

госпитализации и % смертностью можно объяснить тем, что часть случаев протекала как легкая форма, почему и госпитализировалась поздно.

### *Выводы.*

В заключение мы позволим себе сделать следующие выводы:

- 1) Наичаще дизентерия встречается у детей в возрасте от года до 2-х лет.
- 2) Максимум заболевания падает на летний период.
- 3) Наиболее тяжелые формы наблюдаются в июле и августе у детей в возрасте до 5 лет.
- 4) Лучший эффект из диететических мероприятий дает яблочная диета.
- 5) Второе место по эффективности у старших детей занимает молочная смесь с творогом.
- 6) Большая смертность наблюдается у детей в возрасте до 5 лет и тем она выше, чем позже госпитализируется больной.

Наши результаты далеко неудовлетворительны.

Мы видим еще большой процент смертности среди больных. Дизентерия до сих пор остается большой угрозой для жизни детского населения. Проблема борьбы с летними детскими поносами является широкой общественной задачей сегодняшнего дня.

## **Связь кожных заболеваний с расстройствами внутренних органов.**

**Проф. А. П. Иордан.**

Настоящая дерматология или учение о кожно-венерических болезнях была основана только в 18 столетии английским врачом Уильямом (Willan), жившим с 1757 года до 1812 года. Он впервые разделяет кожные болезни по своим морфологическим признакам. Второй основоположник нашей специальной дисциплины был французский врач Базен (Baze), живший с 1807 до 1886 года в Париже. В своем руководстве он говорит о болезнях кожи, вызванных наружными причинами и другими, зависящими от диатеза и конституциональных расстройств моментами; таким образом он уже ставил часть этих болезней в связь с внешними и отчасти с внутренними причинами. По этому автору диатезы характеризуются образованием одного болезненного продукта, который может находиться во всех органах, как, напр., при туберкулезе и карциноме. Конституциональные болезни характеризуются суммой весьма различных болезненных продуктов, которые могут влиять на все органы. Кроме того, Базен говорит об изменениях кожи, зависящих от расстройств внутренних органов, как, например, желтуха при желтой лихорадке, дальше гангрена при чуме, петехиальные сыпи при сыпном тифе. Однако, он причислял к этой группе, зависящей от расстройств внутренних органов, разные другие болезни кожи, как то: пузычатку, герпес и другие дерматозы, обстоятельство, которое в дальнейшем не подтвердилось. Поэтому идея третьего, выдающегося дерматолога прошлого века, венского профессора Гебра, предлагающего болезни кожи распределить по патолого-анатомическим данным, нашла больше приверженцев. Долгое время взгляд Гебра оставался господствующим, но в настоящее время, особенно у нас, совершенно справедливо болезни не рассматривают как комплекс симптомов, а видят причину в расстройстве общего состояния здоровья.

Естественно поэтому старание дерматологов *искать связь болезней кожи с расстройством обмена веществ*, так как в течение последних десятков лет исследования в этом направлении получили большое и вполне заслуженное распространение.

В качестве примера можно указать на исследования Гей, Рей и Эгеа (Gay, Reu и Egea), которые нашли у больных, страдающих кожным зудом и крапивницей то уменьшение, то увеличение сахара в крови. По другим (Corisa

и Cuessta) содержание извести в крови при чешуйчатом лишае изменяется и вместо нормальных 11 mg в 100 кб. см. сыворотки колеблется между 8,5 и 14,5 mg. Рознер (Rosner) выявил гиперхолестеринемию при псориго, Пилау и Шернхарт (Pilau и Schernhardt) определили, что основной обмен при дерматозах бывает в 28% понижен и 12% повышен. Известный немецкий дерматолог Рост (Rost) разделяет экзему, самую частую болезнь кожи, объединенную в свое время Гейбра по морфологическим признакам из нескольких дерматозов в одну болезнь, на целый ряд кожных заболеваний, отличающихся по этиологическим моментам. Так, он выделяет от экземы токсический дерматит, вызванный явно наружными причинами; экзему вследствие расширения вен он называет цианотической дерматопатией; экзему у детей, стоящую в связи с экссудативным диатезом — экссудативным экзематозом; экзему от изменения обмена веществ, то урикемическим, то патогликемическим, то ацидотическим экзематозом. Такая классификация очень интересна, но несколько непонятно, почему Рост, добавляя понятие о причинном моменте требует отбросить и самое название экземы.

Лучше по-моему, при обнаружении этиологического момента прибавить к слову экзема соответствующее прилагательное, а именно экссудативная экзема, урикемическая экзема и т. д., как мы до сих пор говорили о профессиональной экземе, дисгидротической и пр.

Важно найти причины не только для экземы, но и вообще для разных дерматозов и для связи их с расстройствами внутренних органов. Для этой цели имеются в нашем распоряжении следующие возможности:

- во 1) гистологические данные при биопсии;
- 2) результаты клинического исследования, включая исследования на общий обмен — сахар, извести и т. д. в крови и в моче;
- 3) Успешные результаты лечения после применения внутренних средств, влияющих на определенные органы;
- 4) Результаты вскрытий.

Редкость вскрытий среди больных с дерматозами позволяет лишь в исключительных случаях установить связь болезни кожи с расстройствами внутренних органов. Однако, даже в тех немногих случаях, где при болезни кожи дело доходит до аутопсии, патолого-анатомические данные не всегда одинаковы. Так, напр., Лонгкоп (Longcope) констатировал в одном случае диффузной склеродермии у молодого человека атрофию одного надпочечника и орхит, причем автор осторожно говорит о возможной зависимости между эндокринными железами и склеродермией; (Иедличка (Iedlicka) напротив, на основании двух вскрытий б-х с склеродермией, приходит определенно к заключению, что изменения сосудистой системы в эндокринном аппарате, коже и мышцах являются первичными симптомами, а изменения самих этих органов вторичными при склеродермии.

Поэтому стремление некоторых дерматологов, как-то: Леви Франкель и Жюсте большинство болезней кожи с неясной этиологией ввести в определенные этиологические рамки интересно, но недостаточно обосновано. Названные авторы относят к болезням кожи, стоящим в тесной связи с симпатическо нервной системой и с эндокринными железами: склеродермию, аномалии растительности, пигментации, изменения ногтей, гиперкератозы, себоррею, угревую сыпь, крауроз, атрофию кожи, экссудативный глоссит, дисгидроз, эритромелалгию и акроцианоз. А к другой группе болезней кожи, где эта связь с общим состоянием пока еще не доказана, но очень вероятна, они относят псориаз, экзему, крапивницу, почесуху, пузырьчатку и красный лишай, одним словом, почти все болезни кожи с неясной этиологией.

Больше оснований заслуживает распределение болезней кожи с неясной этиологией по Бруно Блох. Он группирует их таким образом:

1. Определенные расстройства обмена веществ вследствие:

а) отложения и импрегнации, как то—подагра, кальциноз, ксанто-ма, амилоидоз, желтуха, аурантиаз;

б) вследствие фотосенсибилизации, как-то:—пеллагра;

в) вследствие дисфункции гормонов, как-то—микседема, болезни Аддисона, ихтиоз, герпетиформный дерматит, кожная атрофия, угре-вая сыпь, менструальные сыпи, герпетиформная импетиго и *Acanthosis nigricans*. Ко II группе т. наз. факультативных дерматозов от расстрой-ства обмена веществ, Бруно Блох причисляет: экзему, невродермит, крапивницу, пруриго, лекарственные сыпи и экссудативную эритему.

Как ни заманчива эта группировка болезней кожи по Блоху, она все же требует дальнейшего обоснования и научного обоснования по от-ношению ко всем указанным болезням.

Бесспорно можно согласиться, что *первая подгруппа* болезней кожи, вызванная отложениями и импрегнациями в коже, существует.

Что касается *второй подгруппы* болезней кожи, вызванных фотосен-сibilizацией, то сущность пеллагры все-таки еще не окончательно вы-яснена.

Мы только знаем, что как при пеллагре, так и при начальной ее форме, так наз. пеллагроиде бывают в совокупности с расстройствами желудочно-кишеч-ного тракта и психики гиперпигментации кожи гл. обр. на открытых частях тела, как-то—на лбу, щеках, тыльной части кисти стоп. Однако наши наблю-дения в поликлинике „Моки“ в Москве подтвердили наблюдения других авторов, что имеются более легкие случаи, где пигментации кожи предшествуют этим расстройствам желудочно-кишечного тракта и психики или последние бывают настолько слабо выражены, что больные на них не жалуются и врач только при тщательном исследовании их констатирует.

Спрашивается, в таких случаях, могут ли такие ничтожные расстройства внутренних органов уже так сильно влиять на эндокринные железы, имеющие отношение к пигментации или влияет ли авитаминоз, признанный за главную при-чину пеллагры, одновременно или еще раньше на изменения пигментации, не-жели на внутренние органы. Вопрос этот не решен, но на основании появления туберкулидов на коже как предвестника активного туберкулезного процесса со стороны легких, возможность появления пигментации как предвестника пел-лагры внутренних органов не исключается. Описанные мною совместно с В. Г. Арещевой случаи пеллагроиде как будто говорят за такую возможность.

Перейдем теперь к *третьей подгруппе* Блоха, т. е. к болезням кожи, вызванным расстройством дисфункции гормонов, как-то: микседема, Аддисонова болезнь и т. д.

Изменения кожи при Базедовой болезни общепризнаны и состоят по Донхину в появлении сильных потов, преимущественно ночью, осо-бенной влажности кожи, вазомоторной раздражительностью, темно-корич-невой окраской кожи, выпадением волос и понижением сопротивляемости кожи к электрическому току. Кроме этих обычных проявлений со сто-роны кожи, при Базедовой болезни наблюдаются еще другие, более редкие явления. как-то: ограниченные туберозные припухания в области голеней, как мне пришлось видеть в описанном д-ром С. Д. Либер-маном случае из кожной кл. II МГУ, в котором улучшения, получен-ные от применения Люголевского раствора не только на базедовизм, но и на припухания на ногах подтвердили единый этиологический момент. Также доказана связь пигментации при Аддисоновой болезни на основании вскрытий и находки изменений надпочечников—органа, влияю-щего на пигментацию.

Очень вероятной является также связь кожных изменений при *Acanthosis nigricans* с внутренними органами. Эта болезнь характеризуется утолщениями кожи на затылке, в сгибах, на наружных половых органах и у заднего прохода

на фоне общей темной окраски кожи всего тела. Различают доброкачественную и злокачественную форму, причем первая является болезнью молодого возраста преимущественно лет возмужалости, а вторая среднего и преклонного возраста. При одновременном раке желудка с переходом на солнечное сплетение, поджелудочную железу и надпочечники встречается Ас. pig.

Наблюдавшиеся мною в кожной клинике II МГУ три случая и описанные совместно с д-ром Шамшиным и д-ром Добровым подтверждают это предположение на основании существующих эндокринных расстройств и наличия рака желудка при вскрытии.

Что касается зависимости рыбьей чешуи от расстройств внутренних органов, то имеются в литературе указания на существование при ней гипотиреозидизма (Porter, Gieben, Krogh и Whigt). Однако, эти наблюдения надо еще считать слишком малочисленными, чтобы окончательно высказаться в пользу такой зависимости.

Несколько больше оснований говорить о зависимости с общим состоянием представляют случаи атрофии кожи, так, напр., Блатт констатировал во всех им исследованных случаях подобного рода (16) какую-то дисэндокринию. Хотя кроме него и некоторые другие авторы, как, напр., у нас Брыскин, подтвердили такое предположение, я всетаки не могу считать это достаточно убедительным для такой этиологии кожной атрофии. С таким же правом на основании некоторых случаев атрофии кожи у туберкулезных субъектов я мог бы высказаться за связь с туберкулезом, но post hoc это не всегда propter hoc.

Несколько более прочным является суждение относительно связи с внутренними органами другой очень распространенной, особенно в настоящее время при обычае больных обращать большое внимание на себя, болезни при *угревой сыпи*. Здесь наблюдаются, как Блох справедливо замечает, 2 фазы развития—первая является следствием физиологической функции половых желез, а вторая образуется благодаря патологическому влиянию этой функции на фолликулярный аппарат кожи. Появление в это время жизни волос на лобке и подкрыльцовых впадинах, а также возникновение менструаций с очевидностью доказывают правильность указанного положения. По Пикку в таких случаях отмечается слабое функционирование половых желез, вследствие чего он советует применять эндокринное лечение. Автор получил, применяя такое лечение у 17 юношей и молодых девушек хорошие результаты в половине случаев.

Пулвермахер указывает на интересный факт отсутствия у евнухов угревой сыпи. Голландер различает 2 вида угревой сыпи. Одни угри развиваются у худых, малокровных субъектов с повышенным обменом и тиреотидной токсикацией, другие у лиц с вялым обменом и пониженной функцией щитовидной железы. Первую группу рекомендуется лечить внутренними приемами адреналина, вторую—препаратами щитовидной железы. По моим наблюдениям оказалось, что из 109 сл. угревой сыпи (68 женщин, 41 мужчина) большая часть, т. е. 78 (51 женщина, 27 мужчин) было в возрасте от 16 до 30 лет. Это совпадение появления угревой сыпи с установлением половой деятельности как будто говорит за зависимость угревой сыпи от влияния половых желез, однако назначение лечения исключительно гормонами только в редких случаях вылечивало болезнь.

Отсюда надо заключить, что, кроме половых органов, при угревой сыпи играют еще роль другие моменты, как-то—расстройство желудочно-кишечного тракта, обмена веществ и конституционального фактора. Только комбинированное лечение угревой сыпи гормонами со средствами для урегулирования желудочно-кишечного тракта и врожденной склонности кожи к жирной себоррее дают с одной стороны лучшие результаты и—с другой—служат доказательством многогранности причины угревой сыпи.

То же самое мы видим и при другой, близко стоящей к угревой сыпи болезни, так называемых *красных угрях*. Эта болезнь характеризуется гиперемией лица, расширением сосудов и увеличением фолликулов. Она значительно реже встречается, чем первая; я в том же самом сроке, когда наблюдал 109 сл.



угревой сыпи, видел только 45 сл. красных угрей (32 у женщин и 13 у мужчин). Эта болезнь начинается, примерно с 30-ти лет жизни и позже и имеет высоту своего развития в 5 и 6 десятилетие жизни. Одной из причин для красных угрей бесспорно служит аменоррея, однако и другие факторы, как-так приливы крови при запорах, алкоголизме и высоком кровяном давлении и как доказали Эпштейн и Суснов нарушения кислотности в желудке имеют большое значение. Важно отметить и значение температурных колебаний, что также способствует прогрессированию красных угрей. Стало быть целый комплекс факторов вызывает красные угри.

Иначе дело обстоит с *дерматозами*. При *дисменоррее* и *беременности*, они исключительно зависят от дисфункции половых желез и самопроизвольно проходят как после месячных, так и после родов или по крайней мере после периода лактации.

Каждому врачу известно появление *герпеса*, т. е. мелких пузырьков около носа или рта, хотя бы во время или до менструаций. Пузырьки сами по себе засыхают через несколько дней и не имеют большого значения. Но имеются как при менструации, так особенно при беременности масса других, более чувствительных поражений кожи, как-то, зудящие эритемы, зуд, крапивница, экзема, пурпура и более редкие болезни, как напр. гнездное выпадение волос, которое мне на днях пришлось наблюдать у одной больной. Все эти дерматозы не специальны для беременности, но могут быть вызваны именно беременностью. Специальными изменениями кожи при беременности является особая пигментация кожи лица, грудных желез и живота, известная под названием хлоазма беременных, которая также, как все другие упомянутые дерматозы, исчезает после беременности, но часто очень медленно. Однако, имеются еще две особые болезни кожи во время беременности; это герпетический дерматит и герпетический импетиго. Обе эти болезни, особенно вторая, представляют—опасность для жизни и требуют по возможности преждевременного окончания беременности.

В моей, совместно с проф. Селицким, опубликованной работе о „дисменоррических дерматитах“, так же как в моем обзоре о „дерматозах при беременности“ я высказался за наличие при этих болезнях токсикозов менструального периода и беременности. Это подтверждается неоднократно наблюдаемыми рецидивами при менструации и при новых беременностях.

Большие затруднения вызывает вопрос об этиологии *плешивости*, как *преждевременной*, так и *гнездной алопеции*. В моей работе о 140 случаях гнездной алопеции я специально занимался вопросом об этиологии. Хотя этот вопрос мною тогда не был решен и в настоящее время также еще не получил окончательного разрешения, заслуживают внимания следующие вопросы:

1) появление болезни по моим наблюдениям обычно вследствие какого-то нервного шока,

2) превалирование заболевания в возрасте от 16—40 лет, т. е. как раз в те годы, когда угревая сыпь, стоящая согласно всем авторам в связи с половыми железами, наблюдается чаще всего.

Относительно гнездной алопеции правда существует больше предположений о связи с щитовидной железой, как доказывали целый ряд описанных случаев (Gézary и Lefebvre, Schonstein, но имеются и указания на расстройство половых желез (Pilau, Schernhash). Кроме того удалось Бушке и Пейзеру экспериментально вызвать у крыс гнездную алопецию кормлением таллием—препаратом, влияющим на вегетативную эндокринную систему. Наконец мои исследования в психиатрической больнице доказали в 4% наличие у душевно-больных гнездной алопеции.

Таким образом вероятность зависимости гнездной плешивости от влияния гормонов на симпатическую нервную систему становится больше, чем влияние паразитарных и инфекционных моментов (Cederberg). Рогерс причисляет ее к неврозам страха, а Козлова получила блестящие результаты от назначения спермокрин. Я лично могу подтвердить, что кроме лечения горным солнцем на рост волос хорошо действуют гормоны. При преждевременной алопеции влияние половых желез по моим наблюдениям бывает только косвенное. В годы возмужалости, когда обычно начинается преждевременная (не симптоматическая, зависящая от острых инфекционных болезней) алопеция, все железы функционируют сильнее и тогда образуется себорея, являющаяся главной причиной преждевременного выпадения волос.

Из сказанного вытекает, что *из всех дерматозов, зависящих по Блоху определено от расстройства обмена веществ, как-напр., при всех дерматозах, вызванных отложениями в коже и подкожной клетчатке, как-то: кальциноз, амилоидоз и пр. и затем при дерматозах при Базедовой и Аддисоновой болезни и менструальных дерматозах имеется бесспорная зависимость с общим состоянием здоровья.* Изменения кожи при пеллагре, ихтиозе, атрофии кожи по всей вероятности также стоят в связи с расстройствами внутренних органов, как при угревой сыпи, гнездной и преждевременной алопеции, но зависят, повидимому, от разных факторов.

Что касается II группы Блоховской схемы факультативных дерматозов от расстройства обмена веществ, то конечно каждый опытный дерматолог в своей жизни видел случаи экзем, невродермита, крапивной лихорадки, пруриго, экссудативных эритем, а также иногда псориаза, стоящие в связи с расстройствами обмена веществ, с желудочно-кишечными неполадками, с неврастениями и с эндокринными железами.

Проще дело обстоит с лекарственными дерматозами, особенно с сыпями от мышьяка и его дериватов, как-то: неосальварсана, бромистых и иодистых препаратов, от аспирина и пр. Менее известно, что подобные лекарственные сыпи могут быть и от люминаля, инсулина, адалина и т. д. Идиосинкразия к последним средствам обычно выступает не сразу, а постепенно, так что больные, иногда даже врачи не верили таким предположениям, убеждаясь в их основательности только при возвратах. У меня было несколько таких наблюдений среди больных врачей.

Существует целый ряд болезней внутренних органов, где определенные изменения кожи предшествуют или сопутствуют первым появлениям внутренней болезни. К таким болезням принадлежит в первую очередь *диабет*. Общеизвестно, что при нем встречаются фурункулы и карбункулы, причем последние являются очень опасным осложнением. Менее известно появление зуда, экземы и баланита от диабета, особенно когда в моче еще нет сахара, а только содержание сахара в крови бывает несколько увеличенным. В таких случаях дерматолог должен больного направить на правильный путь лечения. Я поэтому вполне согласен с Замуелом и Штраусом, что существует преддиабетический период с увеличением сахара только в крови, при наличии характерного зуда. Преувеличенными я считаю указания Гринвуда и Роквуда о частом существовании микотической экземы у диабетиков. Я таких случаев не видел.

Общеизвестны бывают изменения кожи при *лейкемии* и болезни Ходжкина, но менее известно, что изменения кожи встречаются и при *алейкемии* и *сублейкемии* или, как прежде говорили, при *псевдолейкемии*. Последние являются еще более важными, так как они при алейкемии нередко направляют врача на правильный диагностический путь. Эти изменения состоят, как я указал в моей совместной работе с д-ром

Шампинным, чаще всего в образовании опухолей или инфильтратов, затем в появлении так наз. лимфатического пруриго, угревой сыпи, сопровождающейся сильным зудом, а на 3 месте в виде различных дерматозов, как-то эритридермии, пурпуры, красного плоского лишая и зоны.

Но существует еще другая болезнь, где иногда изменения кожи являются первым признаком общей болезни, а именно *туберкулез легких или бронхиальных желез*.

Таким предвестником *активного туберкулеза* или активирования старого туберкулеза является у детей золотушный лихен, а у взрослого пустуло-некротические туберкулиды, то есть узелки с некротической пустулой в центре на разгибательных сторонах верхних и нижних конечностей и на лице. В некотором отношении и узловатую эритему надо считать предвестником общего туберкулеза, однако это менее определено, потому бывают случаи узловатой эритемы, зависящие от других инфекций, кроме туберкулезной. С другой стороны, туберкулезные больные еще подвержены разным дерматозам, так как при обследовании мною 330 туберкулезных я констатировал у них 420 разных изменений: кожи, волос и ногтей, но не специфических для туберкулеза.

Изменения кожи при *болезнях почек* видел Серане в 3,5% в виде зуда у брайтиков исчезающего вместе с процессом почек. Шарген и Кейль констатировали среди 1100 больных с нефритами и нефрозами у 340 кроме отеков, геморрагия, зуда, эризенелойд, —стоматит и пиодермию. В 1904 году я описал случаи экземы и гангрены у нефритиков. В последнее время, благодаря любезному разрешению товарища из Бабушкинской больницы, я имел возможность исследовать ряд больных с нефрозом и нефритом, и наблюдал отечность, геморрагии и гангрену кожи. Однако я хотел еще обратить внимание на белизну кожи, предшествовавшую настоящему отеку и на гладкость и глянцеvidность кожи при образовании отека. При исчезновении отека образуется морщинистость кожи и некоторая ее атрофия.

Затем наблюдаются еще изменения кожи при *декомпенсированных поражениях сердца* в виде отеков кожи ног со своими последствиями; распадом тканей, образованием язв, пурпуры и осложнениями рожей. Эшбахом и другими описано наблюдение покраснения лица с зудом и последующим шелушением кожи при *Endocarditis lenta*.

Кончая свое сообщение, надо еще несколько слов сказать о *психогенных и нейрогенных заболеваниях кожи*. Существует в литературе целый ряд наблюдений экземы, зависящих по авторам от психогенных и нейрогенных расстройств. Наверно каждый дерматолог мог бы привести одно или другое подобное наблюдение. Но все-таки такие случаи принадлежат к редким исключениям.

Итак, нет сомнения, что часть различных дерматозов зависит от расстройств внутренних органов и нервной системы. Но конкретно доказать в каждом отдельном случае, от каких собственно нарушений общего состояния они зависят, является делом очень трудным.

---