

Из Госпитальной Кожно-венерической Клиники Казань Университета.
(Директор—† проф. А. А. Хитрово).

К диагностике пустулезных сифилидов.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

А. Н. Ашанина.

До настоящего времени не существует удобного и точного деления припадков сифилиса на определенные группы, которые давали-бы возможность понять сущность того или иного страдания организма на почве этой болезни: Bielt, напр., делит все сифилиды на основании их морфологических признаков, Ricord — на основании времени их появления, Virchow, Bärensprung, Bazin, Leloir, Zeissl и др. главным образом принимают во внимание качественный характер патолого-анатомических изменений и на основании их предлагают целый ряд классификаций сифилидов. Однако все эти классификации зачастую не могут дать полного и ясного объяснения наблюдаемым формам сифилидов. Особенно это следует сказать относительно пустулезных эфлоресценций. Некоторые из последних появляются в более ранние стадии кондилломатозного сифилиса, другие — в более поздние стадии того же, однако, периода, так что по времени появления они должны быть отнесены к ранним припадкам болезни вместе с ирритативными сыпями Virchow'a (кондилломатозными — по Zeissl'ю, резолютивными — по Leloir'у и Bazin'у, вторичными — по Ricord'у и гиперэмическими — по Bärensprung'у); но так как они сопровождаются распадом ткани, то существенно отличаются этим от сыпей вторичного, резолютивного периода и значительно приближаются к сыпям гуммозного периода в смысле Virchow'a. Одни из пустулезных сифилидов, далее, имеют незначительные размеры, другие более обширны, при одних из них все дело сводится к образованию небольшого гнойничка, с последовательным засыханием гноя в тоненькую корочку, при других же образуется очень массивная корка, по удалении которой мы замечаем довольно глубокую язву, иногда проникающую всю толщу кожи и даже внедряющуюся в подлежащие ткани. Мало того, — язвы эти различаются и по своей

локализации, а также по своему клиническому течению. Принимая все это во внимание, Fouquier и говорит, что какого-либо точного названия для каждой эффоресценции пустулезного сифилюда быть не может, и многие авторы для определения наблюдаемых ими пустулезных сыпей дали такую массу номенклатур, что все их он никак не может запомнить.

Для того, чтобы так или иначе определить характер пустулезных сыпей, Veniveni еще в 1502 году разбил их на несколько групп, которых большинство авторов насчитывает две: мелко- и крупнопустулезные сифиллюды. В свою очередь первая группа делится на а) угревидный сифиллюд (*syphilis cutanea acneiformis*) и б) оспенновидный (ложнооспенный по Zeissl'ю) сифиллюд (*syphilis cutanea varioliformis s. varicella syphilitica*, к которому принадлежит и *periphagus syphiliticus neonatorum*). Вторая группа делится на а) *impetigo syphilitica*—форму, представляющую собою как-бы переход между этими двумя группами, б) *ecthyma syphiliticum* и в) *gumma syphilitica*. Такое деление пустулезных сифиллюдов на пять видов имеет свой *raison d'être* не только в патолого-анатомической картине, но и в клинической: каждый следующий вид в общем протекает более тяжело, чем предыдущий.

Чтобы как-нибудь согласовать клиническую картину болезни с патолого-анатомическими явлениями, целый ряд авторов высказывал различные предположения относительно сущности пустулезного сифиллюда. Предположения эти можно свести в трем основным: одни смотрели на образование пустул, как на уклонение в течении вторичного сифиллюса в смысле усиления его до исхода процесса в нагноение под влиянием различных причин (неправильный образ жизни, травмы, алкоголизм, наличие других изнуряющих болезней и пр.); другие видели в пустулах проявление гуммозных свойств болезни, развившихся особенно рано; наконец, третьи, для примирения взглядов Virchow'a и Ricord'a, образование пустулезных эффоресценций объясняли двойной инфекцией—сифилитической и пиогенной.

В виду того, что патолого-анатомическая картина болезни при пустулезном сифиллюде соответствует таковой же при папулезном (густая клеточная инфильтрация сосочков и *corium'a* с резкими границами), и в виду того, что пустула образуется не путем молекулярного распада ткани, как при третичном сифиллюсе, а является результатом острого воспаления с исходом в нагноение (Kaposi, Терещинский, Jamieson и др.), мы и можем отнести этот сифиллюд к вторичным явлениям сифиллюса. При этом наличие пиогенных микробов далеко не во всех сифилитических пу-

стулах, особенно частое отсутствие их в молодых пустулах, отрицательный часто результат аутоинокуляций не только на здоровую кожу, но и на папулы, дает право высказаться в том смысле, что не всегда и необязательно пустулезный сифилид является следствием двойной инфекции—пиогенной и сифилитической (Zeissl, Fournier, Зеленов, Дисреу, Тереминский и др.).

По вопросу о пустулезном сифилиде слизистых оболочек мнения разных авторов также различны: некоторые из них (Zeissl, Ге и др.) категорически отрицают пустулезный сифилид слизистых оболочек, другие же (Babington, Lancenet, Тарновский, Finger и др.) склонны думать, что сифилиды слизистых оболочек тождественны с сифилитическим страданием кожи, хотя на слизистых, благодаря особенности гистологического строения их, картина болезни несколько видоизменяется.

Правильная диагностика пустулезного сифилида практически в высшей степени важна, так как она дает нам объяснение течения болезни и позволяет делать более определенный прогноз, а главное—проводить соответственную терапию. Пустулезный сифилид является признаком недоброкачественного течения болезни, так как он обыкновенно встречается у лиц, истощенных какими-либо другими болезнями (туберкулез, скрофулез, анемия и пр.), у лиц, живущих в дурных гигиенических условиях, или ослабленных, благодаря всевозможным излишествам, непосильной работе и злоупотреблению спиртными напитками. Даже самый доброкачественный пустулезный сифилид указывает на дурное течение болезни и ухудшает прогноз как по отношению к исчезновению данных прыщиков, так и по отношению к дальнейшему течению болезни, а тем более это надо сказать относительно глубокого пустулезного сифилида, который нередко сопровождается поражением внутренних органов, тяжелым общим состоянием и высокой температурой.

Различные виды пустулезного сифилида неодинаково часто встречаются в тчении болезни: наиболее часто мы наблюдаем поверхностный импетигиозный сифилид, несколько реже—угревидный и поверхностный эктиматозный, еще реже—глубокий импетигиозный и глубокий эктиматозный сифилиды, как и *gummatum syphiliticum*, а *varicella syphilitica* относится, пожалуй, к исключительным явлениям. Первые из только что названных форм относятся к более доброкачественным, последние—к более тяжелым. В большинстве случаев у одного и того же больного встречается не один из перечисленных видов, а комбинация их, чаще последовательная по локальности, т. е. чаще мы можем встретить комбинацию угревидного и поверхностного импетигиозного сифилида, реже—угревид-

ного и *guttiae syphiliticae*. Нередко пустулезные сифилиды обладают особенной склонностью к серпигинированию, что значительно ухудшает прогноз.

Огромное значение для прогностики имеет и время появления пустулезных сифилидов: как правило, доброкачественные формы появляются не ранее конца первой или начала второй половины первого года болезни, крупные же, а тем более глубокие крупные сифилиды — на втором году болезни. Чем дальше от начала заболевания появляется пустулезный сифилид, тем лучше для больного, тем скорее мы можем ожидать хорошего исхода болезни. Появление крупных, а тем более глубоких пустулезных сифилидов в первые месяцы болезни составляет признак дурного последовательного течения ее — так же, как и появление ранних пустулезных форм в качестве первого признака общего страдания организма. Однако можно быть уверенным, что даже самые злокачественные проявления пустулезного сифилида при соответственном современном лечении, питании больного и соответственных гигиенических условиях могут исчезнуть почти без всякого следа.

В виду того, что, по крайней мере по наблюдениям нашей клиники, пустулезный сифилис в настоящее время встречается чаще, чем прежде, мы и решили продемонстрировать Обществу два таких случая, дающих материал для диагностики разбираемой формы сифилиса. Случаи эти интересны еще тем, что локализация имеющихся проявлений в них несколько необычна: импетигиозный сифилид чаще наблюдается на подбородке, в области носослезной складки, отчасти на *carillitium* и реже на мошонке, — вообще, там, где салivные железы развиты наиболее интенсивно, а эритематозный сифилид и *guttiae syphiliticae* почти как правило встречаются на нижних конечностях и, в виде разбросанных эфлоресценций, на туловище, в наших же случаях сыпь была расположена на *genitalia*.

I. Вот история болезни одного больного: М., 29 лет, по профессии слесарь, холост, поступил в Клинику 26/IX 1921. Диагноз: *lues II, phymosis, scleroses subpraeputiales et limbi praeputii (?)*, *papulae madidantes penis et scroti, papulae corporis et circa anum, angina papulosa, acne vulgaris frontis et faciei*. Из анамнеза оказалось, что М. венерическими болезнями ранее не страдал, из других заболеваний перенес только „лихорадку“, которая продолжалась всю весну и лето 1916 года; больной имел сношение месяца 2 назад, недели через 2—3 после этого у него появилась язвочка на внутреннем листке препуция, на верхней (передней) части последнего и у *fronulum praeputii*; препуциальный мешок после появления язвы быстро отек и престал заворачиваться, из него появилось небольшое количество гноя; через месяц язва вышла на наружную поверхность (*limbus*) *praeputii*, и появилась сыпь по телу. Пациент лечился мест-

ным применением примочек, специфического лечения не проделывал.

Status praesens. Больной сложен нормально, подкожная клетчатка и мышцы развиты слабо, кожа и слизистые бледны, препуций отечен, не заворачивается, на внутренней поверхности его, сверху, прощупывается очень плотный инфильтрат, на наружной поверхности, около края *limbi praerutii*, имеется небольшая (около 7 мил. шириною и 1,5 сант. длиною) поверхностная язва, с чистым, слегка инфильтрированным дном и краями, которые имеют три дугообразных выступа по направлению к *radix penis*. На нижней поверхности члена, сантиметра 3 отступя от *limbus*, имеются две мокнущие папулы диаметром около 7 мил. каждая; одна такая же папула есть у *garbe penis*, одна на середине члена и одна на мошонке справа. На туловище и верхних конечностях ряд сухих папул, несильно выступающих над поверхностью кожи, медно-красного цвета. Паховые железы, особенно слева, увеличены, разделены, очень плотны, безболезненны. На лице и лбу — *acne vulgaris*. На обоих мидалинах ряд круглых, несколько выступающих образований, покрытых мутным эпителием, резко отграниченных от окружающей слизистой оболочкой. Верхушки обоих легких значительно понижены, выдох в них удлинен, изменения эти особенно резко выражены в правой верхушке. Стул нормален. *Circa anum*, спереди, имеются серовато-белые образования округлой формы, выступающие на $1\frac{1}{2}$ —2 мил. над окружающей кожей, мокнущие. Со стороны мочи ничего патологического не найдено. Лечение: *calomel* на член, мошонку и *circa anum*, *sol. hydrarg. sublimati corros.* 1% *cum natr. chlor.* 5% по 1,0 ежедневно *pro injectione*, *liq. Bellostii* для смазывания слизистой зева.

Течение болезни. 30/IX. Папулы плоче, окраска сухих папул увядает, эпителий на них слегка шелушится, *angina luetica* исчезла. 1/X. На *limbus praerutii* начался рубцевание. 3/X. Белка в моче нет, папулы тела еще плоче. 6/X. Препуций отвернулся, склерозы рубдуются хорошо, мокнувшие папулы сухи, значительно плоче. 10/X. Белка в моче нет, гнойное отделяемое из препуциального мешка почти прекратилось. 14/X. *Scleroses* чисты, рубдуются, папула на мошонке поджила, остался только небольшой инфильтрат, папула на *penis'e* стала плоче и суше, на месте папул на теле одни пигментации, на лбу *acne vulgaris* держится; *sol. Vleming'a* на лоб. 17/X. Папула на *truncus penis* стала несколько больше, у переднего края нагнаивается, на *limbus praerutii* язва почти зарубцевалась, 2 папулы на *penis'e* ближе к головке и на мошонке начали нагнаиваться, белка в моче нет; примочка из 1,2% *argenti nitrici* на язвы. 22/X. Язвочки на *limbus praerutii*, на члене и на мошонке держатся, на последней появилась вторая язвочка, впаружи от прежней; смазывание язв 10% *расств ром argenti nitrici* один раз в день и старая примочка. 25 X. Все язвочки *in statu quo*, на мошонке даже несколько увеличились, одна из папул *circa anum* изъязвилась, язва грязная, болезненная, отделения из препуциального мешка увеличились, на лбу *acne* исчезли, но на месте их остался значительный инфильтрат (*papulae syphiliticae lenticulares*), белка в моче нет; инъекции *hydrarg* по 1,5 ежедневно, 30-я инъекция. 27/X.

Все язвочки значительно нагноились, стали глубокими, две язвы на penis'e, расползшиеся ближе к головке, слились между собой; t-ra jodi внутрь 3 раза в день с 6 капель на прием, прибавляя ежедневно по 2 капли. 28|X. Палочек Дюкреу-Крефтинга в выделяемом язве не найдено, папулы на лбу покрылись корочками (*lues papulo-crustosa*). 29|X. Язвы на truncus penis и мошонке стали чище, подживают, из препуциального мешка еще обильное гнойное отделяемое, язва с limbus praeputii ползет на truncus penis, на limbus же зарубцевалась, язва ex ano ползет на кожу (*syphilis pustulosa*), язва на слизистой правой щеки (*stomatitis mercurialis*). 4|XI. Белка в моче нет, язвы на мошонке и truncus penis стали плоски, но серпигинируют, гноя из препуциального мешка почти нет, язва circa anum тоже серпигинирует, края ее несколько инфильтрированы, язва на limbus praeputii серпигинирует по направлению к radix penis, язва на коже почти зарубцевалась. 9|XI. Стоматит исчез, язвы на члене плоски, сравнительно чисты, но несколько серпигинируют в прежних направлениях, подживая в центре; на мошонке правая язва сильно серпигинирует во всех направлениях в виде кольца, подживая в центре; circa anum язва чиста, рубцуется, гноя из препуциального мешка нет, старая часть язвы на limbus praeputii рубцуется; 35 ая инъекция; t-ra jodi по 28 капель 3 раза в день. 12|XI. Язвы на praeputium и мошонке продолжают серпигинировать, язва circa anum наполовину зарубцевалась; прижигание язва 10% раствором азг. nitrici оставлено, назначена примочка из 1/4% азг. nitrici. 14|XI. Левая язва на мошонке начала рубцеваться, имеет эллипсоидную форму с диаметрами в 0,5—1 сантиметр, края ее несколько инфильтрированы; вокруг правой, уже зарубцевавшейся язвы, бывшей вначале почти такого же размера, как левая, имеется ободок, представляющий собою кольцевидную язву с гладким, слегка возвышенным дном серовато-желтого цвета и резкой красной линейной границей со здоровой кожей, ободок этот вправо от старой центральной язвочки имеет ширину в 1 сантиметр, вниз, вверх и влево—около 0,5 сантиметра, а в нижне-правом направлении—около 1—2 миллиметров, старая язва на limbus praeputii зарубцевалась, покрыта серовато-белым эпителием, к ней примыкает полулунной формы язвочка вышеописанного характера около 0,3 сантиметра шириною и 3 сантиметра длиною; на нижней поверхности члена имеется три язвочки такого же характера, неправильной формы; большая из них представляет собою почти правильный квадрат со сторонами в 1 сантиметр, меньшая—около 2 миллиметров шириною и 7 миллиметров длиною. 16|XI. Язва circa anum зарубцевалась, остальные язвы чисты, подживает на язвах мошонки инфильтрат как бы увеличился. 18|XI. Язвы на penis'e стали красны, серовато-желтый налет на них в значительной степени исчез, язвы эти рубцуются (уменьшились на 1/4 прежних размеров, а некоторые и больше), на мошонке значительно зарубцевались, но инфильтрат на месте их стал выделяться рельефнее, язва по limbus praeputii—чистая, шириною в 1,5—2 миллиметра, язва на нижней поверхности члена, ближе к корню его, почти зарубцевалась, ближе к головке—уменьшилась больше, чем наполовину. 22|XI. Язва на мошонке зарубцевалась,

язва на нижней поверхности члена, сидевшая ближе к корню его, также зарубцевалась. сидевшая ближе к головке—еще несколько уменьшилась; по *limbus praeputii* язва имеет вид полоски длиною 5—7 мм., шириною 1 мм. 24|XI. Все язвы зарубцевались; одна из язв, расположенных на нижней поверхности члена, ближе к головке, покрыта кровянистой корочкой, рубцы почти совсем не инфильтрированы, но по церифрии сильно пигментированы; больной выписан.

II. Одновременно с М. в Клинике находился на излечении гражданин Д.-нской области К., 29 лет, поступивший в Клинику 16|X 1921. Диагноз: *lues II. sclerosis sulci coronarii penis, impetigo syphilitica scapillitii, syphilis cutanea papulo-crustosa corporis, papulae madidantes scroti et limbi praeputii*. Из распроса этого больного выяснилось, что с самого начала европейской войны он находился на театре военных действий, 2 раза был легко ранен,—один раз в мягкие части левого плеча, второй раз—в левую икроножную мышцу; обе раны зажили; в 1917 и 1919 гг. больной много и часто пил, после чего почувствовал большую слабость, легко и скоро утомлялся от всякого рода физического напряжения, псбледнел, похудел, начал зашлять, потерял аппетит; явления эти два года прогрессировали, несмотря на длительное и довольно аккуратное лечение по предписанию врачей порошками и каплями. В 1919 г. К. по совету лекавшего его врача, алкоголь почти совершенно оставил и скоро после этого начал чувствовать себя несколько лучше, особенно же хорошо поправился за последний год. Вся семья больного, который имеет отца, мать, 3 братьев и 2 сестер, здорова. 3 года назад К. имел гоноррею, от которой лечился в воинской части в течение 1½—2 месяцев спринцеваниями и порошками; осложнений в течении этой болезни не было; считает себя совершенно свободным от этого заболевания, так как за все 3 года никаких ненормальных субъективных ощущений в канале не было. Месяца 2½ тому назад К. имел подозрительный *coitus*, недели через 3 после которого у него в *sulcus coronarii penis* слева появилась язвочка; последняя, однако, не болела, а потому он не обратил на нее внимания, тем более, что и окружающая его обстановка (больной в то время был арестован) затрудняла обращение к врачебной помощи. Недели через 5 после этого К. начал замечать образование корочек на волосяной части головы, а вскоре после этого (недели 2—3 назад) у него появилась сыпь на половых органах и на туловище; наконец, около недели тому назад препуциальный мешок перестал заворачиваться, и из него стал выделяться гной. Все это, вместе взятое, и заставило пациента обратиться к врачебной помощи.

Status praesens: телосложение больного нормальное, мышцы развиты удовлетворительно, подкожная клетчатка—слабо, кожа и слизистые бледны; верхушка правого легкого понижена на 1½ поперечных пальца, границы левой верхушки нормальны, но в ней, как и справа, имеется жесткое дыхание и удлиненный выдох; туберкулезных палочек в мокроте не найдено. На коже левого плеча сзади и в области левой икроножной мышцы имеется по 2 небольших рубчика несколько больше поперечника пальца,—следы бывших сквозных пулевых ранений. На коже туловища и конечностей

обильная высыпь папулезного характера, бурокрасного цвета, правильной круглой формы, с диаметрами в поперечник карандаша и несколько больше, резко ограниченная от окружающей здоровой кожи. В центре некоторых из этих эфлоресценций видны тонкие корочки, в центре других—маленькие чешуйки. На волосистой части головы обнаружена папулезная сыпь такого же размера, как и на туловище, но все эфлоресценции здесь покрыты довольно массивными желтоватыми корочками. Паховые, шейные, подчелюстные и подмышечные железы несколько увеличены, плотно раздельны, безболезненны. У больного имеется фимоз, препуций значительно отекает, несколько покраснел; из препуциального мешка довольно обильное гнойное отделяемое, при микроскопическом исследовании которого найдена обильная стафилококковая и стрептококковая флора. *Limbus praeputii* значительно плотнее остальной части его, и на нем заметен целый ряд папулезных эфлоресценций, из коих одни шелушатся, другие в центре изъязвились. В *sulcus coronarius* сверху и на *glans penis* слева через кожу препуция просматривается значительное уплотнение. На мошонке разбросанные мокнувшие папулы. Гнококков и белка в моче не найдено. Назначены ежедневные подкожные инъекции 1% сулемового раствора, саломе для присыпки мокнущих папул, горячие ванны для *penis'a*, промывание препуциального мешка через баллон раствором сулемы 1:2000.

Течение болезни. 29|X. Выделение гноя из препуциального мешка почти прекратилось, отечность крайней плоти сильно уменьшилась, папулы по *limbus praeputii* зарубцевались, в значительной мере рассосались, на мошонке от папул остался небольшой инфильтрат, на коже—одни пигментации, на голове корочек нет, инфильтрат на месте папул чуть заметен. 4|XI. Препуций отвернулся, в *sulcus coronarius* сверху имеется сильно инфильтрированный рубец (*residua sclerosis*), на левой половине *glandis penis*—округлой формы язва с грязным дном, около 1 $\frac{1}{2}$ сант. диаметром, на *corona glandis* слева такая же язва, но эллипсоидной формы, с диаметрами в 5 и 12 милл.; края этих язв сильно инфильтрированы (*syphilis pustulosa genitalium*); назначена примочка из 1/4% *arg. nitrici*. 15|XI. Язвы на *glans penis* стали чисты, края их *in statu quo*. 20|XI. На *limbus praeputii* справа появилась поверхностная язвочка эллипсоидной формы, с диаметрами в 3 и 5 милл., с довольно чистым дном и слегка инфильтрированными краями. 24|XI. Язвочка на *limbus praeputii* стала больше (1,5—1 сант.), края язв на *glans penis* стали плоские; неосальварсан в дозе 0,6 внутривенно. 26|XI. Язва на левой стороне *glandis penis* с центра начала рубцеваться. 28|XI. Ясное рубцевание всех язв. 29|XI. Язвы на *glans penis*, продолжая рубцеваться с центра, ползут по направлению одна к другой, причем перешеек здоровой кожи между ними уже меньше 1 сант.; язва на *limbus praeputii* имеет в центре островок эпителия около 0,2 сант. диаметром, но в то же время тихо ползет во все стороны; дно всех язв стало коричневатожелтое, появилась небольшая болезненность их. 30|XI. Язвы на *glans penis* слились, дно язв чистое, но на ватке, накладываемой на язвы с примочкой из 1/4% *arg. nitrici*, остается небольшое количество гноя. 2|XII. Увеличение язв при-

остановилось. 4|XII. Неосальварсан в той же дозе повторен. С 5|XII язвы начали эпителиализироваться и к 10|XII все были покрыты нежным, красного цвета эпителием. На месте периферического инфильтрата вокруг язв осталась синева-коричневая пигментация. Больной получил 55 инъекций. Изменений со стороны общего состояния здоровья за это время не произошло. Всякое лечение прекращено. 12|XII. По настоятельным просьбам больного он был выписан.

В доступной нам литературе не удалось найти каких-либо указаний на развитие пустулезных сифилидов на *genitalia*, хотя нигде не говорится и о том, что эта форма сифилиса не может поражать половых органов. Терезинский, приводя подробную локализацию пустулезных сифилидов по Нуде, говорит только, что сравнительно редко подобные сыпи встречаются „в окружности половых частей и заднего прохода“. Может быть, редкость указаний на появление пустулезных сифилидов в области *genitalia* оттого и зависит, что диагностировать их не так то легко. Возможно, что во многих из таких случаев эффоресценции принимаются, как это вначале ошибочно предполагали и мы, за распадающиеся папулы или склерозы, распавшиеся под влиянием грязного содержания, или за *ulcera mixta*, или, наконец, за гуммозные проявления болезни. В наших случаях отсутствие под язвой плотного инфильтрата должно было заставить отказаться от диагноза склероза, а отсутствие по периферии язв инфильтрата, присущего папулам, говорило против диагноза папулезного сифилида: как-бы широко ни распалась папулезная эффоресценция, все же по периферии ее мы всегда должны иметь ясно выраженный инфильтрат, характерный для этой формы. Серпигинозирование язв, которое мы наблюдали, медленность их течения; характер обратного развития и образование пигментированного по периферии рубца—убеждало нас в том, что в данном случае имелся пустулезный сифилис. Если-бы предположить, что эти язвы образовались из папул, то, судя по величине их, можно было-бы с уверенностью сказать, что они образовались из слияния нескольких папул, но тогда „в окружности мест, занятых сливными мочающимися папулами, можно было-бы отыскать ясно определенные контуры изъязвленной папулы“ (Zeissl), а в наших случаях края язв, кроме одной на *limbus praecurii*, были гладкие, а не фестончатые. Это говорит и против того, что язвы образовались из нескольких гуммозных узелков, а отсутствие инфильтрации в краях язв, их сравнительная чистота, гладкое дно и поверхностный дефект ткани окончательно убеждают в том, что язвы эти и не гуммозного характера. Наконец, *ecthyma simplex*, располагаясь на *genitalia*, дает глубокие, сильно воспаленные язвы, напоминающие *ulcera mollia*.

Правильный диагноз в случаях, подобных нашим, имеет очень большое значение (Tarnier, Hoshlung) для последовательной терапии: в то время, как при папулезном сифилиде в высшей степени полезны местные и, в особенности, местно специфически действующие средства (salomel, liq. Bellostii и др.), при пустулезных проявлениях болезни они значительно затягивают излечение, что мы и видим на нашем первом случае—прижигания 10% раствором *arg. nitrici* не дали здесь никаких результатов в смысле улучшения процесса, но достаточно было перейти к индифферентной примочке в виде 1/4% раствора азотно-кислого серебра для поддержания чистоты, и процесс быстро пошел на улучшение. При пустулезном сифилиде особенно полезны, далее, препараты *Ehrlich's* и иодистые в то время, как ртутная терапия приносит сравнительно мало пользы. Несмотря на усиленное ртутное лечение,—у первого из наших больных с тридцатой инъекции применялась повышенная доза, именно, 1,5 куб. сант. 1% раствора сублимата,—в этом случае только с 34-й инъекции мы начали замечать обратное развитие, при применении почти индифферентной примочки и внутреннего употребления йода.

Главный, однако, интерес наших случаев—в том, что они свидетельствуют, что крупно-пустулезные сифилиды иногда могут локализоваться исключительно на половых органах, без каких-либо пустулезных проявлений на других местах, а потому при дифференциальной диагностике пустулезно-язвенных высыпаний на половых органах у людей никогда не надо забывать о возможности именно этого страдания.