

На венечной борозде имеются 5 язв, причем одна из них, слева, имела величину, превосходящую 5 коп. монету, с резко подрытыми краями и с глубоким изъеденным дном, обильным выделяемым, сероватого цвета. Остальные четыре язвы, величиною с горошину, помещались на верхней, боковой поверхности венечной борозды, округлой формы, покрыты сероватым налетом.

Мы решили в дальнейшем у данного больного применять ионофорез непосредственно на язву, уменьшая крепость раствора до $1/2$ и силу тока до 15-ти м. а., длит. 15 мин. Проведя таким образом 5 сеансов мы получили быстрое излечение процесса в течение 11-ти дней.

Отмеченное выше осложнение в виде появления пузырей нельзя отнести за счет повышения силы тока и продолжительности сеанса, т. к. в нашей клинике при гонорейных простатитах и др. осложнениях проводят ионофорез до 50 м. а. и выше. Мы приняли все меры предосторожности в отношении электродов, применяя их на значительном расстоянии от пораженного очага.

Отек препуциального мешка не поддается воздействию ионофореза, а наоборот, после сеанса наблюдается ухудшение. Постоянное выделение из препуциума также подтверждает отсутствие влияния ионофореза на язвы, скрытые в препуциальном мешке, что подтверждается на первом больном из 2-й группы, у которого после фимоза обнаружено пять язв, причем одна из них была глубокой с обильным отделяемым; во всех остальных случаях, осложненных фимозом, быстрое заживление язв наступало лишь после ликвидации отека и при непосредственном ионофорезе на язвы.

На основании наших наблюдений мы позволим себе сделать следующие выводы:

1. Среди других методов лечения мягкого шанкра ионофорез выгодно отличается от них, т. к. требует значительно меньше времени (5—17 дней), в особенности при открытых начинающихся язвах.

2. При мягком шанкре, осложненном фимозом, ионофорез влияния не оказывает ввиду закрытия язв фимозом.

3. На течение мягко-шанкрных бубонов ионофорез влияния не оказывает.

4. Высокие концентрации раствора сульфата меди (2%) вызывают раздражение кожи и тем самым удлиняют процесс лечения. Целесообразно применять $1/2$ —1% раствор.

5. Длительность сеанса не должна превышать 30 мин., сила тока не свыше 25 м. а.

Из Кожно-венерическ. клин. Института для усовершенствования врачей.
(Вр. завед. приват-доцент С. Я. Голосовкер).

К вопросу о Lichen ruber.

И. А. Кугушева и М. Б. Поташника.

Группа лихеноидных заболеваний кожи до сих пор занимает внимание дерматологов. К группе красного лишая относятся по свойству папул различные формы: Lichen ruber planus, acuminatus, verrucosus, obtusus, corneus pemphigoides, atrophicans и др. До сих пор не вполне выяснено, связаны ли эти формы между собой клинически, или представляют неза-

зисимые друг от друга заболевания кожи. В особенности это относится к подразделению форм *Lichen ruber planus*, *Lichen acuminatus et verrucosus*.

Pautrier отмечает у 7-ми наблюдавшихся им больных наличие плоского и веррукозного красного лишая, а у 8 только веррукозную форму.

На основании различия клинического течения и гистопатологической картины Pautrier относит эти формы к самостоятельным заболеваниям, не имеющим между собой ничего общего. Кафу указывает, что красный плоский лишай исчезает после проведения рентгенотерапии в области спинного мозга. *Lichen verrucosus* не поддается воздействию этого терапевтического средства, что по мнению автора служит биологическим указанием различия этих двух процессов. Таким образом некоторые авторы (Pautrier, Кафу, Jeahselene) выделяют *Lichen verrucosus* в самостоятельную нозологическую единицу.

Этиология этих заболеваний до сих пор не выяснена. Хороший терапевтический эффект после рентгенотерапии в области спинного мозга (Pautrier, Pernet, Ravaut) и поверхностного освещения парасимпатических ганглиев (Gluin) дает возможность этим авторам отнести *Lichen ruber planus* к заболеваниям нервного происхождения. При гистопатологическом исследовании Pautrier, Diss находили в инфильтратах особые клетки типа *Merk Ranvier*, имеющие связь с нервной системой. Клиника дает много указаний (Никольский, Поспелов, Welonder, Vidal), что красный лишай появляется часто после душевных волнений.

Другие авторы относят этот процесс к инфекционным заболеваниям, приводят в качестве подтверждения этого мнения хорошее терапевтическое действие мышьяка (Jadasson, Spitzer, Rost), семейное распространение (Jadassohn, Kyrle, Galevsky, Kiell, Joseph, Loventhal, Montgomery, Feldman, Kory, Spitzer и др.). Противники инфекционной теории указывают, что до сих пор попытка прививки *Lichen ruber planus* закончилась неудачно. Так, Pautrier в целом ряде случаев (21) получил отрицательные результаты при прививках.

Schamserger находит, что в этиологии многих заболеваний кожи главную роль играет особая диспозиция организма к различным патологическим процессам (паракератоз, гиперкератоз и т. д.), Linsser в 64% своих наблюдений находит наследственную передачу красного лишая.

Красный лишай развивается у лиц с гиперкератотическим диатезом: обычные раздражения и кожные заболевания у этих лиц выражаются в образовании папулезных высыпаний, типичных для рассматриваемой нами группы изменений кожи. Buschke считает, что *Lichen ruber planus* является результатом особой лихеноидной диспозиции кожи у лиц соответствующей конституции.

Таким образом, из приведенных вкратце теорий, касающихся этиологии красного лишая, видно, что здесь приводятся самые разнообразные гипотезы.

Если клиника *Lichen ruber planus* достаточно изучена, то этого нельзя отметить по отношению к другим формам: *Lichen ruber acuminatus*, *Lichen ruber verrucosus*. В большинстве случаев эти формы встречаются изолированно, т. е. у некоторых больных исключительно *Lichen verrucosus*, у других *Lichen acuminatus*, а чаще всего мы наблюдаем *Lichen ruber planus*. Поэтому наши случаи представляют собой клинический интерес,

так как у одного больного мы наблюдали одновременно *Lichen ruber planus*, *Lichen acuminatus*, *Lichen verrucosus*, а у другого больного *Lichen ruber planus striatus* и *Lichen verrucosus*. При этом мы имели возможность наблюдать переход одной формы в другую.

Случай № 1. Больной К., 55 лет, рабочий-слесарь. Поступил в клинику 22/X-1929 г. Заболевание кожи у него развилось 3 месяца тому назад в виде высыпаний на нижних конечностях в области голеней. В течение нескольких недель сыпь распространилась по всему телу, местами групповым расположением и сопровождалась зудом. Больной женат. Жена имела 6 беременностей. Все дети родились в срок, один ребенок умер. Жена и остальные дети здоровы. Со стороны наследственности ничего патологического не обнаружено.

Status praesens: больной выше среднего роста, удовлетворительного питания. Слизистые оболочки несколько бледновато окрашены. Со стороны нервной системы отмечается повышенная возбудимость п. vagi. На коже больного мы находим наличие троякого рода папулезных эфлюресценций: 1) папулы величиной с булавочную головку до чечевицы, от бледно- до темно-красного цвета с коричневатым оттенком, полигональной формы с восковидной блестящей поверхностью. Эти папулы несколько возвышаются над поверхностью кожи, они расположены как изолированно, так и в виде групповых скоплений. Поверхность некоторых папул покрыта в центре небольшой трудно снимающейся чешуйкой. 2) Второй вид высыпаний составляют папулы буровато-красного цвета, конической формы, покрыты в центре плотно сидящими чешуйками беловато-серого цвета. Эти папулы, местами сливаясь между собой, придают коже шагреневую поверхность с глубокими бороздами. 3) Третий вид изменений кожи у больного составляют папулы ярко-красного цвета с синеватым оттенком, значительно выступающие над поверхностью кожи. Означенные эфлюресценции, величиной с горошину и несколько больше сидят в некоторых местах раздельно, но большей частью образуют сплошные очаги инфильтрации. Поверхность отдельных и слившихся очагов покрыта массивными чешуйками. Благодаря обильному утолщению рогового слоя и разрастанию сосочков подобные папулы напоминают бородавчатые разрастания.

Вышеописанные папулезные эфлюресценции у больного занимают почти все туловище и конечности, оставляя свободными только лицо, поверхность ладоней и стоп (подожв). Отдельные формы папул распределяются следующим образом: на верхних конечностях и груди мы имеем плоскую, на остальных местах туловища плоскую и остrokонечную, а на нижних конечностях веррукозную форму папул. На верхних конечностях процесс по преимуществу располагается на сгибательных поверхностях плеча и предплечья, образуя групповые скопления папул. В области шеи и груди разбросаны группы плоских папул медно-красного цвета с блестящей восковидной поверхностью. В нижней части груди, у мечевидного отростка, имеется величиной в 4—5 см. очаг, состоящий из слившихся различной величины папул, одна из них конически заострена и покрыта в центре чешуйкой, другие же плоской формы. При проведении пальцем по поверхности этого очага ощущается шероховатость, напоминающая терку.

В подмышечных впадинах и боковых поверхностях туловища, вплоть до бедер, имеются сплошные поражения кожи, состоящие из слившихся папул, причем отдельные формы их (плоские и остrokонечные) тесно сидят друг около друга.

На поверхности спины разбросаны отдельные папулы и группы их, а на крестце и верхней части ягодиц отмечается сплошной очаг из плоских и остrokонечных папул, причем по периферии преобладают остrokонечные формы, бледно-розового цвета с мелкими чешуйками в центре. Последние, сливаясь между собой, образуют шероховатую поверхность, покрытую почти сплошь беловато-серыми чешуйками. На тыльной поверхности, с середины голеней до основания фаланг, расположены шаровидной формы папулы темно-красного цвета с синеватым оттенком величиной от чечевицы до горошины и несколько больше. В области обеих ладоней, в латеральной части их, на наружной поверхности имеется величиной в ладонь очаг, состоящий из слившихся и тесно сидящих друг к другу папул веррукозной формы.

Лабораторные исследования. Кровь: эритроцитов 3.600.000, лейкоцитов 7.000, причем сегментоядерных нейтрофилов 59%, палочкоядерных 4%, моноцитов 3%, эозинофилов 16%, лимфоцитов 18%. RW, SG—отрицательные. Моча—Norma.

Для гисто-патологического исследования взят кусок кожи из нижней трети голени в области веррукозной папулы. При малом увеличении мы имеем в эпителиальном слое гиперкератоз. *Stratum corneae* утолщена и образует местами бухтообразные выпячивания, сплошь заполненные бухтообразными массами. Эпителиальные сосочки сглажены, а в местах скопления роговых масс удлинены. В верхних отделах дермы мы имеем обильные скопления клеточного инфильтрата, расположенного вокруг сосудов. В глубоких отделах дермы мы наблюдаем ограниченные скопления клеточных элементов вокруг сосудов и волосяных фолликулов. При большом увеличении роговой слой значительно утолщен. *Stratum granulosum* в местах сильного гиперкератоза образует от 3 до 6 родов клеток. В базальном слое имеются *alteration cavitate*, границы между эпителиальными клетками в некоторых местах сглажены, встречаются единичные полинуклеары. В сосочковом слое клеточный инфильтрат располагается вокруг несколько расширенных сосудов. Эндотелий сосудов набух, адвентиция разрыхлена и окружена клеточным инфильтратом из гистиоцитов и лимфоцитов. Местами в верхних отделах, главным образом в сосочках, наблюдается отложение пигмента. Клеточный инфильтрат начинает вокруг сосудов замещать собой соединительно-тканную основу сосочкового слоя. В глубоких же отделах дермы скопление расположенного муфтообразно и в виде тяжей инфильтрата наблюдается только вокруг сосудов, потовых желез и волосяных фолликулов.

Таким образом к особенностям приведенного выше случая следует отнести: 1) большая эозинофилия в крови (16%), что может быть объяснено обширностью кожного поражения; 2) различные формы папул, причем отдельные очаги поражения кожи представляют собой скопления остроконечных и плоских форм; 3) веррукозная форма, как это наблюдается обычно, расположена на нижних конечностях, где биохимизм кожи и сопутствующие трения и раздражения благоприятствуют сильному развитию процесса ороговения.

Было весьма важно установить, имеется ли связь между всеми описанными выше формами поражения кожи и возможен ли переход одного вида папул в другие. Больной находился под нашим наблюдением в течение 3-х месяцев. Мы применяли вливания неосальварсана от 0,3—0,6 в количестве 4,35 гр. К концу лечения мы отметили, что все виды папул, как плоские, так и остроконечные и веррукозные, стали рассасываться, к концу 3-го месяца мы наблюдали пигментацию темно-красного цвета в местах отдельных папул и очагов их. Несколько медленнее наблюдалось исчезновение остроконечных форм.

Благоприятное терапевтическое действие неосальварсана дает нам повод прийти к заключению, что все виды красного лишая представляют собой однородную группу заболевания и этиологически связаны между собой. Означенное подтвердилось также клиническими наблюдениями. В очагах около мечевидного отростка, в области боковых поверхностей туловища и крестца, где имелись одновременно плоские и остроконечные папулы, мы могли наблюдать переход одних форм в другие. Таким образом группа *lichen ruber planus*, *acuminatus* и *verrucosus* не должны делаться друг от друга, так как различие форм узелков составляет иногда только временное явление. Расположение клеточного инфильтрата вокруг сосудов и строение его доказывают, что инфекционная теория происхождения красного лишая является наиболее правильной.

Второе наше наблюдение касается больной, которую мы наблюдаем с 1925 года. Случай этот интересен тем, что мы имеем своеобразную форму красного лишая, где папулы расположены линейно и образуют как бы сеть, т. е. *lichen ruber planus striatus*, кроме того на нижних и верхних конечностях и в некоторых местах туловища наблюдается веррукозная форма плоского лишая. Поражение кожи у больной занимает

почти все тело и чрезвычайно упорно поддается обычно применяемой терапии. Приводим краткие выдержки из истории болезни.

Больная Б., 28 л., крестьянка Тамбовской губ. 10 лет тому назад у больной на лице появилась мелкая красная сыпь, не сопровождавшаяся субъективными ощущениями. Болезнь без изменения держалась около года, затем на сгибательной поверхности локтей появились высыпания, расположенные в виде полос, и сыпь распространилась по всему телу. Одновременно с этим у больной отмечалась охриплость, болезненность в горле и появились красные пятна на языке. В дальнейшем болезнь распространилась на нижние конечности. Больная применяла в участковой больнице местную терапию, но без успеха. В 1925 году Б. поступила в клинику института, где приняла 80 инъекций мышьяка от 0,1—2 гр. В 1926 году больная получила освещение кварцевой лампой. Результатов лечение не дало. В 1927 году больной в клинике проделано вливание неосальварсана, протеиновая терапия и серные ванны. Несмотря на некоторое улучшение процесса после серных ванн, в 1928 году высыпание опять начало распространяться в области туловища.

Больная перенесла в детстве корь и оспу. 10 лет тому назад сыпной тиф, менструации начались с 16 лет, продолжаются 4—5 дней, приходят нормально. Со стороны наследственности ничего патологического. Имеет трех братьев и одну сестру—все здоровы.

Status praesens: Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Внутренние органы—норма. Со стороны нервной системы отмечается раздражительность и бессонница. Кожные изменения у больной состоят из папул величиной с булавочную головку или с просыпанное зерно, медно-красного цвета с восковидной поверхностью. Папулы сидят раздельно, но в большей своей части расположены группами. Вторым видом изменения составляют папулы, возвышающиеся над поверхностью кожи, величиной с горошину, красноватого цвета с фиолетовым оттенком. Поверхность этих папул как бы изрыта и покрыта чешуйками и корочками коричневатого-серого цвета; сливаясь между собой, они образуют сплошные очаги поражения или сетчатые фигуры. Большинство папул расположено линейно и напоминают собой бородавчатые разрастания. На лице поражения занимают всю центральную часть, оставляя свободным лишь верхнюю половину лба, поверхность щек. Процесс состоит из ряда слившихся плоских папул, причем в области носа и верхней губы они покрыты мелкими чешуйками и представляют собой сплошной инфильтрат кожи, по периферии же они образуют групповое скопление отдельных папулезных высыпаний. В области шеи имеется пигментация на месте бывших высыпаний. На обеих верхних конечностях расположены двоякого рода очаги поражения. В области предплечья и плеча наблюдается наличие бородавчатых разрастаний, возвышающихся над поверхностью кожи, расположенных линейно, причем в некоторых местах видно постепенное образование линейных очагов в 8—10 сантиметров. Большая часть линий расположена продольно, но между ними идут меньшего размера поперечные линии с образованием сетчатых фигур, в свободном просвете которых остаются островки здоровой кожи. На локтевых сгибах имеется, величиной в ладонь, сплошной очаг слившихся папул, покрытых чешуйками и корочками. На разгибательной поверхности обеих предплечий отдельные очаги плоских папул сливаются в группы, расположенные линейно в виде узоров. При переходе на внутреннюю поверхность папулы увеличиваются в объеме, значительно выделяются над поверхностью кожи и образуют с медиальной стороны сплошные очаги поражения из папулезных и веррукозных разрастаний, а в некоторых местах они расположены линейно. Начиная с нижней трети предплечья, вся тыльная поверхность кистей рук и пальцев сплошь инфильтрированы с ясно выступающей поперечной исчерченностью. Вся поверхность инфильтрата синюшно-красного цвета, покрыта мелкими чешуйками серовато-белого цвета и корочками. На ладонной поверхности обеих кистей рук имеется ряд папул, покрытых чешуйками, а на пальцах означенные папулы занимают почти всю поверхность их, образуя в области складок небольшие трещины. В области грудей, на границе с сосками, имеется ряд отдельных папул. На границе нижней части сосков они образуют линейное скопление, значительно возвышающееся над уровнем кожи и покрыты довольно массивной коричневатого-серого цвета корочкой, трудно отстающей от своего основания. Область спины и туловища свободны от поражений. В области ягодиц отмечается скопление плоских папул и веррукозных разрастаний, расположенных большей частью в виде сетчатых узоров, а начиная с средней части femoris до подколенных ямок, расположены линейно.

На внутренней поверхности обоих бедер отдельно сидящие папулы образуют линию длиной в 2–3 см. В области обоих колен имеются образования из веррукозных разражений в виде узоров и в виде отдельных линий. В области голеностопных суставов и ахиллова сухожилия имеется 7×3 см. сплошной очаг, возвышающийся на $\frac{3}{4}$ –1 см. над поверхностью кожи, с веррукозными разражениями, сплошь покрытый корочками и ороговелыми массами. На поверхности очага большое количество продольных и поперечных трещин. В области ахиллова сухожилия подобные разражения имеют вид треугольника с вершиной у начала сухожилия, с основанием в области лодыжек. Область подошв инфильтрирована, состоит из слившихся папулезных эфлюресценций, покрытых обильным наслоением чешуек.

Лабораторное исследование: моча норма. Со стороны внутренних органов отклонения нет. Кровь: количество эритроцитов 3,900,000, лейкоцитов 7,500, лейкоцитарная формула: миелоцитов $10\frac{0}{100}$, палочко-ядерных нейтрофилов $6\frac{0}{100}$, сегментоядерных $52\frac{0}{100}$, эозинофилов $4\frac{0}{100}$, моноцитов $9\frac{0}{100}$, лимфоцитов $19\frac{0}{100}$, RW, SG—отрицательные.

Следуя указаниям Pautrier, что спинно-мозговые пункции дают в некоторых случаях хороший результат, мы остановились на этом методе, но пользы от этого не было. Дальше нами применялась рентгенотерапия, не приведшая к улучшению клинической картины, в дальнейшем мы провели 8 вливаний неосальварсана в общей дозе 4,35 гр.

Данный случай интересен тем, что все попытки терапии (освещение лампой Баха, впрыскивание мышьяка, вливание неосальварсана, рентгенотерапия, серные ванны, протеиновая терапия) не дали клинического улучшения и не приостановили дальнейшего развития процесса. Второй особенностью данного случая является то, что мы имеем развитие веррукозных форм не только на обычных местах (нижние конечности), но и на верхних конечностях и туловище. Плоские формы высыпания во многих местах находятся вблизи веррукозных очагов и переходят в последние. Почти все формы элементов высыпания (как плоские, так и веррукозные) расположены линейно и в виде сетчатых фигур, образуя так называемые: *Lichen ruber planus et verrucosus striatus*.

Гисто-патологическое исследование этого случая из веррукозного очага показало обычно встречаемое при этой форме обильное наслоение роговых масс, акантозы и спонгиозы в эпителиальном слое и небольшую клеточную инфильтрацию вокруг кровеносных и лимфатических сосудов дермы.

Выводы: 1) Приводимые выше случаи своеобразным течением клинических картин, наличием переходных форм одних элементов поражения кожи в другие (переход плоских папул в остроконечные и обратно, переход плоских папул в веррукозные) дают нам право признать, что все виды *Lichen ruber planus, acuminatus, verrucosus* представляют собой только разновидности одного и того же заболевания.

2) По характеру строения инфильтрата, расположения его вокруг сосудов, мы склонны признать инфекционную этиологию этого заболевания. Вместе с тем переход одних форм высыпания в другие говорит о наличии определенного гиперкератозного диатеза, особенно резко выявившегося у больной Б., где мы имели образования веррукозных форм даже в тех местах, которые не подвергались ни трению, ни раздражению.

3) Лечение этого заболевания должно быть строго индивидуализировано. Применение неосальварсана, давшее хорошие результаты в пер-

вом случае, не улучшило процесса у больной Б. У последней ряд методов лечения не дал никаких результатов.

Таким образом, мы пока в некоторых случаях бессильны в нашей терапии.

Из Детской клиники Казанского гос. ин-та для усов. врачей имени В. И. Ленина (Зав. проф. Е. М. Лепский).

К характеристике быта ребенка в татарской и башкирской семье в деревне Башреспублики.

Ф. Х. Басыр.

Изучение быта грудного ребенка отсталых в культурном и экономическом отношениях национальностей нашего Союза, в частности татар и башкир, представляет несомненный интерес, в особенности в деревенских условиях.

В 1925 году д-р В. А. Тушнов сделал сообщение на основании собранного детской консультацией материала по обследованию быта грудного ребенка в татарской семье гор. Казани. Д-р Гершеневич, Миркис (Ташкент) и Раухваргер (Алма-Ата) сделали сообщение относительно обследования быта узбекского ребенка. По данным этих авторов и у узбеков так же, как у татар и башкир, много вредных обычаев, отрицательно влияющих на нормальное развитие грудного ребенка: узбеки рано дают прикорм, жевки, боятся солнца, овощей, ребенок спит в башке (люльке).

В 1929 году я имел возможность обследовать быт грудного ребенка в некоторых деревнях Бирского к-на Башреспублики. Мною обследовано 615 детей в возрасте от новорожденного до 4 лет включительно. По возрасту дети распределяются так: до 1 года—170, от 1 года до 2 лет—160, от 2-х до 3-х лет—150 и от 3-х до 4-х лет—135. Условия быта грудного ребенка в татарской и башкирской семьях в обследованных мною деревнях совершенно одни и те же, поэтому при вычислении результатов обследования дети татар не отделены от детей башкир. Жилище—во всех случаях деревянные дома, покрытые деревянными крышами; количество окон от 3 до 5; форточек нет; пол деревянный; в большинстве случаев дома отапливаются русскими печами, где и вставлены, сбоку от свода, котлы для приготовления обеда; отдельной кухни нет; в некоторых семьях половина дома, где имеется печь, отделена досками, называется „бульма“ (комната). Обстановка: нары, шкаф, часто открытый, стол для еды, стулья, скамьи, иногда часы и зеркала, стенной календарь, иногда деревянная кровать для взрослых, очень редко железная; только в 10 семьях я видел деревянные кровати для маленьких детей. Средняя площадь дома 5×5 метров, высота 2½ метра. Семьи в большинстве случаев состоят из пяти-шести человек. Во всех случаях дети находятся вместе со взрослыми—для них отдельной комнаты или отдельного угла нет. Зимой в частных домах находятся ягнята и телята; в колхозах построены отдельные дома. Грязное белье сохраняется дома до стирки. Белье стирается дома;