

## Два случая кожного лейшманиоза, леченных сурьмой \*).

Ассистента А. Б. Вайнштейна.

Бывшие столь редкими в наших широтах тропические болезни начинают, повидимому, встречаться у нас все чаще. Это находится в связи с пережитыми годами гражданской войны и голода, когда население бросало насиженные места, уезжало в далекие окраины (Туркестан, Закавказье), а теперь, возвращаясь оттуда, привозит с собою лейшманиоз и т. п. заболевания. Забывая об этом, мы иногда находимся в затруднительном положении, так как клиническая картина кожного лейшманиоза не дает никаких опорных пунктов для диагноза, и на помощь нам приходят только микроскоп и анамнез. Я позволю себе вкратце остановиться на некоторых спорных вопросах этиологии и гистопатологии этого страдания.

В то время, как общепризнанным возбудителем кожного лейшманиоза являются тельца *Leishman'a - Donovan'a* (идентичные таковым и при внутреннем лейшманиозе), — весьма оригинальный взгляд на этиологию страдания высказывает *Donagh*: по его мнению плохоспринимающая окраску протоплазма паразита с узким, хорошо окрашивающимся ободком является вовсе не телом паразита, а остатком той эвдотелиальной клетки — „*Wirtzelle*“, — куда проник паразит, относящийся, по его мнению, к кокцидиям, почему и весь процесс он называет „авенерическим кокцидиозом“. Переносчиками болезни, помимо человека и домашних животных (*Марциновский*), могут служить комары рода *Anopheles* (*Franchini*) и клопы (*Faber* и *Harold*).

Тельца *Leishman'a - Donovan'a*, повидимому, являются паразитами тканевыми, так как в периферической крови их удалось найти только один раз *Neumann'u*. *Давытян*, наблюдавший случай *kala-azar*, мог обнаружить паразитов в мазках из пунктата селезенки только в том случае, если при пункции вместе с кровью попадала и селезеночная ткань.

Вопрос о взаимоотношении между кожным и внутренним лейшманиозом не выяснен до настоящего времени. Большинство авторов склонно отрицать возможность одновременного существования обоих заболеваний у одного и того же индивидуума (*Хозукин*, видевший в Мерве массу больных детей с кожным лейшманиозом при отсутствии у них *kala-azar*);

\* ) Сообщено в научном Собрании врачей Института 26/V 24 г.

находятся, однако, отдельные авторы, считающие такое сочетание возможным (Kastellano).

Клиническая картина кожного лейшманиоза не представляет ничего характерного. Различают кожную и подкожную формы (Cheen); встречающиеся при обеих формах узлы большей частью изъязвляются, хотя иногда попадают папуло-пустулезные формы без изъязвления (Schrotter, видевший у ребенка до 100 неизъязвившихся инфильтратов). Спорной является отчасти и гистопатология процесса: одни авторы находили строение эпителиомы и отсюда указывали на роль Protozoa при злокачественных новообразованиях (Cheen), большинство же считает кожный лейшманиоз банальным воспалением в начале болезни и инфекционной гранулемой — в конце ее.

После этого вступления обратимся к двум случаям кожного лейшманиоза, наблюдавшимся нами в Казани.

Весной 1924 г. в Кожно-Венерическую клинику почти одновременно поступило двое больных: Ш-в, 33 лет, и Ц-а,—девочка 4 лет, оба приезжие из Туркестана. Некоторый интерес со стороны анамнеза представляет первый больной: по его уверению он вернулся из Туркестана в конце 1920 г., заболел же в конце 1923 г.—инкубация здесь тянулась, т. о., три года (?); у второй больной заболевание тянется год. Оба больные явились в клинику по поводу имеющих на лице язв.

1. Б-ой Ш., 33 лет, татарин; телосложение и питание хорошее, со стороны внутренних органов и нервной системы никаких отклонений от нормы, кровь и лейкоцитарная формула также нормальны, WR и SGR отрицательны. Болезненный процесс локализуется на лице: на правой щеке имеется инфильтрат, величиной с  $1\frac{1}{2}$  ладони, подходящий вплотную к глазу; при ощупывании инфильтрата отмечается тестоватая припухлость; цвет его—синеваато-фиолетовый. В центре инфильтрата неглубокая язва, величиной с медный пятак, круглой формы, со слегка подрытыми краями и с незначительным отделением; в дне язвы видны разрастающиеся грануляции; цвет ее—насыщенно-фиолетовый. На левой щеке также определяется инфильтрат, несколько больших размеров, переходящий отчасти на верхнюю губу и спинку носа; в центре его видна язва величиной с 3-копеечную медную монету, такого же характера, как и вышеописанная. В нижней части левой щеки находилась третья язва—совершенно иного вида: овальной формы, почти плоская, с инфильтрированными, покато спускающимися краями, инфильтрированным дном, насыщенно-темного цвета, не дающая выделений, т. е. клинически типичный склероз. Железы нормальны.

П. Б-ая Ц., 4 лет, русская. Телосложение и питание удовлетворительны. Внутренние органы, нервная система, кровь и лейкоцитарная формула нормальны. WR и SGR отрицательны. Болезненный процесс локализуется также на лице: посредине левой щеки имеется инфильтрат величиной с медный пятак, тестоватой консистенции, синебагрового цвета; в центре его—язва величиной с 2-копеечную медную монету, довольно глубокая, с подрытыми краями, без инфильтрации по краям и в основании, с значительным отделением.

Т. о. у обоих больных мы констатировали на лице ряд язв, не дававших клинически никакого опорного пункта для диагноза, так как с одинаковым успехом мы могли говорить здесь и о вульгарных абцессах, и даже о склерозе у первого больного. Анамнез обоих больных заставил, однако, нас заподозрить кожный лейшманиоз; обиле телец Leishman'a-Donovan'a, найденных в мазках из соскоба язв, подтвердило наше предположение. У обоих больных были поставлены две реакции преципитации: Nariet (с 30% формальдегидом—яко-бы специфичная для kala-azar) и Gramarachi (с aq. destill.); но обе реакции у обоих больных дали отрицательный результат.

Переходя к вопросу о лечении, нужно сказать, что ни при каком другом заболевании не было предложено столько средств, как при кожном лейшманиозе, с самыми различными результатами. Предлагались выскабливание (Nogman), углекислота (В. Поспелов), радий, сальварсан (Богров), висмут в форме стибенила (Causton), „Bayer 205“

(Lindenberg). В 1913 г. Wianna впервые ввел в терапию лейшманиоза сурьму, и с тех пор она с различным успехом применялась отдельными авторами. Smidt, собрав всю литературу с 1906 г. по 1921 г. о лечении сурьмой различных заболеваний, пришел к выводу, что лучше всего поддается лечению сурьмой кожный и внутренний лейшманиоз, затем венерическая гранулема, *angina Vincenti*, наконец сифилис—при применении сурьмы с зильберсальварсаном в виде антилюэтина. Так как местно сурьма производит сильное раздражение тканей, то она большей частью применяется внутривенно. Неодинаковые успехи с сурьмой у различных авторов при кожном лейшманиозе объясняются, по видимому, тем, что при оценке результата не принимается во внимание длительность болезни. В этом отношении заслуживает внимания работа Хозукина („Опыт лечения кожного лейшманиоза сурьмой“, Вр. Газ., 1924, № 21—22), который имел под своим наблюдением 26 случаев кожного лейшманиоза, разделенных им по длительности болезни на три группы: случаи в стадии созревания язвы, в периоде цветения и в периоде рубцевания. Всех больных он лечил внутривенными вливаниями 1% сурьмы (20—30 вливаний на курс). При этом в то время, как у больных, находившихся в периоде рубцевания язвы, получилось полное выздоровление, у больных в периоде цветения % выздоровления равнялся только 33, а у больных в периоде созревания этот % падал до 0 (у последней группы больных после полного курса вливаний в язвах были обнаружены тельца *Leishman'a-Dopova'n'a*). Хозукин (в противоположность Давьтяну, видящему в сурьме настоящее хемотерапевтическое средство) думает, что сурьма не вызывает изменений в биологических особенностях паразита, т. к. культуры последнего до лечения и после него ничем не отличались друг от друга.

Наших двух больных мы также лечили внутривенными вливаниями 1% сурьмы. Вливания (в количестве 5,0—12,0 у первого больного и 1,0—5,0—у второй) делались 2 раза в неделю; всего было сделано обоим больным по 10 вливаний. Каких-либо побочных явлений общего и местного характера при этом не наблюдалось. После третьего вливания у обоих больных язвы стали очищаться (местно к ним прикладывалась мазь из ланолина и вазелина aa); после пятого вливания тельца *Leishman'a-Dopova'n'a* были находимы уже с трудом, и началась эпителизация, которая к 10-му вливанию закончилась, покрыв все язвы тонким, нежным слоем. Так как в соскобах из язв паразиты больше не обнаруживались, дальнейшее лечение мы сочли излишним и произвели у первого больного экцизию (к сожалению, до лечения больные от таковой категорически отказались). Вырезан кусочек из края затянувшейся язвы, который был фиксирован в спирите, залит в целлоидин, и срезы окрашены гематоксилин-эозином, по *van-Gieson'u*, по *Unna-Parrenheim'u* и *Giemsa*.

При слабом увеличении получилась следующая картина: сосочки сглажены; эпителий утончен, в некоторых местах отечен, межклеточные промежутки в нем расширены, в некоторых эпителиальных клетках перинуклеарный отек, кое-где расширенные фолликулы, заполненные роговыми пробками; *corium* и сосочки заняты сплошным инфильтратом, который располагается больше в верхнем отделе *corium'a*; в глубоких слоях инфильтрат этот располагается отдельными фокусами, преимущественно вокруг сосудов. Соединительная ткань отечна, с расширенными лимфатическими и кровеносными сосудами, местами подверглась перерождению,



что видно по окраске. При сильном увеличении видно, что инфильтрат в главной своей массе состоит из мелких лимфоцитов и плазматических клеток. Последние самой разнообразной формы и величины, встречаются в большом изобилии, местами (вокруг сосудов) в виде гнездных скоплений, вытесняющих своей массой остальные клеточные элементы; многие из плазматических клеток находятся в стадии распада. Местами попадают гигантские клетки типа Langhans'a, в соседстве с ними эпителиодные клетки и кое-где одиночные тучные клетки. Встречаются также фибробласты, изредка лейкоциты. Телоц Leishman'a - Donovan'a в срезах обнаружить не удалось.

Т. о. по гистопатологической картине один из наших случаев представлял типичную инфекционную гранулему, что согласуется с данными большинства авторов.

---

Dr. A. B. Weinstein (Kasan). Zwei Fälle der Hautleishmaniose mit Stibium behandelt.

In einem Falle wurde die Erkrankung bei einem 33 Jahre alten Manne beobachtet, im anderen—bei einem 4-jährigen Mädchen, die aus Turkestan gekommen waren. Klinisch erwies sie sich in beiden Fällen durch das Erscheinen von ulcera auf dem Gesichte, die nichts charakteristisches vorstellen; nur die Anamnese der Kranken liess hier die Diagnose der Leishmaniose stellen, welch Diagnose durch das massenhafte Finden der Leishman-Donovan's Körperchen in den ulcera bestätigt wurde. Die Behandlung mit intravenösen Injectionen der 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Stibiumlösung gab in beiden Fallen einen glänzenden Erfolg.

---