

Из Дерматологической клиники Казанского Университета (директор — проф. В. Ф. Бургдорф).

## *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum* (Кароси).

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете 17 июня 1921 года).

Ассистента клиники Н. Н. Яснитского.

Заболевание кожных покровов, описанное впервые Ка ро си в 1872 году под названием *sarcoma idiopathicum pigmentosum* и отнесенное им к истинным первичным саркомам кожи, будучи сравнительно редким, привлекло к себе в конце прошлого столетия внимание видных дерматологов, послуживши предметом оживленной и длительной полемики как в литературе, так и на различных съездах дерматологов, в том числе на XII Международном Конгрессе в Москве.

Вскоре же после статьи Ка ро си возникла весьма обширная литература, нестолько касающаяся клинической картины болезни,— ибо таковая в описаниях большинства авторов, наблюдавших ее, представлялась более или менее ясной и не вызывающей серьезных разногласий,— сколько затрагивавшая интересные и мало еще в то время изученные вопросы патогенеза и классификации саркоматозных опухолей кожи.

В то время, как Ка ро си в своих первых работах, посвященных данному заболеванию, на основании изучения патолого-анатомической картины его приходит к заключению, что оно представляет собой первичную круглоклеточковую саркому, другие авторы, наблюдавшие аналогичные случаи, частью примыкают к этому взгляду, частью причисляют его к веретенообразноклеточковым саркомам (Уппа, Berghardt и др.). По мере накопления клинического материала и изучения гистологической структуры процесса в различных фазисах его развики начинают раздаваться голоса, оспаривающие саркоматозную натуру его и причисляющие его к т. наз. гранулемам (Mikulicz, Tögök, Постелов, Петерсен и др.). Трапезникову удалось путем гистоло-

гического исследования доказать, что иногда у одного и того же больного различные узлы могут иметь неодинаковое строение, в одном случае напоминая гранулему, в другом—представляя картину типичной веретенообразноклеточной саркомы и, наконец, в третьих—давая неопределенную картину, как-бы переходную между первой и второй.

С развитием в 90-х годах учения о так называемых саркоидных опухолях вопрос о кожном саркоматозе получает новое освещение. Дело в том, что существовавшие ранее многочисленные классификации кожного саркоматоза, имея в основании своею преимущество только клинический принцип, естественно не могли быть жизненными и удовлетворять требованиям общей патологии и патологической анатомии. Perrin, в 1886 году предложивший классификацию, обнимавшую все известные в то время виды кожных сарком, различает среди первичных, истинных сарком: 1) саркому типа Kaposi, 2) круглоклеточковую, гиподермального типа, и 3) саркому типа mykosis fungoides. Funk к саркоматозу относит, кроме mykosis fungoides, также лейкемию и псевдолейкемию кожи. Принимая во внимание некоторое сходство последних в клиническом отношении с кожными саркомами и неопределенность патологической картины, позволявшую трактовать их то как гранулемы, то как саркомы, Kaposi и выделил их вместе с некоторыми видами сарком в особую группу, которой и дал название саркоидных (саркомоподобных) опухолей. Позднее некоторые авторы (Pin i, Jadassohn и др.) в эту группу включили описанную Kaposi идиопатическую множественную саркому по следующим соображениям: процесс этот, имея хроническое течение, отличается сравнительной доброкачественностью, малой склонностью давать метастазы и, что самое главное, способностью к самопроизвольному обратному развитию узлов. Последнее обстоятельство подчеркивает и сам Kaposi в своем докладе на IV Конгрессе Немецких Дерматологов.

Таким образом, несмотря на обширную литературу, вопрос о гистопатогенезе саркомы Kaposi и принадлежности ее к тому или иному типу кожных заболеваний и до настоящего времени не может считаться решенным,—слишком велико разногласие во взглядах на этот предмет. Проф. А. А. Хитрово на основании весьма тщательного изучения литературы, клинической картины и гистологической структуры процесса приходит в своей работе, посвященной данному заболеванию, к выводу, что sarcoma Kaposi с гистопатологической точки зрения представляет собой своеобразный процесс.

Весною 1921 года в Дерматологической клинике профес. В. Ф. Бургсдорфа наблюдался случай саркомы Карози, с клинической стороны не представляющий каких-либо особенностей, но при гистологическом исследовании давший несколько своеобразную картину.

Больной М., татарин, 35 лет, уроженец Уфимской губерн., по профессии портной, происходит из здоровой семьи, ранее никогда никакими кожными болезнями не страдал, женат, имеет 2 здоровых детей. Имеет отрицает. По словам его, настоящее заболевание началось 3 года назад. На тыльной поверхности большого пальца правой ноги появилось спацала довольно плотное наощущение пятно темно-красного цвета, величиною с чечевичное зерно. Месяца три спустя такого же вида пятна появились на дорзальной поверхности стальных пальцев той же ноги. Сначала безболезненные, пятна вскоре стали при давлении обувью вызывать довольно сильные болевые ощущения, усиливавшиеся при ходьбе. В течение ближайших месяцев они, медленно увеличиваясь, постепенно заняли всю поверхность тыла пальцев, теряя вместе с тем характер пятен и преформируясь в небольшие, выстоящие, плотные, слегка болезненные при давлении узелки пасынечно-бурового цвета. Приблизительно год спустя после начала болезни аналогичные пятна с последующим развитием узлов больной заметил и на пальцах левой ноги. Несколько позже та же картина болезни развилаась на левой кисти, на тыльной ее поверхности, в области метакарпальных костей. Наконец, минувшей зимой и правая кисть оказалась вовлеченою в страдание. К сожалению, больной уделял мало внимания развитию кожных изменений и не может точно отметить последовательный ход процесса, указывая лишь на довольно быстрое распространение его с пальцев на стопы и голени, сопровождавшееся вначале умеренным, а затем все более и более увеличивавшимся отеком их. Некоторые из более старых узлов, как это заметил больной, подвергались обратному развитию, оставляя после себя сильно пигментированную, атрофически измененную кожу.

Больной среднего роста, правильного, неособенно крепкого сложения, умеренного питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Лимфатические железы — паховые, шейные и отчасти локтевые — несколько увеличены, довольно плотны, в особенности паховые, безболезненны. Моча свободна от белка и сахара. Исследование крови: Нв — 100%, эритроцитов — 5,250,000, лейкоцитов — 5850, в частности: лимфоцитов 18%, полинуклеаров 74%, эозинофилов 2,8%, переходных форм 5,2%. Реакция Wassermann'a как по оригинальному способу, так и по методу проф. А. А. Хитрова дает отрицательный результат.

Правая стопа и нижняя часть голени представляются отечными; пальцы на обоих ногах утолщены, но все же сохраняют более или менее свою форму. Тыльная их поверхность занята узелками

различной величины, в среднем достигающей размеров небольшой горошинки, частью лежащими изолированно, частью же сливающимися; цвет их бурокрасный, они плотны наощупь, покрыты слегка шелушащимся эпидермисом. На дорзальной поверхности правой стопы, не сколько сантиметров отступая от основания пальцев, располагается сливной фокус, состоящий из конгломерата различной величины таких же узелков и узлов; опоясывая в поперечном направлении стопу, фокус переходит на свод подошвы, где узлы представляются менее выстоящими, как-бы глубоко вкрапленными в кожу. Далее, в области голеностопного сустава узлы лежат более расеянно, причем здесь обнаруживается интересная особенность: при давлении пальцем они спадаются, как-бы опорожняются и лишь медленно потом принимают свою первоначальную форму, причем цвет их при этом мало изменяется, оставаясь синевато-или красновато-бурым. Явление это, оказалось, зависит от наличия в узлах значительного количества расширенных кровеносных и лимфатических сосудов. На левой стопе процесс локализируется как на подошве, так и на тыле ее, будучи по своему внешнему виду совершенно аналогичным только что описанному. Необходимо отметить, что здесь в центре фокуса мы наблюдали явления обратного развития более старых узлов, выражавшиеся некоторым побледнением окраски, рассасыванием инфильтрата и атрофическим состоянием кожи. Иную картину мы имели на кистях рук: здесь не было сформированных узелков и узлов; наоборот, когда представлялась здесь, на некоторых участках, плотной, сильно инфильтрированной, окраска ее была более яркая, синевато-красная, почти не менявшаяся при надавливании. Границы этих инфильтрированных участков были нерезки, в особенности на коже пальцев. На кистях и стопах нигде не наблюдалось распада узлов или инфильтратов. Болезненных фокусов на коже туловища, лица и верхних отделов конечностей, несмотря на тщательное обследование больного, нигде обнаружить не удалось.

При поступлении в клинику больному были назначены инъекции 1% раствора natrii arsenicosi с  $\frac{1}{10}$  до 1 куб. сант. ежедневно. Такая терапия за время пребывания больного в клинике в течение 40 дней оказалась, однако, почти безуспешной — отмечено было лишь некоторое уменьшение отечности, зависевшее, впрочем, быть может, от условий клинической обстановки.

Таким образом, у нашего больного имелось хронически протекавшее заболевание, клиническая картина которого, благодаря некоторым особенностям, представлялась довольно своеобразной, именно: 1) процесс локализовался исключительно на конечностях, по преимуществу на кистях и стопах, располагаясь симметрично на той и другой стороне; 2) начался он с поражения пальцев на ногах в форме ограниченного инфильтрата кожи с последующим развитием узелков и узлов; 3) окраска эффоресценций посыпалась ясно выраженный геморрагический характер, варьируя от синевато-крас-

ного до аспидного цвета; 4) нигде не наблюдалось явлений язвенного распада узлов или инфильтратов; 5) обратная инволюция их совершилась путем рассасывания с образованием втянутых рубцовых или атрофических участков кожи; 6) процесс обладал медленным и сравнительно доброкачественным течением. Описанный симптомокомплекс является характерным как раз для той формы кожного саркоматоза, которая описана Кароси под именем *sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum*.

Во время пребывания в клинике у больного былэкспедирован участок кожи на голени с ясно выступавшим пятном темнобурого цвета, плотным наощупь и не возвышавшимся над уровнем окружающих кожных покровов. Кусочек был фиксирован в алкоголе, и из него были приготовлены срезы, окрашенные обычным способом. Полученная при этом микроскопическая картина оказалась несколько отличной от обычно наблюдаемой при типичных узелках. Процесс, оказалось, локализируется главным образом в глубоких отделах соединительной ткани, захватывает также и *subcutis*. Здесь в окружности сосудов располагается довольно обильный инфильтрат, состоящий из лимфоидных элементов и небольшого числа *Plasmazellen*. Местами среди этих клеток замечается диффузное разрещение соединительнотканых клеток, имеющих то овальную, то втянутую форму, напоминающих описанные проф. А. А. Хитрово клетки саркомы. Среди указанных клеточных элементов превалируют мелкие круглые клеточки с интенсивно окрашенным ядром — лимфоциты. Участие в процессе *adventitia* сосудов установить с несомненностью не удалось. Коллагеная ткань в области инфильтрата сильно разрежена. Всюду видны в большем количестве глыбки и зернышки пигмента, то лежащие свободно в ткани, то внутри клеток, главным образом в соединительной ткани. Границы инфильтрата нерезки. Т. о. здесь мы не имели картины типично-построенного саркоматозного узла, но лишь более или менее разлитую инфильтрацию с преобладанием лимфоидных элементов, что представляется типичным для так называемых пачальных инфильтратов, которые, по исследованию проф. А. А. Хитрова, могут быть двоякого рода: 1) состоящие из конгломерата мельчайших узелков и 2) состоящие из диффузного разрещения клеток *adventitia* сосудов. Микроскопического исследования вполне сформированных узлов в данном случае произведено не было ввиду того, что их строение в настоящем время представляется в достаточной мере изученным и известным.