

вильного сложения. Наружные покровы и слизистые окрашены бледно. Сыпь существует около года. Разбросана на наружной поверхности плечей и предплечий, на передней и внутренней поверхности бедер и на передней поверхности голеней. Сыпь от желтого до синевавторичного цвета, различных оттеков, сферической формы, плотная наощупь. Имеются рубчики и пигментные пятна в их окружности.

РВ отрицательная. Со стороны легких отклонений от нормы не отмечается. Р. Пирке отрицательная. РОЭ через час 15 м/м.

С 24/III 37 г. начаты инъекции антивируса Мазура. 2/IV 37 г. после 2 инъекций сыпь стала несколько площе. Особенно это заметно в ногах. После 5-й инъекции 19/IV на руках также отмечается уменьшение инфильтрата. 27/V сделана последняя, десятая, инъекция антивируса. Инфильтрации везде исчезли, остались пигментации и рубчики. Дана была отшелушивающая мазь.

Основываясь на наших, правда немногочисленных, наблюдениях, мы можем сделать вывод что антивирус Мазура оказывает хорошее терапевтическое действие при лечении папулонекротического туберкулида. Таким образом, сделаны первые шаги в вопросе о борьбе с заболеванием, лечение которого до сих пор считалось делом безнадежным.

Поступила в ред. 28. I. 1938 г.

Из 28-й поликлиники Фрунзенского райздрави в Москве.

Микотические поражения ногтей и гладкой кожи у рабочих кондитерского производства.

В. Н. Пирлик.

Заболевание ногтей и околоногтевых валиков, возбудителем которого являются дрожжи и дрожжеподобные грибки, отмечено в медицинской литературе с 1879 года, когда Понсэ в своей работе описал клиническую картину заболевания, назвав его болезнью кондитеров (*mal des confiseurs*). Им не было произведено бактериологических исследований. Бактериологическое же подтверждение клинической картины было впервые в 1904 году сделано Э. Дюбендорфером (*oidiomycosis*), а затем в последующих работах и других авторов.

В литературе описаны как единичные случаи дрожжевых паронихий и онихий, так и множественные. В качестве их возбудителей выделяли: оидиомицеты, сахаромицеты, различные виды монилий, дебаромицеты, кокцидии и т. д. Описаны случаи и одновременного поражения ногтей и гладкой кожи. Наиболее подробно клиническая картина паронихий и онихий приведена в работах Тарантелли, Кумера, Подвысоцкой и Кашкина. Эта картина довольно однообразная, независимо от принадлежности дрожжей и дрожжеподобных грибков к той или другой группе их, сходная у лиц различных профессий, и по Геллеру она трудно отличима от поражений ногтей другого происхождения. Кроме работы Понсэ паронихии, онихии и поражения других мест кожи, как массовые заболевания на кондитерских

производствах, описаны в работах Шоссана, Кумера, Киндиери и Тинеса и др. В русской литературе описаний множественных заболеваний кожи, связанных с производством, в частности с кондитерским, нам найти не удалось, кроме работы Смирягина, где отмечены лишь два случая заболевания ногтей. Это позволяет нам привести свои наблюдения в количестве 36 случаев паронихий и онихий и 4 случаев поражений гладкой кожи, из которых 3 случая с локализацией в межпальцевых складках рук. Эти заболевания, в различных стадиях процесса, мы наблюдали на одной из кондитерских фабрик Москвы в 1935-36 году. На этой фабрике производится сортировка, мойка и чистка фруктов и ягод (разборочный цех), из которых затем варят с прибавлением патоки варенье, повидло, джем, изготавливают мармелад и пастилу (варочный, мармеладный, фасовочный цехи).

Так как на этом производстве заняты почти исключительно женщины, женщинами были и все 40 заболевших: 14 человек из разборочного цеха при общем числе рабочих цеха в 50 человек, и 26 из варочного цеха и близких к нему фасовочного и мармеладного цехов при числе рабочих в 70 чел.

Заболевание началось в варочном цеху у трех работниц воспалением околоногтевых валиков, затем в течение нескольких месяцев оно распространилось как среди работниц варочного, фасовочного и мармеладного цехов, так и находящихся в другом помещении работниц разборочного цеха. У большинства заболевших воспалительно-гнойный процесс переходил и на ногтевую пластинку.

Чаще всего заболевание околоногтевого валика начиналось у основания ногтя. Нижняя часть валика припухала, отставала от ногтя, кожа валика краснела, представлялась отечной, иногда блестящей, края валика как бы заворачивались несколько внутрь, обнажая нижнюю часть ногтя и „луночку“ его.

Вначале ноготь выглядел как бы после произведенного маникюра (Тарантелли). С развитием воспалительных явлений прикосновение к валику было болезненным и работницы теряли работоспособность. По краям валика иногда образовывались небольшие трещины и эрозии; при оттягивании валика книзу, на внутренней покрасневшей поверхности его, можно было разглядеть небольшие плоские гнойнички. По утрам до работы из-под валика часто выделялась гнойная капля.

В части случаев воспалительные явления локализовались лишь в одном из нижних углов валика и не распространялись дальше, в других же случаях воспалительный процесс захватывал и боковые его части, тогда весь валик представлял собой подковообразную припухлость красного, иногда синюшного (в разборочном цехе) цвета. Лишь в трех случаях мы наблюдали начало заболевания с боковых частей валика, в одном из этих случаев (у варильщицы варочного цеха) края валика были эродированы и, в последующем течении заболевания, разросшиеся грануляции как бы нависали над ногтевой пластинкой. Когда заболевание ограничивалось поражением только околоногтевых валиков, по

мере уменьшения воспалительных явлений, исчезала припухлость, трещины эпителизировались, иногда отмечалось небольшое шелушение и наступало выздоровление. Но это бывало относительно редко (6 случаев) и только в случаях с поражением нижних частей валика.

В большинстве же случаев через неделю после начала заболевания или при повторном обострении в болезненный процесс вовлекались ногти. Первичного поражения ногтей мы за это время не видели ни разу, за исключением одного случая у работницы разборочного цеха, у которой в центральных частях свободных концов ногтей 2, 3, 4-го пальцев правой руки и 2 и 3-го пальцев левой руки было отмечено поражение более глубоких пластинок ногтя при целости верхних. Через верхние ногтевые пластинки были видны ограниченные треугольные и четырехугольные пространства, заполненные темной зеленоватой массой.

Этот случай мы относим к группе заболеваний, описанных под названием *onycholysis partialis semilunaris* и заключающихся в расщеплении пластинки ногтя и в отслоении свободного края ногтя от его ложа и попадания туда загрязнений; при работе с фруктами вполне возможно попадание под ноготь клеток типа *oidium*, найденных там при обследовании.

Заболевание ногтей обычно также начиналось у основания ногтя, где в некоторых случаях можно было проследить образование небольшого скопления гноя, который просвечивал между пластинками ногтя. В двух случаях при острых воспалительных явлениях в околоногтевом валике светло-желтая окраска гнойника сменилась темно-бурой, повидимому, вследствие дополнительного кровоизлияния под ноготь. С течением времени эти гнойные скопления увеличивались, верхние пластинки ногтя давали продольные трещины, ноготь терял свой вид, становился неровным, деформировался, верхние пластинки отходили, и ноготь представлялся разрушенным, как бы изъеденным, изрытым продольными и поперечными бороздами, узорами и принимал грязный, некрасивый вид.

Ногтевые пластинки в своей массе обычно выглядели утолщенными. Когда заболевание начиналось с боковых валиков, ноготь у угла свободного края иногда представлял полукруглую выемку. Заболевание ногтя, как правило, не сопровождалось болезненностью. Болезненность при давлении на ноготь отмечалась только при остром воспалении околоногтевого валика и локализовалась в глубине валика.

Заболевание околоногтевого валика у основания ногтя, близ *matrix* его, сказывалось на наружном виде ногтя при дальнейшем его росте и после прекращения воспалительных явлений. Ноготь рос неровным, ногтевая пластинка, по мере удаления от *matrix*, становилась волнистой, чаще с поперечными бороздами, иногда же с продольными или расположенными полукругами; при заболевании бокового валика эти борозды находились больше в одной половине ногтя. На ногтевой пластинке обра-

зовывались ямки. Через верхние пластинки ногтя иногда были видны как бы темные продольные трещины более глубоких частей его, отчего ноготь казался серым.

Ногти в части случаев росли то более утолщенными, то, наоборот, более тонкими, чем до заболевания. Нередко поперечные борозды, вследствие шелушения верхних пластинок ногтя, как по направлению к свободному концу ногтя, так и в сторону основания ногтя, представлялись зазубренными и загрязненными.

В некоторых случаях в результате заболевания боковых частей околоногтевого валика, они как бы атрофировались, не покрывали ногтя и не соединялись с ним, почему боковые части ногтя на $\frac{3}{4}$ его длины выглядели свободными, загрязненными, а ноготь казался не полукруглым, а плоским. Иногда же ногтевая пластинка, при заболевании валика у основания ногтя, отходила от ногтевого ложа и, поднимаясь, держалась будучи прикрепленной к верхним частям ложа и боковым частям валика.

Одновременно с заболеванием ногтей и валиков мы наблюдали 3 случая поражения межпальцевых складок (между 3 и 4 пальцами правой руки), причем у одной б-ой оно было совместным с онихо-паронихиями, у двух же было самостоятельным, представляя типичную межпальцевую эрозию треугольной формы, темно-красного цвета, слегка влажную; мелкие пузырьки, которые были видны, в одном случае быстро исчезли, оставив совершенно гладкую поверхность; в двух других случаях по краям эрозии нависал отслоившийся, набухший эпидермис, на одной эрозии были трещина и вегетации. Эрозии сопровождалась зудом, а трещина причиняла боль.

У одной из работниц, 19 лет, мы наблюдали поражение гладкой кожи туловища (грудь, живот, спина) и рук (плечи и предплечья). Заболевание представлялось в виде эритематозных очагов с шелушением в центре и разбросанными кое-где мелкими пузырьками; по периферии очагов, которые обрисовывались выпуклыми наружу линиями, можно было видеть большее количество пузырьков, перемежающихся с более плотными, чем в центре очагов, чешуйками и корочками. Мокнутие отсутствовало. Локтевые сгибы были свободны от поражения. На коже туловища были следы расчесов в виде царапин (у б-ой зуд возрастал при употреблении в пищу сладостей, которые вырабатывались на ф ке).

Бактериологическое исследование было произведено у 10 больных (зав лабораторией д-р Мензелинцева) после мытья теплой водой с мылом и щетками, исследовались отделяемое из-под ногтевых валиков и соскоб, взятый с более глубоких пластинок ногтя. На свежих препаратах после обработки их 30% раствором КОН были обнаружены дрожжи типа *Saccharomyces*, преимущественно у работниц варочного цеха, и клетки типа *oidium* у работниц разборочного цеха; в одном случае на ряду с дрожжеподобными клетками найден мицелий, напоминающий таковой же при трихофитии. При посеве на сахарном бульоне, сахар-

ном агаре и среде Сабуро, обнаружены, кроме того, белый и золотистый стафилококки, стрептококки, диплострептококки, *B. entericus*, *aspergillus glaucus* и др. *Saccharomycetes* обнаружен и у больной с поражением гладкой кожи туловища.

Дополнительные исследования, произведенные в лаборатории Ин-та бродильной промышленности (врач Плевако), выявили у некоторых больных с паронихиями дрожжи типа *monilia*, о и же обнаружены при посеве материала из межпальцевых эрозий (культуры и 6 больных демонстрировались на заседании Моск. дерм. о-ва 3 мая 1936 г.).

Множественность заболеваний, нахождение их на кондитерской ф-ке, обнаружение дрожжей и дрожжеподобных клеток при бактериоскопическом анализе и в посевах во всех исследованных нами случаях, делают легкой диагностику дрожжевых паронихий и онихий, а также и дрожжевых поражений гладкой кожи. Комбинированное заболевание валиков и ногтей является довольно характерным для дрожжевых поражений, точно так же как и начало болезни с явлений паронихии. Не останавливаясь подробно на дифференциальной диагностике заметим только, что в отдельных случаях, на основании клинической картины и только бактериоскопического исследования, диагноза ставить нельзя, и для выявления возбудителя болезни (хотя бы группового) необходимо делать посевы. Трихофития ногтей, сопровождающаяся иногда паронихиями, может иметь схожую клиническую картину, а при бактериоскопическом анализе мицелий *trichophyton tonsurans* трудно отличим от мицелия *oidium*, правда, в большинстве случаев при тщательном исследовании нахождение дрожжевых клеток облегчает диагностику.

Ввиду того, что очаг заболевания представляется открытым, при исследовании можно обнаружить множество микробов. Так и в наших случаях при посеве, кроме дрожжевых клеток, обнаружена довольно разнообразная флора микробов, из которых многие могут самостоятельно вызвать явления паронихий или могут принимать участие в их обострении.

В наших случаях клиническая картина как при нахождении дрожжевых клеток типа *Saccharomycetes*, так и при обнаружении клеток типа *oidium*, была почти тождественной.

Отсутствие гнойничковых поражений гладкой кожи у наших больных говорит против большой активности при этом стафило-стрептококков. Нахождение во всех наших случаях дрожжевых и дрожжеподобных клеток позволяет заключать об их главенствующей роли при паронихиях. При этом заболевании Плевако из закрытых очагов удавалось выделять чистые культуры дрожжевых клеток при многократных повторных исследованиях. Также доказана вирулентность и токсичность их (Кинджери и Тинес, Плевако и др.).

Детальное определение дрожжевых грибов представляет значительные трудности. Так, напр., Штехелин и др. считают иногда невозможным отличить друг от друга *oidium*, *monilia* и *cryptococcus* ввиду родственности или идентичности их и счи-

тает все подразделения их не имеющими под собой твердой почвы. Чтобы выяснить, являются ли обнаруженные дрожжи сапрофитами или истинными возбудителями заболевания, в каждом отдельном случае делаются прививки чистых культур их на гладкую кожу заболевших. Эти опыты находятся еще в стадии изучения и в настоящее время высказаться категорически на основании положительных или отрицательных результатов прививок о патогенности дрожжей повидимому нельзя. Тем более, что и непатогенные грибки, при изменившихся условия (травма, мацерация), могут стать патогенными, как это отмечено для дрожжевых грибков Рамелем, а для *oidium* Такагаши.

С целью выяснения причин, способствующих распространению заболеваний, нами было произведено обследование условий труда рабочих на фабрике, приведенное более подробно в другой работе, и обнаружившее ряд моментов, благоприятствующих возникновению заболевания.

Повышенная влажность помещений, отсутствие механических установок, продолжительная мацерация рук и длительный контакт их со средой, содержащей дрожжи и дрожжеподобные грибки, маникюр, производимый часто непосредственно перед работой, частое омовение разгоряченных рук очень холодной водой из-под водопроводного крана в зимнее время; отсутствие помещения, где оттаивают замерзшие фрукты и ягоды и застывшая патока, с которыми рабочие варочного цеха соприкасаются незащищенными руками; чтобы согреть руки они погружали их время от времени в горячую воду; то же делали рабочие разборочного цеха, когда чистили замерзшие фрукты и ягоды. Эти манипуляции, которые могли повести к трещинам кожи (и ногтей) у лиц со слабо развитым и хрупким роговым слоем, по нашему мнению, и вызвали вспышку заболеваний, наблюдавшихся в прежние годы лишь в единичных случаях.

Анатомическое строение места поражения также благоприятствует возникновению заболевания.

Как известно, дрожжевые клетки, попадая в трещины кожи, препятствуют их заживлению (Олан). С другой стороны, на заживление поражений кожи может также оказать влияние и изменение обмена веществ, происшедшее вследствие обильного употребления в пищу рабочими продукции фабрики (фрукты, ягоды, сахар, патока).

По Урбаху большое количество плодов и фруктов действует в обмене веществ как щелочный режим, а щелочная диета препятствует заживлению ран, способствует большей отечности, влажности их (Германсдорфер, Шаде и др.); накоплению воды в тканях способствует также и пища, богатая углеводами, сахаром (Бишоф и Фойт, Сакота).

Наибольшее влияние на течение болезни оказывает характер производимой работы. Продолжительный контакт с дрожжами и мацерация рук приводили к затяжному многомесячному течению заболевания. При переходе же работниц на работу, не связанную с увлажнением рук, особенно в начале воспалительных

явлений, паронихии довольно быстро исчезали. В одном случае достаточно было трехдневного отдыха, чтобы болезненные явления исчезли и не возобновлялись потом при выполнении той же работы.

Интересно отметить, что в части случаев совершенно не леченных, заболевания ногтей и околоногтевых валиков, за время месячного отпуска, прекратились в те же сроки, как и при лечении их препаратами иода, салициловой кислотой и др. Заболевание ногтей исчезало обычно спустя некоторое время после прекращения воспалительных явлений со стороны валика, когда начинался рост непораженной дрожжами ногтевой пластинки, отделенной иногда резкой границей — поперечной бороздой от больного ногтя.

Те изменения и деформации ногтя, которые наступают после исчезновения заболевания, объясняются нарушением функций *matrix* под влиянием патологических изменений в ней, приводящих к понижению продуктивности, недостаточному образованию и сцеплению клеток ногтевого вещества. Такие изменения могли произойти вследствие воспалительных изменений как *matrix* окружающих ее частей.

Терок приводит ряд инфекционных заболеваний, в результате которых развились подобные изменения ногтя. Мы их наблюдали и при травматических повреждениях.

Выводы. 1. Поражения кожи дрожжами и дрожжеподобными грибами на кондитерском производстве при известных условиях могут носить массовый характер.

2. Для диагностики заболеваний, особенно в единичных случаях, необходимо делать посевы на питательных средах.

3. Первым условием для лечения микотических поражений пальцев рук является перевод пострадавших на работу, не связанную с увлажнением рук.

Поступила в ред.
8. IV 1938.

Из 1 хирургической клиники (директор проф. Н. Н. Соколов) Одесского медицинского института.

О терапии фурункулов и фурункулеза антифагинами.

Л. В. Серебренников и Л. Я. Скульский.

Хотя этиология и патогенез фурункула как будто достаточно изучены, это заболевание все еще является распространенным.

Относительные цифры заболевания фурункулом и фурункулезом показывают определенное снижение (на 22% по Одесской области в 1937 году по сравнению с 1936 годом).

Снижение заболеваемости фурункулезом связано с ростом