который переходил на одном конце в эпителий переходного типа, напоминающий многослойный плоский эпителий верхнего отдела дыхательного аппарата. В некоторых препаратах имелась жировая клетчатка в сочетании с соединительной тканью. В срезах, взятых из плотных выступов, предварительно декальцинированных, мы нашли окостеневающий хрящ, местами принимающий вид кости.

Таким образом, при микроскопическом исследовании опухоли в нашем случае мы нашли производные всех трех зародышевых листков: эктодермы, энтодермы и мезодермы. К эктодермальным образованиям мы относим кожу с придатками. Полости, выстланные местами многорядным цилиндрическим мерцательным, местами однорядным эпителием, мы склонны отнести к элементам энтодермы. Наконец, поперечно-полосатая мускулатура, соединительная ткань, костная ткань и жировая клетчатка относятся к производным мезодермы.

На основании изложенного мы можем отнести нашу опухоль к тератомам, а именно к типу тридермом.

Исследование нашего случая и литературная обработка производилась в лаборатории Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного университета под руководством проф. В. С. Груздева и его ассистента П. В. Маненкова, которым приношу искреннюю благодарность.

Из дерматологической клиники Казанского университета.
(Директор—проф М. С. Пильнов).

Опыт изучения щелочности крови при экземе.

Ассистента **Б. С. Биккенина** и приват-доцента **Н. Н. Яснитского.**

Этиология экземы и до настоящего времени является одним из наиболее темных и спорных, ждущих еще своего разрешения вопросов дерматологии. Особенность течения и клинические разновидности экземы, не укладывающиеся в ряде случаев в рамки определенного симптомокомплекса, возникновение ее у лиц, страдающих конституциональными заболеваниями, несомненная в отдельных случаях причиная зависимость от расстройств в сфере вегетативной иннервации, наконец, изученная экспериментально Jadassohn'ом, Bloch'ом, Weidenfeld'ом реактивность кожи экзематиков, ее особое состояние готовности к экземе (Eczembereitschaft), являющееся выражением сенсибилизации—все это делает в достаточной степени обоснованным взгляд на экзему, как на процесс, этиологически тесно связанный с изменениями в общем состоянии организма. С этой точки зрения особое значение приобретают те исследования, которые имеют целью выяснить интимную биологическую связь кожных покровов с различными системами внутренних органов и установить те пути, по которым должно передаваться на кожу влияние нарушений в обмене веществ.

Наряду с дерматозами, где зависимость от изменений в обмене веществ является вполне доказанной и несомненной, существуют такие, в клинической картине и течении которых нет строго определенных симптомов, указывающих на наличие такого рода связи, но где все же име-

ются основания предполагать ее существование. К числу последних дерматозов относится экзема. В настоящее время нам хорошо известно, что она может возникать в результате действия эндогенных причин боз того, однако, чтобы мы могли в каждом отдельном случае установить точно характер этих причинных моментов и, следовательно, составить себе отчетливое представление о сущности данного заболевания с точки зрения его этиологии. Благодаря этому здесь открывается широкое поле для дальнейших детальных исследований и более или менее вероятных предположений.

Колоссальная литература последних лет, хотя и не вносит по существу большой ясности в этот вопрос, но все же дает некоторый фактический материал, в особенности в области изучения роли аномалий обмена веществ в патогенезе экземы.

Наряду с изучением влияния на кожу различных промежуточных продуктов обмена внимание дерматологов в значительной мере уделяется солевому обмену и реакции соков организма.

Как известно, для нормальной функции клеток должны быть обеспечены определенные свойства внешней среды, определенная активная реакция всех водных растворов, которая в нормальных условиях является слабо щелочной. Даже самые незначительные изменения в реакции не могут оставаться без влияния на функцию клеток и органов в целом. Все нарушения в этом направлении устраняются благодаря тому, что организм обладает регуляторным аппаратом, позволяющим ему поддерживать определенное равновесие между ионами H и OH—состояние, называемое изоионией. В поддержании кислотно щелочного равновесия играет роль ряд моментов, как-то: состав пищи, продукты промежуточного обмена, как кислого, так и основного характера, буферные свойства крови и регуляторная деятельность выделительных органов. Нарушения кислотно-щелочного равновесия, как показали опыты Luithlen'a, не могут не оказывать известного влияния на функцию клеток кожных покровов, изменяя их реактивность по отношению к определенным внешним раздражениям и создавая наиболее благоприятные условия для развития воспалительных процессов. Совершенно естественным поэтому являются попытки подойти ближе к выяснению вопроса о теоретически вполне допустимой зависимости некоторых форм экземы от изменений в обмене веществ, в частности от нарушения кислотно-щелочного равновесия.

Некоторые авторы (Jacobsohn и Ioseph) не склонны придавать состоянию кислотности мочи роль показателя общего состояния кислотно-щелочного равновесия в организме, считая, что реакция мочи довольно близко подходит к реакции тканей и обнаруживает известные колебания втечение дня соответственно подвозу в организм питательного материала и меняясь с переменой формы питания. Понижение кислотности мочи было обнаружено Borri, Vancomont, Gaston Hansen, причем оказалось, что при некоторых дерматозах, особенно хронических, которые по нашим современным воззрениям представляются диатезами, кислотность особенно резко понижена и что лечение препаратами фосфорной кислоты, повышая общую кислотность, довольно быстро уменьшает субъективные ощущения и благотворно влияет на течение болезни. Polano, напротив, находили при хронической экземе повышение кислотности мочи. Schwartz-Levin, Mahnkau обнаружили при

экземе резко повышенную кислотность. Doble, имея у своих больных повышение кислотности, получал благоприятные результаты от лечения щелочами.

Наряду с этими противоречивыми результатами мы находим в литературе работы, в которых авторы отмечают, что им не удалось обнаружить сколько-нибудь существенных отклонений кислотности от средних цифр. Levin-Kahn, Feldmann, изучая этот вопрос, не смогли подметить также и благоприятного эффекта от щелочного лечения, который получал Doble. Авторы приходят к заключению, что Ph мочи, давая средние цифры 5,6—5,8, может обнаруживать нередко индивидуальные колебания в широких пределах (от 0,5 до 1,5).

Таким образом изучение реакции мочи дает чрезвычайно неодинаковые результаты благодаря тому, что Ph мочи является величиной непостоянной, дающей колебания в широких пределах. Это обстоятельство побудило некоторых авторов подвергнуть изучению щелочность крови. Кровь в силу своих буфферных свойств, обусловливающихся нейтрализацией H и OH угольной кислотой и бикарбонатом натрия, одно и двуметальным фосфатом, обладает реакцией постоянной, почти не дающей заметных колебаний (Ph=7,36—7,32). Поэтому каждое отклонение от нормы должно являться выражением существующего в организме нарушения обмена.

Dronet-Verain в 8 случаях экземы из 10 нашли сдвиг Ph крови в сторону кислотности и в 2-х—в сторону большей щелочности. В первой группе случаев было применено с успехом лечение щелочами (внутривенное введение Natr. hyposulfur.). Stern и Bruck, получая в своих наблюдениях значительные сдвиги в ту и другую сторону, считают вполне допустимыми подразделить экзематиков на т. н. „кислотных“ и „щелочных“. Levin-Kahn, исследуя кровь у 42 экзематиков, обнаружили изменение щелочности при существующем одновременно диабете. Аналогичные результаты были получены Daceo, Blamontier, Negishi. Необходимо отметить, что большинство авторов, однако, не могли подтвердить наличия сколько нибудь значительных изменений Ph (Bertaccini, Cerchial, Flarer, Popescon и др.).

Несмотря на разноречивость результатов исследований, несмотря на различную оценку, даваемую отдельными авторами тем изменениям в Ph, которые были ими находимы, мы не можем совершенно игнорировать возможность существования некоторой зависимости отдельных случаев экзем от происходящих изменений в обмене веществ. В настоящее время мы не располагаем еще достаточными основаниями для предположительного даже решения этого вопроса, требующего длительного и детального изучения имеющегося материала и дальнейших исследований.

В настоящей работе мы ставили своей задачей проверить существующие в литературе указания на изменения Ph крови и мочи у экзематозных больных и попытаться выяснить, не являются ли они настолько постоянными и закономерными, что им можно было бы придавать значение этиологического момента.

Наши наблюдения были приведены над 56 больными с различными клиническими формами экземы (острая экз. 27 сл., хронич. 29 случ.). У всех больных предварительно было произведено исследование вегет. нервн. системы (см. табл. № 1).

	Ваготония	Симпатикотония	Смешанн. форма	Нормальн. вег. н. с.	Всего
Острая экзема	8	1	9	9	27
Хронич. экзема	7	2	8	12	29
Всего . . .	15	3	17	21	56

Мы считаем нужным выделить особо хроническую рецидивирующую экзему рук, в большинстве случаев симметрическую, всех 12 случаев (вагот.—4, см. ф.—3, норм. в. н. с.—5).

Методика исследования заключалась в следующем. В утренние часы (9—10 ч.), непосредственно после исследования вег. н. с., бралась моча и кровь из локтевой вены. Моча предварительно разводилась дестиллированной водой в 4 раза, кровь—в 10 раз. Определение Ph производилось калориметрическим способом Michaelis'a.

Результаты исследования Ph *мочи* представлены в следующей таблице.

	5,2	5,4	5,6	5,8	6,0	6,1	6,2	6,4	6,6	6,8	7,0
ОСТРАЯ ЭКЗЕМА.											
Ваготония			2		1				2	1	2
Симпатикотония				1							
Смеш. форма	1	2	2	2	1						1
Норм. вег. н. с.		2	4	1	1	1					
Всего . . .	1	4	8	4	3	1			2	1	3
ХРОНИЧ. ЭКЗЕМА											
Ваготония		1		2			1	2	1		
Симпатикотония				1	1						
Смешан. форма		2	1	1	2	1	1				
Норма вег. н. с.		6	2	1	1		1				1
Всего . . .		9	3	5	4	1	3	2	1		1

Т. о. при острой и хронической экземе Ph мочи дает колебания в пределах от 5,2 до 7,0, причем для большинства случаев эти границы суживаются до 5,4—6,0, т. е. существенно не отличаются от средних цифр. Наблюдающийся в 15 случаях сдвиг Ph в сторону щелочности не выходит из рамок индивидуальных колебаний; здесь обращает на себя внимание понижение кислотности мочи у больных с выраженной ваготонией, в особенности страдающих острой экземой.

Как видно из таблицы Ph крови у наших больных обнаруживает колебание в более широких, чем обычно, пределах (от 7,2 до 7,8), значительно отклоняясь т. о. от средних цифр 7,3—7,4 в сторону повышения в 26 случаях.

Несколько иные данные получены нами при исследовании Ph *крови.*

	7,0	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,7	7,8	7,9
ОСТРАЯ ЭКЗЕМА									
Ваготония			2	2		3		1	
Симпатикотония				1					
Смешан. форма		1	2	2	2	2			
Норм. в. н. с.			2	4	1	1	1		
Всего		1	6	9	3	6	1	1	
ХРОНИЧ. ЭКЗЕМА									
Ваготония				2	1	2	2		
Симпатикотония					2				
Смешан. форма				3	1	3		1	
Норм. в. н. с.			1	8	1	2			
Всего			1	13	5	7	2	1	

Сравнивая первую и вторую часть таблицы, мы отмечаем, что при хронической экземе наблюдается вообще некоторое повышение Ph. При сопоставлении данных исследования мочи и крови у одних и тех же больных, мы не смогли обнаружить никакого параллелизма даже в случаях, где отклонения от нормы были наиболее резко выражены. Так, в случае № 42 (часто повторяющиеся рецидивы мокнущей экземы лица, шеи и предплечий) Ph мочи равнялся 5,4, крови—7,8; в случае № 4 (хроническая экзема кистей рук и предплечий)—соответственно 7,0 и 7,5. Точно также нам не удалось подметить какой-либо закономерности в изменении Ph в зависимости от состояния вегетативной нервной системы, можно только отметить, что ваготоники дают несколько чаще сдвиг в сторону большей щелочности, лица же с нормальной в. н. с. дают известную устойчивость Ph. Из 12 больных, страдающих хронической рецидивирующей экземой кистей рук, у 7 колебания Ph были особенно резко выражены у ваготоников.

Т. о. данные, полученные нами при исследовании 56 экзематиков, позволяют нам всецело присоединиться к мнению Jacobsohn'a и Iosèph'a, что Ph мочи не дает достаточных оснований для суждения о патогенезе экземы, поскольку кислотность мочи есть величина непостоянная, подверженная индивидуальным колебаниям в довольно широких пределах. Гораздо больше значения имеет определение Ph крови, как выражение существующей в организме общей реакции. Благодаря регуляторным приспособлениям организма, Ph крови не дает больших колебаний, поэтому всякое отклонение от средних цифр должно служить предметом особо тщательного изучения. Если исходить из постоянной и мало лабильной Ph крови, равной 7,32—7,36 (Астанин, Скворцов), то все отклонения от средней цифры, которые у наших больных колеблются между 0,1 и 0,5, должны рассматриваться, как проявление патологического состояния обмена. На основании полученных нами данных,

конечно, не представляется возможным делать вывод о характере и сущности тех болезненных процессов, которые лежат в основе нарушения обмена, с одной стороны, а с другой—поставить в несомненную связь с ними существующую у больных одновременно экзему. Для решения дальнейшего вопроса необходимы дальнейшие и более детальные исследования у экзематиков обмена веществ (углеводного, пуринового, минерального, в частности электролитического).

Имеющиеся в настоящее время исследования Ph крови у экзематиков дают некоторое основание полагать, что между нарушениями в обмене и некоторыми клиническими формами экземы все же существует какая-то, ближе нам еще мало известная, зависимость, б. м. выражающаяся в развитии т. н. готовности кожи к воспалению, ее повышенной чувствительности, которая является результатом дисфункции внутренних органов (Pulay).

Из Кожно-венерической клиники Ин-та для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Врид. зав. клиникой приват-доцент С. А. Голосовкер).

Лечение мягкого шанкра ионофорезом.

Ассистента **И. А. Кугушева**.

Введение ионов лекарственных веществ в организм, путем электролиза, известно давно. Целый ряд авторов применял этот метод терапии при различных кожных заболеваниях: Cautier вводил ионы иодистого калия и получал хороший эффект при язвах голени, Leduc с большим успехом проводил ионо-терапию цинком при хронических процессах (язвах, абсцессах и т. д.), Wirz получил удовлетворительные результаты при глубокой трихофитии, некоторых формах сикоза, экземе и волчанке. Bourgignon при рубцах применял следующий метод: отрицательный электрод, обернутый марлей и смоченный 1% раствором иодистого калия, прикладывал на пораженный очаг, а другой электрод ставил рядом с первым. Втечение курса лечения автор делал 15 сеансов с промежутками в один день. Длительность сеанса была 25 минут, при силе тока 4—5 м. а. Путем гальванического тока вводились ионы различных медикаментов при многих кожных болезнях: при склеродермии—ионы иода (Louste, Lean, Thibaut, Lucas), при бородавках—ионы магнезии (Leduc, Leuss, Jones), при волчанке—ионы цинка (Mackenna, Tayber), при гипертрихозе—ионы таллия (Louste, Diamer, Iuster), при красной волчанке—ионы цинка (Попов), при кожном зуде—ионы аканитина (Iuster, Louste), при язвах после рентгеновского освещения—ионы цинка (Волков).

В нашей клинике д-ром Бейрахом применяется с большим успехом ионофорез иодистым калием простаты в целях диагностики и терапии осложнений мужской гонорреи.

Lersild применял ионофорез при мягком шанкре. Он провел 18 случаев и получил излечение втечение 6—18 дней, рекомендуя ионофорез лишь в свежих случаях.