія эти рѣзко ограничены. Такимъ образомъ, опухоли прорастали всю толщу кожи и подкожной клѣтчатки, на подобіе вбитаго въ дерево гвоздя, причеиъ новообразование рѣзко отграничивалось отъ здоровой ткани.

24-го феврала больной былъ переведенъ обратно въ сыпное отдѣленіе въ слѣдующемъ состояніи. Кожа суха, жестка, красновато-фіолетоваго цвѣта, шелушеніе достигло наивысшаго развитія; на лѣвой половинѣ туловища масса язвъ, величиною до серебряннаго рубля, съ вывороченными краями и съ грязновато-сѣрымъ распадомъ въ центрѣ. Въ первыхъ числахъ марта, обильное развитіе синевато-багроваго цвѣта инфильтратовъ, которые чрезъ 2—3 дня переходили въ распдающіяся опухоли, издающія нестерпимый запахъ. Изъ лѣвой ноздри серозно-гнойное истеченіе, лѣвое носовое отверстіе расширено, оно какъ бы распирается изнутри. На мягкомъ небѣ, занимая также и основаніе язычка синевато-багроваго цвѣта, довольно рѣзко ограниченная припухлость, упруго-эластической консистенціи.

Число опухолей, по большей части распадающихся 7-го марта.

На лицѣ . . . . .	25
На волосистой части головы . . . . .	17
На туловищѣ . . . . .	138
На правой верхней конечности . . . . .	37
На лѣвой . . . . .	28
На правой нижней конечности . . . . .	47
На лѣвой . . . . .	53
На подошвахъ . . . . .	15

Итого . . 360

12-го марта. Съ больнымъ былъ обморокъ. Съ 12 по 24-е громадное развитіе новыхъ, быстро переходящихъ въ распадъ, опухолей. Количество ихъ такъ велико, что нѣтъ возможности сосчитать. Больной сильно ослабъ. Съ нимъ дѣлаются часто обмороки.

Съ 24 по 27-е. Бредъ и безсознательное состояніе. 28-го въ 5½ часовъ дня больной скончался.

Что касается терапіи даннаго случая, то она распадается на мѣстную и общую. Мѣстное леченіе состояло изъ ежедневныхъ ваннъ и согрѣвающихъ компрессовъ изъ 3% раствора борной кислоты, что приносило больному значительное облегченіе. Явленія со стороны кожи также улучшались особенно въ экзематозномъ періодѣ. Ссадины быстро заживали, шелушеніе уменьшалось и больной не ощущалъ непріятнаго чувства стягиванія кожи. Naphlol-Samphraè, предложенный французскими авторами, не оправдалъ своей рекомендаціи; даже въ 1,2% растворѣ онъ вызывалъ чувство жженія и окрашивалъ мочу въ зеленоватый

цвѣтъ, вызывая при этомъ слѣды бѣлка. Вслѣдствіе чего онъ и былъ оставленъ. Что же касается язвъ, то таковыя перевязывались 3% растворомъ карболовой кислоты, присыпались jodol'омъ и іодоформомъ; даже послѣдній не заглушалъ отвратительнаго запаха распадающихся язвъ. Общее леченіе состояло, кромѣ укрѣпляющей діеты, изъ назначенія мышьяка; сначала въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній Natrium arsenicosum, а затѣмъ, когда инъекціи стали затруднительными, вслѣдствіе обильнаго пораженія кожи, то Natrium arsenicosum, былъ замѣненъ азіятскими пилюлями по ½ грана въ каждой; таковыя больной и принималъ и, постепенно повышая дозу, доходилъ до 6 пилюль въ сутки. Впрочемъ, дачу пилюль иногда приходилось прерывать, въ силу частаго разстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала. Самочувствіе больного вначалѣ было хорошо, за послѣднее же время жизни больной жаловался на чувство боли и ссадинѣ въ областяхъ пораженной кожи, особенно при лежаніи. Колебанія въ вѣсѣ незначительны; наблюдалось даже повышеніе вѣса: такъ, 20 ноября вѣсъ тѣла былъ 147 фунтовъ, а 13 января 150 ф. Бѣлка въ мочѣ не наблюдалось, кромѣ того времени, когда примѣнялся Naphfol-Samphres. Удѣльный вѣсъ мочи колебался отъ 1,006 до 1,015. Количество—890—1500 куб. с.; реакція слабо-кислая. Температура носила интермитирующій характеръ maximum 39,9 — minimum 36,5.

№ 70.

**Протоколь вскрытія.**

28 марта 1894 г.

Запасный рядовой Прокофій Григорьевъ 37 л.,  
поступилъ въ госпиталь 16 октября 1893 г., а умеръ  
27 марта 1894 года.

*Mycosis fungoides.*

По всей кожѣ безчисленное количество узловъ,  
сидящихъ въ толщѣ ея; одни узлы кругловатые съ  
сохранившейся утонченной кожицей, другіе болѣе пло-  
скіе, овальной фѣрмы, на поверхности изъязвлены,  
покрыты гангренознымъ струпомъ; въ разрѣзѣ узлы  
оказываются мясистой консистенціи, похожи на рыбе  
мясо; большинство узловъ въ глубокой части блѣдно-  
краснаго цвѣта, въ поверхностной—темнокраснаго, нѣ-  
которые изъ нихъ имѣютъ на разрѣзѣ какъ бы кли-  
новидную фѣрму съ широкимъ основаніемъ кнаружи;  
многіе узлы на поверхности покрыты тонкимъ легко  
отслаивающимся слоемъ эпидермиса, другіе покрыты  
гангренознымъ струпомъ. Въ подкожной клѣтчаткѣ  
узловъ нѣтъ. Слизистая оболочка лѣвой ноздри изъ-  
язвлена, покрыта струпомъ, перегородка цѣла. Сли-  
зистая оболочка носовыхъ ходовъ блѣдна; слизистая  
оболочка полости подъ рѣшетчатой костью утолщена  
и пигментирована. Плевральныя полости пусты; сер-

дечная сумка растянута и содержитъ 4 унца прозрачной серозной жидкости. Сердце расширено, въ поперечникѣ (11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> стм. ширины, 9<sup>3</sup>/<sub>4</sub> стм. длины) жиръ по бороздамъ атрофированъ, lamina oiscer большею частью мутна и неравномѣрно утолщена; полость лѣваго желудка нормальной величины; стѣнка кое гдѣ, особенно у верхушки, нѣсколько истончена; сердечная мышца умѣренной плотности; въ лѣвомъ желудочкѣ бураго цвѣта, въ правомъ блѣдно-краснаго; полость праваго желудка нѣсколько расширена, стѣнки чуть тоньше нормы; endocardium подъ клапанами аорты мутна, на intima аорты нѣсколько мелкихъ почти точечныхъ склеротическихъ узелковъ. Оба легкія свободны; броніальныя железы нормальной величины, слегка плотны и пигментированы; нижняя доля лѣваго легкаго объемиста, довольно плотна, на выпуклой поверхности представляетъ звѣздчатый неправильный очень глубокий рубецъ (въ діаметрѣ и по поверхности имѣеть 8 стм.). Ткань этой доли плотна, содержитъ уменьшенное количество воздуха, грязнаго сѣро-краснаго цвѣта, по краямъ нѣсколько отечна, проходима суха и малокровна. Правое легкое имѣеть 4 доли; нижняя задняя часть нижней доли содержитъ уменьшенное количество воздуха, довольно плотна, по краямъ также отечна, верхняя доля проходима, малокровна. Печень въ поперечникѣ 27, ширина правой доли 18, лѣвой 19; толщина правой 7, лѣвой 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> стм., капсула на поверхности лѣвой доли сморщена и чуть мутна, представляетъ соединительно-тканное сращеніе съ кишками на ограниченномъ протяженіи; ткань печени умѣренной плотности, края разрѣза не закругляются, умѣренно наполнены кровью, рѣзко мускатна, границы долекъ довольно рѣзко различаются. Желч-

ный пузырь сращенъ съ кишками (довольно рыхло), въ полости его находится порядочное количество темнобурой желчи. Селизенка увеличена—длина 16, ширина 8 и толщина 4 стм., капсула нѣсколько сморщена, мутна, слегка утолщена, ткань вялая, малокровна, пульпа выскабливается въ большомъ количествѣ. Почки нѣсколько увеличены, капсула снимается мѣстами съ тканью; поверхность почекъ мелкозерниста, корковый слой нѣсколько утолщенъ, блѣдно-краснаго цвѣта, пирамидки еще блѣднѣе, изъ сосочковъ выдавливается большое количество мутной жидкости. Въ корковомъ слоѣ нѣсколько небольшихъ серозныхъ кистъ; почечная ткань довольно плотна, надпочечныя железы въ разрѣзѣ представляются блѣдно-зернистымъ наружный слой и равномѣрно пигментированы внутри. Pancreas блѣдна, дольки ея какъ будто нѣсколько атрофированы. Слизистая оболочка желудка тонка, складки ея сглажены, блѣдна, близь выхода нѣсколько зерниста. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ, кромѣ блѣдности и тонкости, ничего особеннаго не представляетъ. Черепъ правильно сформированъ, правая половина лобной кости нѣсколько утолщена, на правой темянной кости, нѣсколько ниже центра, замѣчается снаружи бугристое, нѣсколько овальной формы, утолщеніе, съ внутренней поверхности замѣчается овальной формы вдавленіе, имѣющее въ длину 1 стм., въ поперечникѣ 1 стм., края этого вдавленія довольно гладко обрѣзаны, дно, за исключеніемъ центральной части, представляется костнымъ мелкобугристымъ, центральная же часть вовсе не содержитъ костной ткани, представляетъ собою неправильной формы отверстіе, затянутое соединительно-тканной перепонкой. Твердая мозговая оболочка, соот-

вѣтственно этому мѣсту, срашена съ мягкой; мозговая ткань особыхъ измѣненій не представляетъ. Прочая ткань мозга, кромѣ нѣкотораго отека, безъ особыхъ измѣненій. Лимфатическія подмышечныя и паховыя железы значительно увеличены, красно-аспиднаго цвѣта, съ темнокрасными точками по периферіи. Мезентерныя железы чуть увеличены, умѣренно плотны, блѣдны. Яички нѣсколько уменьшены, малокровны, сѣмянные каналцы съ поверхности разрѣза вытягиваются пинцетомъ въ небольшомъ количествѣ. Костный мозгъ въ верхнемъ концѣ бедра кисти бурокраснаго цвѣта, въ нижнемъ — желтый, отечный.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты опухоли, вырѣзанныя еще при жизни больного проф. Субботинымъ. Куски ихъ, послѣ фиксаціи элементомъ въ суммѣ, были уплотнены въ спиртѣ, затѣмъ заключались въ парафинъ, или въ целюидинъ препараты окрашивались гематоксилиномъ Вохнера, а также гематоксилиномъ и эозиномъ.

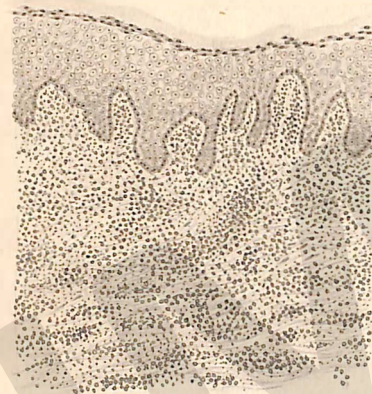
Подъ микроскопомъ препараты давали слѣдующую картину. Слои эпителия представляется утолщеннымъ. Ядра клѣтокъ представляются пузырькообразными (вакуолы), эпителиальный слой мѣстами значительно вдается въ подлежащую ткань. Въ папиллярномъ слоѣ замѣчается расширение сосудовъ и большое скопленіе грануляціонныхъ элементовъ, которые мѣстами представляются круглыми, мѣстами вытянутыми. Въ подсосочковомъ слоѣ попадаютъ неизмѣненныя красныя кровяныя тѣльца, которыя мѣстами, распадаясь, образуютъ кучки пигмента. Сосуды расширены, ихъ эндотелій представляется набухшимъ, вокругъ сосудовъ значительное скопленіе грануляціонныхъ элементовъ. Между пучками

соединительной ткани громадное количество грануляціонныхъ элементовъ.

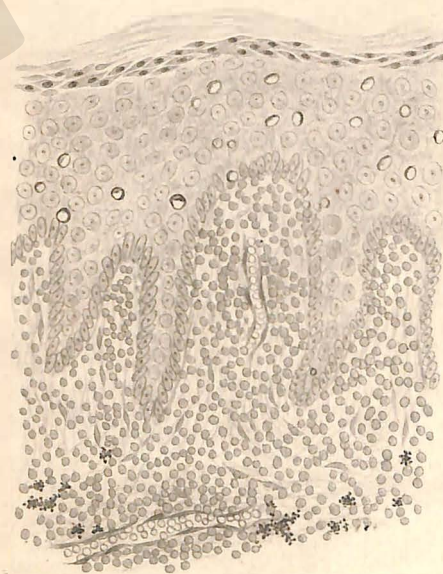
Потовыя железы сдавлены грануляціонными массами. Такимъ образомъ, мы имѣемъ предъ собою картину гранулемы.

Въ бедренныхъ железахъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, замѣчается расширеніе синусовъ, гиперплазія лимфатическихъ элементовъ и значительное отложеніе пигмента въ трабекулахъ. Препараты были любезно просмотрены проф. К. Н. Виноградовымъ.

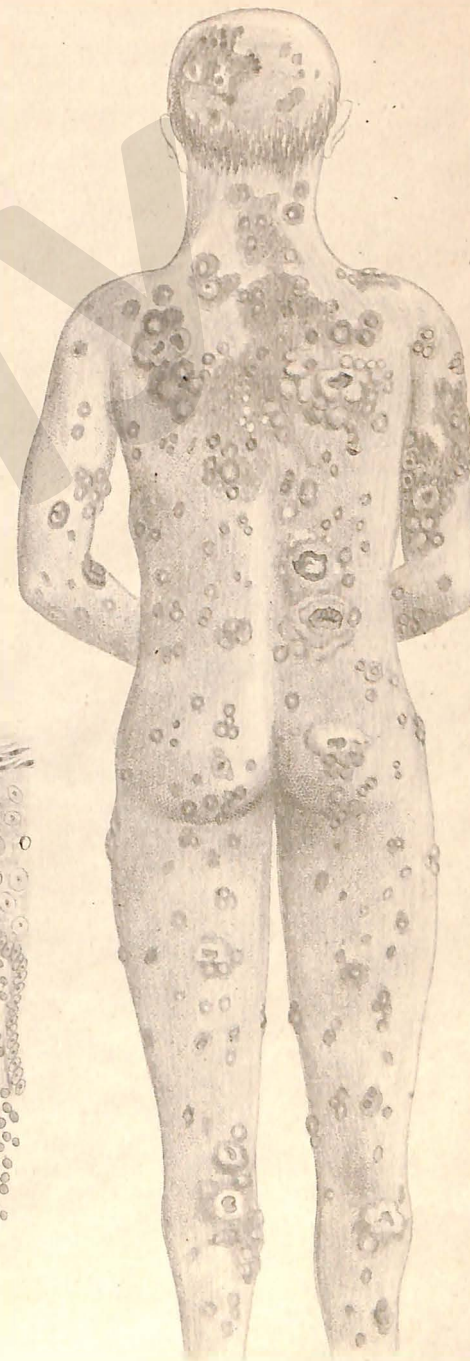
Микроорганизмовъ хотя и не найдено, но присутствіе ихъ весьма вѣроятно.



Zeiss, Dc 5, снет. А А.



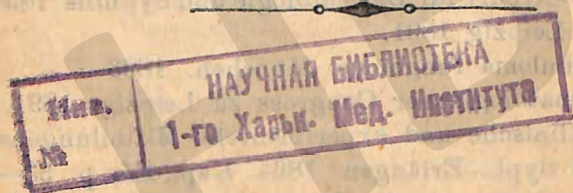
Zeiss, Dc 4, снет. В В.



## Литература.

- 1) Alibert. Monographie des dermatoses. Paris. 1835. Т. II, p. 413.
- 2) Bazin. Leçons théoretiques et cliniques sur les affections cutanéess artificielles. Paris. 1862, p. 372.
- 3) Besnier. Comptes rendus du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Paris en 1889.
- 4) Port. Ein Fall von multipler Sarkombildung der Haut unter dem Bilde der Mykosis (Alibert). Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1874. Bd. 12. S. 134.
- 5) Pick. Congress zu Prag. 1889.
- 6) Veiel. Mittheilung eines Falles von Mykosis fungoides. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gessellschaft 1889.—Archiv für Dermatologie und Syphilis 1890.—Congress zu Leipzig 1891.
- 7) Wölkers. Granuloma fungoides, München. 1893.
- 8) Neuman. Dermatologischer Congress zu Leipzig. 1891.
- 9) H. Köbner. Klinische und experimentelle Mitteilungen. d. Dermat. und Syph. Erlangen 1864. Kap. IV, p. 33—47.  
— Beerschwamähnliche multiple Papillargeschwülste der Haut. Berliner klinische Wochenschrift 1883. S. 417.  
— Histologisches und Bakteriologisches über Mycosis fungoides (Alibert). Fortschritte der Medicin 1886, p. 549.
- 10) Funk. Klinische Studien ueber Sarcome. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. VIII. 1889.
- 11) Philippson. Histologie der Mycosis fungoides. Berliner Klinische Wochenschrift 1892. 39.

- 12) Naether. Granuloma sarcomatodes cutis. Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1883. S. 470.
- 13) Auspitz. Fall von Granuloma fungoides. Viertel-jahres-schrift für Dermatologie und Syphilis. 1885. S. 123.
- 14) Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1893. S. 869.
- 15—19) Цитаты приведены по: Pathologie et traitement des maladies de la peau par Kaposi, Notes et additions par Besnier et Doyon. 1891. Т. II, p. 613—639.
- 20) Comptes rendu du Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie de Paris. 1889.
- 21) Paltauf. Lymphatische Hauterkrankungen vom pathol.-anatomischen Standpunkte. II Internationaler dermatologischer Kongress. Wien. 1892.
- 22) Veiel. 1. с.
- 23) Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1883.
- 24) Philippson. Annales de Dermatologie. 1892.
- 25) Unna. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie von I. Orth. Lieferung VIII Theil II Hautkrankheiten bearbeitet von Unna. S. 506—516.
- 26) Koebner. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1887.
- 27) Dermatologischer Congress zu Leipzig. 1891.



## Положенія.

- 1) Вопросъ о заразительности проказы слѣдуетъ считать открытымъ.
- 2) При леченіи кожныхъ заболѣваній слѣдуетъ лечить причину, а не ея слѣдствіе.
- 3) Въ основу классификаціи кожныхъ заболѣваній должно лечь этиологическое начало.
- 4) На болѣзни кожи въ войскахъ слѣдуетъ обратить большее вниманіе.
- 5) Перемѣнные лагеря должны предпочитаться постояннымъ.
- 6) Нѣкоторыя заболѣванія кожи, приведенныя въ списокъ болѣзней, освобождающихъ отъ отбыванія воинской повинности, при современномъ состояніи науки, ни сколько не могутъ препятствовать приему такихъ больныхъ на военную службу, (напр. колтунъ съ очевиднымъ разстройствомъ соковъ).

## Curriculum vitae.

Петръ Парменовичъ Абрамычевъ, сынъ купца, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1859 году, въ г. Рязани. Первоначальное образованіе получилъ въ Спб. 2-й классической гимназіи, по окончаніи которой, въ 1882 году, поступилъ въ С.-Петербургскій университетъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета. Спустя 2 года, перешелъ на 2-й курсъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1888 году со званіемъ лѣкаря. Въ томъ же году былъ назначенъ младшимъ врачомъ въ 98-й Лифляндскій пѣхотный полкъ, а въ слѣдующемъ 1889 году переведенъ и. д. ассистента сыпного отдѣленія клиническаго военнаго госпиталя, въ каковой должности состоитъ и въ настоящее время. Экзамены на степень доктора медицины сдалъ въ 1892 году.

Имѣетъ слѣдующія работы:

- 1) Два случая нервной формы проказы. (Докладъ на V съѣздѣ общества русскихъ врачей въ память Пирогова).
- 2) Катарры кожи, ихъ этиологія и леченіе. (Тамъ же).
- 3) Случай множественной саркомы кожи. (Русская медицина №№ 1 и 2, 1894 г.).

Настоящую работу, подъ заглавіемъ „Къ вопросу о mycosis fungoides Алибера“, представляетъ въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

