

Два случая идиопатической множественной геморрагической саркомы кожи (Kaposi).

(Доложено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Ассистента клиники М. Н. Ашанина.

Учение об идиопатической множественной геморрагической саркоме кожи до сих пор еще неполно установлено; главным образом остается неясным вопрос о том, откуда образуются клетки опухоли, равно как и вопрос о лечении этого нечасто встречающегося страдания. Напротив, диагноз его в огромном большинстве выраженных случаев удается поставить довольно легко: болезнь характеризуется высыпанием разной величины (от просыаного зерна до боба) узелков темно-или синеваато красного цвета, первоначально располагающихся, раздельно или группами,—на кистях или ступнях, а чаще и на руках и ногах. Узелки эти довольно плотны наощупь и лежат глубоко в corium'e. Наряду с ними нередко наблюдаются и разлитые инфильтраты темно-фиолетового или сине-багрового цвета величиною от мелкой серебряной монеты до ладони и более. Почти всегда бросается в глаза, далее, сильная припухлость пораженных участков и ближайших к ним частей—кисти и стопы бывают подушкообразно, а пальцы рук и ног веретенообразно утолщены, вследствие чего пользование больными конечностями становится в высшей степени затруднительным. При нажимании на пораженные участки пациент почти всегда ощущает значительную болезненность, иногда же последняя наблюдается и при покойном положении больного. Эти самостоятельные боли, как и всевозможные гипер-и парестезические ощущения, часто начинаются еще до появления узлов и инфильтратов и многими авторами (Kaposi, Семенов, Pini, de Amicis и др.) признаются за продромальные явления. В ближайшие месяцы затем болезненный процесс переходит на предплечья, голени и дальше—с тем, чтобы в первые годы распространиться на лицо и туловище, а иногда дать метастазы и во внутренние органы. Распространение процесса с кожи на глубжележащие части (мышцы, кости) наблюдается очень редко (Bernhardt, Scholtz, Zumbusch, Крупников).

Впоследствии узелки рассасываются (реже распадаются), оставляя после себя рубцовые пигментные вдавления, или группа узлов, рассасываясь в центре и оставляя после себя подобное вдавление, по периферии образует плотный, слегка зазубренный валик, нередко покрывающийся жесткими и сухими чешуйками, а по наблюдениям Поспелова вместо чешуек иногда образуются кератомы и иглоподобные инкрустации. Лимфатические железы обыкновенно в процесс не вовлекаются, и только на почве изъязвления узлов и омертвления пораженных участков иногда появляется нехарактерное припухание близлежащих желез (Karosi, Pini). Со стороны крови резких отклонений от нормы не встречается. Очаги заболевания нередко появляются и на видимых слизистых оболочках, а также на слизистых пищеварительных и дыхательных органов и даже в печени (H. Hebra, Karosi, Семенов). При неблагоприятном течении болезни наряду с распадом узлов и омертвением очагов заболевания развиваются лихорадка, кровохаркание, кровавый понос, маразм и exitus laetalis в течение первых же 2—3 лет (Karosi, Pini и др.). В других случаях, однако, даже после нескольких лет болезни никаких изменений во внутренних органах, при вскрытии, не находили (Jordan—через 8 лет, Lieberthal—через 14). При благоприятном течении болезни наступает произвольное всасывание узлов, на месте которых остаются участки рубцовой атрофии. Иногда заболевание, периодически то улучшаясь, то ухудшаясь, может тянуться целый ряд лет (Pini, Lieberthal, Лянц), не причиняя больному особенно сильных страданий (в случае проф Хитрово больной прожил 20 лет и умер от другой причины). Повидимому, у молодых субъектов болезнь эта протекает более злокачественно (Joseph, Tommazoli).

Sarcoma idiopathicum встречается, кажется, только у мужчин. Описанные случаи этого заболевания у женщин (Danchez, Navas, Köbner, Shattuck, Tandler, Wakeley и Thomson) у многих авторов (Rona, Ullmann) вызывают сомнение в правильности диагноза, и только случай Pelagatti можно считать более достоверным. Почти всегда заболевание это развивается в пожилом возрасте, а если и описаны случаи его у детей (de Amicis, Tandler, McLean, Стуковенков и др.), то некоторые из них сомнительны. Из отдельных стран саркома Karosi, судя по литературным данным, чаще всего встречается в Италии, затем в Австрии, Германии, России, редко во Франции и Америке, еще реже в Англии. Некоторое значение имеет и национальность больных, — Bernhardt и Halle указывают, напр., что заболевание это чаще встречается у евреев, и действительно, из 28 случаев его, найденных

мною в русской литературе, в 15 оно имело место у евреев, в 5— у татар, в 4—у русских и в 4—у представителей других национальностей.

Вопрос о классификации сарком кожи до сего времени приходится считать нерешенным, что отчасти зависит от большого разнообразия саркоматозных заболеваний. Первая классификация была предложена Реггин'ом (в 1886 г.), который делил их на а) саркомы немеланотические, делившиеся в свою очередь на 1) множественные первичные (саркома типа Кароси, гиподермические вругло-клеточковые, средние или смешанные формы и ложно-микотические формы) и 2) множественные вторичные (метастазы одиночной кожной саркомы или саркомы внутренних органов) и б) меланотические, делившиеся в свою очередь на 1) первичные и 2) вторичные. В 1889 году Гунс к кожным саркомам прибавил и лейкомические заболевания кожи, а также *xeroderma pigmentosum*. Таким образом получилась следующая классификация: 1) саркома типа Кароси, 2) *mucosis fungoides*, 3) *leukaemia* и *pseudoleukaemia cutis*, 4) солитарная идиопатическая саркома кожи, 5) первичная меланосаркома кожи и 6) *xeroderma pigmentosum*. Вскоре затем Унна предложил делить саркомы на дермальные, к пятому виду которых он отнес саркому Кароси, и гиподермальные. В 1897 году на Московском Международном конгрессе de Amicis, пересматривая вопрос о классификации сарком кожи, предложил делить их на 1) кожные саркомы метастатического происхождения и 2) первичные кожные саркомы: а) беспиговые, б) меланотически и в) множественные идиопатические геморрагические (типа Кароси). С развитием учения Кароси о саркоидных опухолях им была предложена новая классификация для всех сарком и саркоидных заболеваний: 1) *mucosis fungoides*, 2) *lymphoderma perniciosum*, 3) *sarcomatosis cutis* и 4) *sarcoma cutis* (*sarcoma* в собственном смысле). Pelagatti, основываясь на подробном изучении сарком, дает более подробную классификацию, а именно, он делит все эти опухоли на А) истинные саркомы и Б) ложные саркомы или саркоиды; в первым он относит: 1) первичную множественную саркому с подразделением на а) *astro-sarcoma* Кароси и б) множественную злокачественную саркому, 2) солитарную саркому и 3) множественную вторичную саркому трех типов, а ко вторым: 1) саркоиды Воеск'а, 2) саркоиды с множественными рассеянными узелками, 3) саркоиды характера больших опухолей и 4) саркоиды, полученные от внедрения посторонних тел. Некоторые авторы, наконец, как Скороспелов, Кудиш, Халин, несогласны ни с мнением Кароси, Унна, Pelagatti и др., считающих идиопатическую саркому за истинную саркому, ни с мнени-

нием de Amicis'a, Pini и др., признающих это заболевание за саркоид, и относят его к гранулемам. Mikulicz тоже видит в ней инфекционный процесс.

Несмотря на обширную литературу по вопросу о гистопатогенезе саркомы Karosi, вопрос этот до сего времени остается неясным, что отчасти зависит от крайнего разнообразия картины болезни, наблюдаемой в разных случаях, а иногда и у одного и того же больного. Так, в случае Трапезникова один узел представлял собою типичную веретенообразную саркому, а другой больше всего походил на гранулему. Профессор А. А. Хитрово, подробно изучивший это заболевание с клинической и гистологической стороны, считает его за „своеобразный процесс“, где клетки, вначале саркоматозные, при обратном развитии узлов принимают вид обычных фибробластов, характерных для гранулемы, узлы же представляют собой инфильтрацию ткани соединительнотканнми молодыми соединительнотканнми клетками, причем в дальнейшем или распространяется эта инфильтрация ткани, и клетки принимают саркоматозный характер, или они, по типу сарком, наслаиваются друг на друга и вытесняют основную ткань. Узлы, развивающиеся путем инфильтрации, часто принимают вид типической гранулемы, так как их развитию сопутствуют явления хронического воспаления.

Большое разногласие существует и относительно того, откуда происходят те клетки, которые образуют опухоль. Так, Pini, Kallindero и др. говорят, что клетки эти образуются из эндотелия сосудов; однако эндотелиомы имеют совершенно другое строение, чем саркомы, да и митозов в эндотелиальных клетках в большинстве случаев не имеется. По мнению других (Bernhardt и Halle) клетки эти образуются из перителія капилляров; но капилляры нормальной кожи перителія не имеют. По мнению третьих (Pick) они происходят из Plasmazellen; но в приложенном этим автором рисунке митоз виден в клетке адвентиции сосуда, да и вообще митозы Plasmazellen нетипичны. Некоторые авторы (Perrin, Philipsson и др.) указывают, наконец, что клетки эти образуются из предсущствующих соединительнотканнх клеток соединительнотканнх клеток, тогда как Хитрово утверждает, что они развиваются из клеток адвентиции кровеносных сосудов.

Относительно этиологии идиопатической саркомы, как и других новообразований, до настоящего времени нельзя сказать ничего положительного. Заметим только, что некоторые авторы, как Зеленев, Семенов, Типцев, Пивоваров, видят в этом заболевании паралитический ангионевроз, подтверждением чего, между прочим, служит наблюдавшееся иногда под влиянием специфического противо-

сифилитического лечения значительное улучшение этого болезненного процесса у сифилитиков. Другие, считаясь с симметричным расположением сыпи, причину этой болезни усматривают в заболевании нервной системы.

Перейду теперь к описанию двух случаев саркомы Каросі, наблюдавшихся нами в Госпитальной Кожно-Венерической клинике.

Случай I. Больной А., татарин, Казанской губ., 53 лет, по занятиям земледелец, поступил в клинику 17/XI 21 г. В молодости ничем не страдал. Родители и близкие родные никаких заразных болезней не переносили. Осенью 1920 г., с первым снегом, у него появились боли в ногах, ниже коленных суставов, а недели через 2—3 в этой же области появилась отечность, которая, как и боли, при ходьбе и охлаждении ног увеличивалась, а при постельном пребывании совершенно исчезала. Около месяца спустя, появились узелки на наружной поверхности правого голеностопного сустава, а недели через 2—на внутренней поверхности того же сустава и на левой стопе. В ближайшие 1—2 недели процесс распространился на тыл обоих стоп. В середине декабря сыпь появилась на правом коленном суставе, а около середины января 1921 г.—и на симметричном месте левой ноги. В первых числах мая появились зуд и сыпь на кистях обеих рук, причем зуд этот держится и до сего времени; узелки на правом предплечье появились около месяца тому назад.

Status praesens. Больной среднего роста, мускулатура развита хорошо, подкожная клетчатка—сравнительно слабо; окраска кожи кроме нижеописанных мест поражения, и доступных осмотру слизистых оболочек—нормальна. Паховые и бедренные железы с обеих сторон несколько увеличены, довольно плотны, остальные нормальны. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено (д-р Г. И. Перекротов). Со стороны нервной системы отмечается понижение всех видов кожной чувствительности, непроизвольные болевые ощущения, а по временам и чувство жара в области стоп. В остальном каких-либо отклонений со стороны нервной системы не наблюдается (д-р В. П. Первушин). Моча ни в качественном, ни в количественном отношении отклонений от нормы не представляет. *R. W.* в кровяной сыворотке отрицательная, гемоглобина—100% (по Sahli), эритроцитов—4.010.000. белых кровяных шариков—630.000, в том числе полинуклеаров—66,5%, больших и малых лимфоцитов—27,4%, мононуклеаров и переходных форм—4,6%, эозинофилов—1,5%.

Кожа обоих голеностопных суставов и особенно стоп напряжена, сильно отечна, благодаря чему тыл стоп и пальцев подушкообразно вздут, а в области плюсно-фаланговых сочленений имеются довольно глубокие борозды; на голенях отек выражен тоже ясно, но значительно слабее, чем в нижележащих частях, причем по мере приближения к коленным суставам отек этот уменьшается, в области же этих последних обнаружить его совсем не удастся. Замечается небольшая отечность левой кисти. При нажимании пораженных участков (особенно стоп) получают болевые ощущения. Кроме того на всех конечностях наблюдаются еще следующие изменения:

Правая нижняя конечность: на тыле первых 4-х пальцев, на наружной половине тыла стопы и на внутренней поверхности голеностопного сустава имеются сплошные, почти не выступающие, разлитые инфильтраты сине-багрового цвета, неправильного очертания. На тыле этой же стопы, особенно ближе к голеностопному суставу, а также по периферии наружного мыщелка коленного сустава, находится большое количество окрашенных в синюшный цвет, разрывающихся, но еще не выступающих над уровнем кожи узелков величиною от чечевицы до горошины. Наряду с этим на середине подошвы, у внутреннего края ее, вокруг наружного мыщелка голеностопного сустава, а также на передней поверхности голени, в нижней трети ее, находятся уже выступающие, довольно плотные наощупь узелки вышеописанного размера и окраски, причем над и впереди от наружного мыщелка голеностопного сустава они сливаются в общую массу. Такие же группы узелков, но более ярко окрашенных в сине-фиолетовый цвет, имеются на внутренней поверхности голенного сустава и книзу от *patella*, между тем как кнаружи от нее находится сплошной, не выступающий над кожей инфильтрат, сине-красного цвета, в центре как-бы несколько вдавленный и окрашенный в более красный цвет. В средней трети бедра, сзади, имеется синева-розовый инфильтрат, на котором местами выстоят более синюшно окрашенные эффло-ресценции величиною с чечевицу, плотные наощупь.

Левая нижняя конечность: на наружной и внутренней поверхностях тыла стопы, кроме отека, находятся почти сплошные, не выступающие над уровнем кожи, инфильтраты сине-бурого цвета. На внутренней поверхности тыла стопы и на середине подошвы, у внутреннего края ее, а также на тыле 2, 3 и 4-го пальцев имеются возвышенные, довольно плотные, окрашенные в синюшный цвет узелки величиною от чечевицы до полугорошины и несколько больше. Два таких же очага с узелками находятся и на передней поверхности левой голени, в нижней половине ее. Несколько книзу от *patella* имеется почти сплошной инфильтрат сине-красного цвета, не выступающий над кожей, а в центральной части даже несколько вдавленный и окрашенный в еще более красный цвет, почти без всякого синюшного оттенка. В области *patella* и на передней поверхности бедра, в средней трети его, находится по одному синева-розовому пятну неправильных очертаний; на этих пятнах выделяются несколько выступающие и более синюшно окрашенные эффло-ресценции величиною с чечевицу.

Изменения на верхних конечностях выражены значительно слабее и сводятся к наличию вышеописанных сплошных, почти не выступающих инфильтратов сине-багрового цвета, неправильной конфигурации, наблюдаемых на тыле пальцев и кистей обеих рук. Кроме того на сгибательной и разгибательной поверхностях правого предплечья, в нижней трети его, имеется по одной небольшой группе несколько выступающих, синюшно-окрашенных эффло-ресценций, величиною с чечевицу, расположенных на синева-розовых пятнах неправильного очертания.

Отличить саркому *Karosi* от других сходных с нею страданий кожи в данном случае представлялось трудным. Так, при других

заболеваниях, отнесенных *Karosi* в общую рубрику *sarcomatosis cutis*, хотя появляются подобные же эффоресценции, инфильтрирующие *corium* и отчасти клетчатку, но они имеют ту особенность, что в центре своем несут вдавление и сильно болезненны, особенно при надавливании. Эффоресценции эти бывают, далее, беспорядочно разбросаны по всему телу и конечностям, без излюбленной локализации на стопах и кистях. Кроме того, узлы эти нередко растут очень быстро, достигают больших размеров и сидят несколько глубже — в подкожной клетчатке и отчасти в нижних слоях *corii* (*Karosi*).

Сравнительно редко встречающаяся *sarcoma cutis* в собственном смысле слова характеризуется появлением на груди, спине и отчасти на конечностях отдельных изолированных узелков от лесного ореха и больше. Узелки эти выстоят над кожей, сидят на широком основании, а иногда на ножке, имеют цвет нормальной кожи или желто-красный, реже — синева-то-или багрово-красный. Нередко над ними замечают целую сеть расширенных сосудов.

Более злокачественная, часто уже через несколько месяцев дающая *exitus laetalis*, *sarcoma cutis pigmentosum* s. *melanosarcoma* характеризуется появлением несколько болезненных при давлении узелков такого же размера, как и при *sarcoma idiopathicum*; но узелки эти образуют здесь как-бы губчатые, выстоящие над кожей, опухоли вишнево-синего или черного цвета. Узелки эти появляются под ногтями, на лице, туловище или *labia majora* — на месте бывших *naevi* или пигментрированных бородавок. Процесс обыкновенно распространяется вокруг первоначального очага, а затем дает метастазы по всему телу. Уже вскоре по появлении заболевания значительно припухают близлежащие лимфатические железы.

Против диагноза *mycosis fungoides* в нашем случае говорило отсутствие *stadii praemycotici*, характеризующего экзематозным и лихеноидным изменением кожи с сильным зудом. Хотя в третьем периоде этой болезни и встречаются узлы, но они нередко достигают больших размеров (апельсина и даже детской головки по Пospelову), отличаются ярко-или розово-красным цветом и лоснящейся поверхностью. Узлы эти очень склонны к распаду, выделяют вонючую клейковидную массу и дают язвы с грибовидными разращениями. Заболевание это сопровождается припуханием всех лимфатических желез. Необычна при нем и исключительная локализация процесса на конечностях, имеющаяся в нашем случае.

Излюбленное появление узелков опухоли при *lymphodermia perniciosa*, при *leukaemia* и *pseudoleukaemia cutis* на лице, почти нормальный цвет кожи, покрывающей их, сильный зуд, резкое изменение всех лимфатических желез и селезенки, а также лейке-

мические изменения крови—все это позволяет исключить здесь и названные заболевания.

Саркома Каросі легко отличима и от *lepra*, где мы встречаем значительные изменения кожной чувствительности, а при длительном заболевании—обыкновенно *facies leonina*. Узлы при *lepra* характеризуются, далее, бурным цветом, причем в них всегда имеются бактерии *Hansen's*.

Еще легче отличить данное заболевание от *lues'a*, где течение болезни бывает более быстрое, окраска эффоресценций—медно-красная, симметричной локализации процесса на кистях и стопах почти никогда не бывает, а равно не наблюдается и сплошных инфильтратов и подушкообразных вздутий на конечностях.

Микроскопическое исследование кусочка кожи, вырезанного 23/VI с тыла указательного пальца левой руки у нашего больного, из очага заболевания, представлявшего собою сплошной, почти не выстоявший над уровнем кожи инфильтрат сине-багрового цвета, подтвердило правильность поставленного нами диагноза.

Кусочек был уплотнен в алкоголе восходящей концентрации и залит в целлоидин. При окраске срезов 1) полихромовой метиленовой синькой, 2) по *Parrenheim'u*, 3) кислым орсеином-синькой, 4) по *Van-Gieson'u* и 5) синькой-таннином—кислым фуксином найдено следующее: А) при малом увеличении: роговой слой кожи несколько утолщен, не разрыхлен, явлений паракератоза не наблюдается; толщина *rete Malpighii* нормальна, граница между эпителиальным слоем и *cutis* резкая; кожные сосочки контурированы нормально, содержат больше, чем в норме, клеточных элементов, причем последние группируются почти исключительно вокруг капилляров; кровеносные сосуды подсосочковой сети значительно расширены, вокруг них замечается ясная клеточная инфильтрация, а местами клетки инфильтрата в виде небольших скоплений лежат и вне периваскулярных пространств. В толще кожи, несколько ниже уровня подсосочковой сети, имеется фокус, границы которого выражены нерезко; в поверхностных слоях фокус этот состоит из пучков новообразованной соединительной ткани, переплетающихся в различных направлениях, а в глубине *cutis* эта новообразованная соединительная ткань приурочивается к ближайшей окружности крупных сосудов, причем пучки эти идут здесь еще более беспорядочно. Отдельные очаги инфильтрации, выраженные, как уже указано выше, особенно интенсивно вокруг крупных сосудов, разделены правильно идущими тяжами—остатками предсуществующей соединительной ткани. Сосуды этого слоя кожи также расширены, а местами видны и вновь образованные капилляры, отличающиеся большей, чем в норме, шириной и идущие без всякого порядка.

Б) Большое увеличение: в эпителиальном слое инфильтрации лейкоцитами нигде не замечается; явления незначительной отежности клеток эпителия наблюдаются только местами; в области сосочков

инфильтрат, лежащий вокруг капилляров, состоит главным образом из вытянутых или неправильно контурированных отростчатых клеток соединительнотканного типа; в меньшем числе встречаются более крупные и более светло окрашенные клетки овальной формы, располагающиеся в непосредственной близости сосудов. Кроме этих элементов встречаются мелкие, круглые, интенсивно окрашенные клетки типа лимфоцитов, но в еще меньшем количестве, чем предыдущие формы. Лейкоцитов нигде не попадает. В области сосудов подсосочковой сети характер периваскулярного инфильтрата остается тот же, а диффузно инфильтрирующие эту область клетки представляют собою клетки соединительной ткани, то более молодые, то более старые, близкие к фибробластам. Эндотелий расширенных сосудов несколько набух, а в области фокуса местами представляется и пролиферирующим, причем изредка пролиферация эта доходит до полного уничтожения сосудистого просвета.

Клеточные элементы, расположенные в вышеописанном главном фокусе заболевания, могут быть разделены на следующие виды: 1) крупные овальные клетки с светлыми, несколько продолговатыми ядрами, бедными хроматином; клетки этого вида лежат преимущественно вблизи сосудов и в центре отдельных скоплений клеток; 2) клетки неправильного очертания—то хвостатые, то отростчатые, то веретенообразные; они лежат в периферических отделах клеточных скоплений, причем местами расположены пучками, и длинные оси их идут в одном направлении, как это наблюдается при новообразованиях соединительнотканного характера (саркомы, фибромы); 3) фибробласты, в большом количестве разбросанные без всякого порядка между клетками других видов; 4) встречающиеся местами в небольшом количестве лимфоциты; 5) попадающиеся в некоторых местах периферических отделов фокуса, опять-таки в небольшом количестве, Mastzellen. Лейкоциты и гигантские клетки отсутствуют. Наблюдая расположение указанных клеточных элементов и их отношение к сосудистым стенкам, можно установить, что наличие молодых соединительнотканых клеток только вблизи сосудистой стенки, как и наличие в этой области митозов,— правда, встречающихся очень редко,—с несомненностью указывает на процесс полиферации клеток *adventitia*. При этом вновь образованные клетки постепенно отесняются более молодыми к периферии фокуса, одновременно с этим принимая характер обычных, вытянутых клеток соединительной ткани. Коллагенная ткань в области фокуса состоит из волокон двух родов: одних—в форме более тонких правильных пучков, представляющих остатки предсуществующей ткани, других—более сочных, толстых, светлее окрашивающихся волокон новообразованной ткани, идущих без всякого порядка. Между отдельными клетками, образующими фокус, можно видеть очень нежное, с еле заметным волокнистым строением, межучочное вещество. Межучочная ткань в области сосочков и подсосочковой сети сосудов построена нормально; лишь в области инфильтрата волокна ее разрежены, отечны и окрашиваются более слабо. Эластическая ткань на месте узлов отсутствует, по периферии же их, а также в некоторых прослойках между отдельными скоплениями саркоматозных клеток, количество ее

как-бы увеличено. Кроме того в фокусе, особенно на периферии его, довольно часто можно встретить скопления пигмента или в виде мелких зернышек, или в виде небольших глыбок; пигмент этот лежит преимущественно вне клеток, но местами зернышки его видны и внутри их. Явлений перерождения ни в клетках, ни в межклеточной ткани не наблюдается.

В виду того, что очень многие авторы (Поспелов, Хитрово, Фокин, Дагаев, de Amicis, Кёбнер и др.) получали хорошие результаты при лечении саркомы Кароси мышьяком, нашему больному были назначены инъекции 1% раствора *Nat. arsenicis* в возрастающих дозах, начиная с 0,3 и до 2,0 куб. сант. Под влиянием этого лечения, начатого 22/VII, появилось шелушение кожи на очагах заболевания; к 13/VII узелки сделались несколько мягче и плосче, шелушение кожи на очагах заболевания усилилось; к 19/VIII узелки стали еще плосче, окраска сплошных инфильтратов сделалась менее интенсивною. Больной по семейным обстоятельствам выписался.

Случай II. Больной М., также татарин, крестьянин Казанской губ., 61 года, поступил в клинику 2/II 1922 г. До настоящего заболевания больной ничем не страдал и только лет 20 назад течения нескольких месяцев пролежал в кровати по поводу отечности ног и живота, прошедшей без всякого следа. Родители больного в настоящее время умерли, но до преклонных лет были здоровы и умерли „от старости“. Братья и сестры больного ничем подобным настоящему заболеванию не страдали. *Lues'a* в анамнезе нет. Настоящее заболевание началось осенью 1920 г. с того, что мизинец, указательный и безымянный пальцы правой руки покраснели и несколько опухли. Постепенно опухоль перешла на тыл кисти, затем распространилась и на ладонную поверхность. Месяцев за 6 до поступления больного в клинику у него покраснела и отекала левая стопа, а месяца 4 назад на тыле правой кисти появились отдельные узелки. В это же время появились покраснение и отечность левой кисти и пальцев ее, а также всей правой стопы. Около месяца назад заболел большой палец правой руки. Месяца 3 назад М. находился на излечении в одной из уездных больниц, где ему сделали 30 инъекций мышьяка без видимого результата. Жалобы больного сводились к ощущению тянущих болей в пальцах правой руки и ногах и к зуду в области правой стопы; при надавливании на болезненные очаги боли усиливались.

Status praesens: больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой мышечной системой. Со стороны нервной системы—небольшой тремор, понижение кожных рефлексов и всех видов чувствительности в пораженных участках, в местах максимальной отечности кожи—почти полная анестезия; реакция со стороны вазомоторов кожи получается о большим трудом (д-р Русецкий). Из лимфатических желез незначительно увеличены подчелюстные, подмышечные и бедренные. Со стороны крови наблюдается значительное понижение содержания гемоглобина (50% по *Sahli*), число эритроцитов—3,550,000, лейкоцитов—9,000, в том числе нейтрофильных полинуклеаров 65,5%, лимфоцитов—

25⁰/₀, мононуклеаров и переходных форм—5⁰/₀, эозинофилов—1,5⁰/₀. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не найдено. Аппетит хороший. Моча в качественном и количественном отношении нормальна. Реакция Wassermann'a в крови отрицательная.

Со стороны кожи наблюдаются следующие отклонения от нормы: вся кисть правой руки напоминает перчатку для фехтования,—она подушкообразно вздута, особенно с тыльной поверхности, пальцы веретенообразной формы, растопырены. Отечность эта заходит на предплечье и на плечо, постепенно уменьшаясь по направлению кверху; вся отекая часть кожи плотно-эластической консистенции и окрашена в разные оттенки сине-красного цвета, причем на предплечье и плече окраска эта сохраняется только в области расположения нижеописанных узелков. На тыле лучезапястного сочленения и кисти и на разгибательной и внутренней поверхностях предплечья и плеча имеется целый ряд узелков разной формы и размеров, от чечевицы до грецкого ореха; одни из них выстоят над кожей, другие—нет; местами они расположены поодиночке, местами образуют группы неправильной формы, некоторые из них плоски, другие ясно выпуклы. Узелки эти лежат в толще кожи, в большинстве случаев отличаясь от окружающей кожи более плотной консистенцией и более интенсивной окраской. Тыл пальцев свободен от таких узелков, но на ладонной поверхности в области концевой фаланги замечаются отдельные узелки величиною с просяное зерно и несколько больше, резко выделяющиеся своим вишнево-синим цветом.

Левая рука поражена значительно меньше: ясная, но значительно меньшая отечность видна только на тыловой стороне кисти; на предплечье и ладонной поверхности отечность эта едва заметна. В области наибольшей отечности имеется инфильтрат буро-красного цвета. Плотность всех пораженных участков значительно меньше, чем справа, менее заметна и синюшная окраска. На фоне бурого окрашивания кожи выделяются отдельные узелки своим вишнево-красным цветом. Размеры этих узелков—от просяного зерна до чечевицы; некоторые из них совсем не выстоят над поверхностью кожи, другие же слегка выстоят над ней; на пальцах такие узелки имеются и на тыловой стороне (на большом, безымянном и мизинце), и на ладонной поверхности (на указательном и мизинце). В области лучезапястного сочленения узелки эти несколько большего размера.

На правой ноге буро-фиолетовый инфильтрат имеется только в области нижней половины стопы и всех пальцев, откуда он опускается на подошвенную поверхность, оставляя центральную часть ее свободной от этого окрашивания. На месте этого инфильтрата наблюдаются шелушение эпидермиса и небольшая отечность кожи. Небольшая отечность имеется и на остальных местах стопы, а также и голени. На всей поверхности бурого инфильтрата замечаются разбросанные фиолетово-красные узелки вышеописанного характера и размера, причем на подошвенной поверхности все они сидят глубже, чем на тыльной.

На левой стопе буро-фиолетовый инфильтрат совсем отсутствует, но небольшая отечность имеется. На тыле стопы, особенно на

медиальном крае ее, находятся отдельные эффоресценции величиною от просяного зерна до медной пятикопеечной монеты, малинового или фиолетово-красного цвета. Эффоресценции эти плотны наощупь и представляют собой узелки, возвышающиеся и не возвышающиеся над уровнем кожи. Пальцы левой стопы нормальной конфигурации, но на тыле своем имеют вышеописанного характера узелки. Такие же высыпания, величиною до трехкопеечной медной монеты, фиолетово-красного цвета, имеются и в области левого коленного сустава.

Течение этого случая было не так доброкачественно, как первого: при применении тех же инъекций *Nat. arsenicici* сначала никаких изменений в течении болезни не замечалось, а потом стали появляться новые узелки, старые же увеличились в размерах, и некоторые из них изъязвились. Только отечность и боли в стопах и кистях рук несколько уменьшились. Лечение неосальварсаном тоже не дало благоприятного эффекта. 35/IV больной выписался из клиники.

Таким образом гистологическая картина I случая подтверждает вывод, сделанный проф. А. А. Хитрово, что саркома *Karosi* растет из *adventitia* сосудов. Заслуживает внимания еще неодинаковое отношение обоих наших случаев к мышьячной терапии: тогда как в I случае уже с 16-й инъекции мышьяку началось улучшение процесса, продолжавшееся и при дальнейших вприскиваниях, во II случае, несмотря на длительное лечение (60 инъекций мышьяку), процесс продолжал ухудшаться как в смысле появления новых узелков, так и в смысле изъязвления старых, причем и внутривенные вприскивания неосальварсана не дали улучшения.

Подробную литературу вопроса см. у Хитрово, К учению об идиопатической множественной геморрагической саркоме (*Karosi*), дисс., Казань, 1908, и Dalla Favera, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, Bd. 109, N. 3.
