

Из Факультетской Дерматологической Клиники (Директор—проф. В. Ф.  
Бургсдорф).

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФ. А. А. ХИТРОВО.

## К учению о *keratoderma palmaris et plantaris symmetrica* (Besnier).

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Ассистента клиники Н. Н. Яснитского.

Кожные заболевания, характеризующиеся аномалиями ороговения в смысле гипертрофии рогового слоя, были названы Lebert'ом в 1864 году кератомами (*keratosis circumscripta et keratosis diffusa*). Невга в своем учебнике кожных болезней различает следующие две формы их: кератомы без одновременного участия в процессе сосочков кожи (*callositas, clavus, cornu cutaneum*) и кератомы, сопровождающиеся более или менее выраженным разрошением сосочкового слоя (*verruca, ichthyosis*).

В 1880 году Thost описал под именем *ichthyosis palmaris et plantaris cornea* своеобразное заболевание кожи ладоней и подошв, состоящее в диффузном утолщении рогового слоя, достигавшем до  $1\frac{1}{2}$  см. в высоту. Процесс локализовался исключительно на ладонях и подошвах, остальные кожные покровы оставались совершенно нормальными. Это заболевание Thost наблюдал в четырех поколениях одной фамилии, из 46 членов которой 17 имели это страдание. Несколько позднее (в 1883 году) Унна опубликовал описание наблюдавшегося им аналогичного заболевания членов 2-х семей, в одной из которых оно имело наследственный характер, передаваясь из поколения в поколение в 3-х генерациях. На основании анализа клинических симптомов и того обстоятельства, что заболевание носило семейный характер, Унна выделил его в особую форму под именем *keratoma palmaris et plantaris hereditaria*.

Вскоре после первых работ Thost'a и Унна в литературе появляются большей частью краткие сообщения о подобных же случаях (Date, 1887, Brooke, 1889, Besnier, 1889, Bassaget, 1894, Heuss, 1896, Raff, 1896, и др.). По

мере накопления казуистического материала возникают попытки отдельных авторов, главным образом французской школы, более или менее полно и исчерпывающе очертить клиническую картину заболевания и классифицировать описанные, подчас далеко неодинаковые по течению, проявлениям и ряду отдельных симптомов, случаи. Потребность в такой классификации являлась тем более необходимой, что под именем *keratosis palmaris et plantaris* описывались формы локального гиперкератоза, как наследственного или врожденного, так и развивающегося в любом возрасте частью без определенной, видимой причины, частью стоящего в связи или с другими заболеваниями (напр. *keratosis gonorrhoeica*) или с употреблением мышьяка (*keratosis arsenicalis*). *Besnier*, в 1889 году, в своей работе, посвященной локальному гиперкератозу, вводит новый термин—*keratodermia plantaris et palmaris*, различая четыре вида ее: 1) *la keratodermie symmetrique des extremités congenitale et héréditaire*—заболевание, развивающееся уже в первые недели жизни ребенка и остающееся более или менее стационарным в течение всей последующей жизни; 2) *la keratodermie commune symmetrique des extremités*—форму, имеющую признаки воспалительного характера и появляющуюся в периоде второго детства; 3) *la keratodermie des extremités en foyers*,—для этой формы особенно характерным является связь гиперкератоза с поражением устьев потовых желез; 4) *le keratodermie essentielle*, которая может развиваться в любом возрасте, часто под влиянием воздействия внешних вредных моментов, в первую очередь—механических инсультов при непривычной физической работе, иногда же возникает как-бы спонтанно. Из всех четырех форм последняя является наиболее доброкачественной и сравнительно легко поддающейся терапевтическому вмешательству.

Классификация *Besnier* не могла быть вполне удовлетворительной, ибо в практике все же наблюдались случаи кератозов, которые никоим образом не могли быть подведены под ту или иную рубрику, напр., гонорройные и арсеникальные кератозы. В силу этого обстоятельства, опираясь на богатый литературный материал, *Dubreuilh* и предложил несколько иначе классифицировать кератозы. Он различает общие и т. наз. регионарные, с локализацией исключительно на ладонях и подошвах. Последние (*keratodermies proprement dites*) в свою очередь подразделяются на 1) *keratoses* (или, по терминологии *Besnier*,—*keratodermis*) *plantaires et palmaires congenitales et héréditaires*, 2) *keratodermies acqui-*

site des adultes, 3) l'érythème keratosique. К общим кератозам Dubreuilh относит, во-первых, все процессы, характеризующиеся гиперкератозом кожных покровов всего тела; во-вторых, — те случаи, где изолированное поражение только кожи ладоней и подошв является лишь одним из симптомов общего заболевания кожных покровов, напр., psoriasis palmaris et plantaris syphilitica, lichen ruber planus, ichthyosis и др.

За десятилетие с 1901 по 1911 год в литературе, особенно французской, появляются многочисленные сообщения о демонстрациях в различных дерматологических обществах больных с keratosis palmaris et plantaris. Этот огромный казуистический материал оставался необработанным до 1911 года, когда появилась работа Friedländer'a, предложившего следующую классификацию, в основу которой легли два принципа: распространенность процесса и его этиология. По распространенности кератозы могут быть разделены на диффузные и очаговые. Диффузные в свою очередь распадаются на 1) идиопатические, 2) развивающиеся благодаря влиянию внешних физических агентов, 3) наследственные и 4) токсические. Очаговые кератозы группируются следующим образом: 1) тип Besnier (с периферической эритематозной зоной), 2)rokeratosis Mibelli, 3) macula disseminata (тип Buschke-Fischer'a), 4) гонорройная форма. По своей этиологии кератозы различаются на 1) идиопатические, 2) возникающие от влияния внешних вредных агентов, 3) наследственные, 4) гонорройные и 5) мышьяковые.

Последняя классификация, будучи построена на двух столь различных принципах, несомненно, обнимает собою все описанные до сих пор формы кератозов и их вариации, но вместе с тем является слишком громоздкой, а благодаря этому и трудно применимой на практике.

Сопоставляя между собою приведенные системы кератозов, мы видим, что во всех их можно различать основные формы и их разновидности. К первым относятся: 1) keratosis palmaris et plantaris hereditaria et congenitalia, 2) keratosis acquisita, дающий две формы: а) идиопатическую и б) токсическую; все же остальные кератозы являются лишь вариациями, подчас чисто случайными.

Если обратиться к описанию клинической картины каждого отдельного вида кератодермий ладоней и подошв, то можно констатировать, что наиболее резко очерченным представляется симптомокомплекс наследственной (конгенитальной) формы, встречающейся,

судя по значительному казуистическому материалу, много чаще, нежели все остальные локальные кератозы.

Vögnér первый дал описание клинической картины конгенитальной формы на основании как собственных наблюдений, так и литературного материала, сравнительно еще небольшого в то время. В изложении Vögnéra и ряда авторов, опубликовавших позднее свои случаи, симптомокомплекс *keratosis palmaris et plantaris hereditaria* представляется в следующем виде:

Заболевание носит фамильный характер, передаваясь из поколения в поколение и поражая то всех членов семьи, то лишь некоторых из них. В одних случаях унаследование происходит исключительно по женской линии, как это наблюдали *Besnier*, *Pendred* (в трех поколениях из 35 членов было 13 больных женщин), *Lesser* и др., в других—передача по наследству шла лишь по мужской линии (*Heuss*—в 3-х поколениях, *Vögnér*, *Шестопал*—в 2-х поколениях, в третьем—родился ребенок с универсальным пихтиозом, *Samberger*—в 3-х поколениях, *Bayet*—в 3-х поколениях, *Brancet*—в 2-х поколениях), и, наконец, в ряде случаев заболевание одинаково часто наблюдалось у лиц того и другого пола (*Thost*—в 4-х поколениях на 46 членов семьи приходилось 17 больных мужчин и женщин, *Uppa*—в 3-х поколениях, *Rasini*—в 4-х поколениях, *Audry et Laguerre*—в 2-х поколениях на 18 членов было больных 11, *Bennet*—в 3-х поколениях было 18 больных и 14 здоровых членов). Необходимо отметить при этом, что у больных родителей рождались как больные, так и совершенно здоровые дети, от которых современем происходило потомство, частью унаследовавшее от деда или бабушки *keratosis*, частью же остававшееся здоровым.

По данным большинства авторов заболевание появляется в первые недели жизни ребенка, иногда же ребенок рождается с зачатками гиперкератоза ладоней и подошв (*Говоров*). *Brancet* наблюдал случай, где первые признаки обнаружили лишь на 13-м месяце. *Dubreuilh* указывает, что кератоз может развиваться также к концу первого года и даже несколько позднее, именно на 4-м и 5-м году. По *Samberger*'у срок появления болезни иногда отодвигается на 7-й и 8-й год жизни.

В громадном большинстве случаев первые признаки болезни обнаруживаются лишь ненормальной диффузной сухостью и огрубелостью кожи ладоней и подошв; явления гиперкератоза, прогрессируя весьма медленно, дают вполне законченную картину болезни

лишь к 13—14 годам (Thost). По мнению Lenglet и Dubreuilh'a, процесс начинается с эритематозной стадии с последующим образованием роговых наслоений; эта первая фаза, соединяющаяся обычно с гипергидрозом ладоней и подошв, часто рассматривается как родителями ребенка, так равно и врачами. В случаях Bennet, Alpar'a, du-Castri'a одним из ранних симптомов было высыпание на ладонях и подошвах пузырьков и пузырей, напоминающих пузыри на ладонях от непривычной физической работы и давления узкой обувью на подошвах.

Клиническая картина вполне развитого ладонно-подошвенного кератоза представляется различной в случаях диффузной и очаговой форм, сохраняя, правда, некоторые общие для той и другой симптомы. Наиболее часто встречающейся формой является первая, характеризующаяся разлитым, более или менее равномерным утолщением рогового слоя, достигающим иногда  $1\frac{1}{2}$ —1 см. в толщину. На ладонях на месте кожных складок и борозд это утолщение представляется сравнительно незначительным, на подошвах свод стопы поражается несколько слабее по сравнению с кожей пяток и областью головок плюсневых костей. Поверхность роговых разрастаний имеет вид расшатанной мозаики, благодаря наличию многочисленных, подчас очень глубоких трещин, проникающих через всю толщу кожи, болезненных и легко кровоточащих, затрудняющих сгибание и разгибание пальцев. Роговые массы сухи, жестки, местами же разрыхлены, в силу чего легко удаляются, по крайней мере в своих поверхностных слоях. Цвет их варьирует от светло-желтого, полупрозрачного до серовато-белого и бурого—в зависимости от степени загрязненности и мацерации потом. Края их довольно резки, по периферии кожа представляется несколько гиперэмпированной. В случаях, где гиперкератоз носит характер очагового процесса, внешний вид пораженных участков кожи является несколько иным: разрастания имеют то круглую, то овальную, то неправильно-удлиненную форму, очертания их резки, поверхность неровная, как-бы изъеденная, местами с трещинами, в особенности над кожными складками и бороздами. Толщина роговых наслоений в различных случаях и даже в одном и том же случае, но на различных участках, неодинакова, колеблясь от легкого лишь утолщения рогового слоя до массивных наслоений в  $1\frac{1}{2}$ —1 см. толщиной. Цвет их в большинстве случаев беловато-желтый, иногда с бурым оттенком. По периферии этих солитарных фокусов, как это отмечает ряд авторов (Grauer, Dubreuilh, Vögnér и др.),



кожа представляется слегка гиперэмпрованной — т. е. эритематозная зона; однако эта эритематозная зона встречается далеко не во всех случаях, и даже в одном и том же случае она может быть выражена лишь вокруг некоторых только очагов (Heuss, Uppa, Samberger). Besnier указывает, что при очаговой, ограниченной форме разрошения располагаются строго симметрично на той и другой стороне. Излюбленной локализацией их на ладонях является срединная линия сгибательной поверхности пальцев и область крупных ладонных складок и борозд, — здесь они очень часто группируются по длиннику ладони и пальцев в виде линий. Редко наблюдаются случаи, где утолщение рогового слоя имеется и на боковых поверхностях пальцев и ладоней (Neumann), или на тыльной поверхности. Bergh отмечает, что кожа концевых фаланг остается обычно не пораженной.

Vögnér особенно подчеркивает, что при всех формах локальной кератодермии одновременно с гиперкератозом всегда существует более или менее резко выраженный гипергидроз, в особенности на подошвах, иногда сопровождающийся усиленной общей потливостью больных. Этот местный гипергидроз Vögnér считает одним из наиболее постоянных симптомов, отличающим наследственную форму от других, напр., гонорройной, арсеникальной и пр. И действительно, в ряде случаев (Uppa, Thost, Neumann, Raff и др.) выделение пота представлялось чрезмерным, кожа ладоней и подошв, как это отмечали и сами больные, всегда была влажною, холодною наощупь. Но, по мнению Bergh'a, Audry, Gasóbi и др., этот симптом вовсе не имеет той постоянности, которую склонен приписывать ему Vögnér, ибо не так редко встречаются случаи, где он или совершенно отсутствует, или бывает выражен чрезвычайно слабо, и то лишь на подошвах. В случаях очагового кератоза, наблюдавшихся Bonnet et Oliver, резко выраженный гипергидроз сопровождался высыпанием небольшой величины пузырьков, происходившим почти непрерывно, на протяжении ряда лет.

Ногти на пальцах чаще остаются не пораженными, лишь иногда замечается образование на ногтевом валике небольших роговых наслоений, и сравнительно редко вещество ногтя теряет свой нормальный вид, делаясь мутным и ломким.

Раз достигнув полного своего развития, ладонно-подошвенный кератоз остается в течение всей жизни больного стационарным, обнаруживая лишь слабо выраженную склонность к периодическому

улучшению и ухудшению, а в иных случаях давая обострения в зимнее время, как то, напр., наблюдали Braget и Azuga.

Что касается сравнительной частоты очаговой и диффузной формы на ладонях и подошвах, то на первых чаще наблюдается очаговый, резко ограниченный кератоз, на последних же — почти исключительно диффузный, разлитой, иногда в высшей степени напоминающий картину распространенной *callositas*.

Вторая по частоте форма ладонно-подошвенного кератоза — *keratosis palmaris et plantaris acquisita* — по своей клинической картине представляет большое сходство с только что описанным симптомокомплексом, отличаясь лишь некоторыми особенностями течения и благоприятным в большинстве случаев исходом. Заболевание может появиться в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин; в случаях Vögnеr'a процесс обнаружился на 21-м году, Allen'a — на 13-м году, Buschke — на 34-м году, Baudouin'a — на 52 году, Samberger'a — на 38-м году и Rusch'a — на 13-м году. Первые симптомы заболевания состоят в усиленном отделении рогового слоя в форме пластинок или чешуек, или в образовании резко ограниченных островков роговых наслоений, напоминающих по внешнему виду обыкновенные мозоли. Процесс быстро прогрессирует и в течение нескольких даже месяцев может достигнуть полного развития, не вызывая вместе с тем никаких субъективных ощущений; лишь в очень редких случаях, как это наблюдал Samberger, больные жалуются на чувство жжения и зуд в пораженных ладонях даже в то время, когда видимые проявления болезни еще ничтожны.

Что касается локализации, то здесь отмечается та же особенность, что и при наследственной форме, а именно, чаще поражаются подошвы, иногда даже изолированно (Vögnеr, Иорлан). В более редких случаях (Allen, Rusch, Buschke) гиперкератоз наблюдается на одних ладонях; обычно же и те, и другие более или менее в одинаковой мере вовлекаются в процесс. Все особенности локализации, внешний вид, цвет роговых наслоений почти ничем не отличаются от описанной выше клинической картины наследственного гиперкератоза. Так, могут встречаться диффузные формы, где кожа ладоней и подошв поражена на всем протяжении или на большей своей поверхности (Baudouin, Dubreuilh, Samberger), и, наоборот, существуют очаговые формы с резко ограниченными роговыми разрастаниями, которые наблюдаются почти исключительно на ладонях (Vögnеr, Buschke, Allen). В

клинической картине, весьма сходной с описанной выше, выступает с большой постоянностью некоторая зависимость болезненного процесса от внешних вредных моментов, именно, первые признаки болезни обнаруживаются обычно на стопах, на тех местах, которые подвергаются наибольшему трению и давлению обувью, а на ладонях они развиваются у лиц, занимающихся непривычным для них физическим трудом, на тех участках, где чаще наблюдается образование мозолей. В большинстве наблюдавшихся случаев это влияние механических инсультов способствовало быстрому развитию болезненного процесса, но отнюдь не являлось производящей причиной его.

Оставляя в стороне разновидности описываемых форм локального кератоза, как-то *porokeratosis papillomateuses plantaires et palmaires* (Manteaux), *keratosis subungualis* (Leiner и Noble), *keratosis maculosa disseminata* (Buschke-Fischer), мы на основании описания различными авторами, главным образом французской школы, герединтарной и акквизитной форм констатируем единство клинической картины в наиболее существенных чертах. Главное различие, наследственный характер заболевания, отнюдь не противоречит этому. Дело в том, что в описанных до настоящего времени случаях акквизитного кератоза мы нигде не встречаем указаний, что он не может передаваться по наследству; с другой стороны, имеется вполне точное наблюдение (Уппа), где в семье, никогда не имевшей среди своих членов больных кератозом, заболела им молодая женщина, передавшая свою болезнь двум своим детям. Далее, надо отметить еще то обстоятельство, что передача по наследству нисходящим поколениям носит лишь факультативный характер, именно, от больных родителей могут происходить и здоровые, и больные дети; и те и другие, в свою очередь, впоследствии могут давать и здоровое, и больное потомство. Т. о. в последнем случае имеется так называемая перемежающаяся передача по наследству, что в значительной мере сглаживает ту резкую границу между обоими формами, которая и послужила основанием для обозначения их специальными терминами. Правда, в описаниях большинства авторов, наблюдавших акквизитные кератозы, имеется указание на возможное излечение их даже при чисто местной терапии (напр., при применении мыльно-салицилового пластыря), в то время, как при чисто герединтарной форме терапевтическое вмешательство остается в большинстве случаев почти безуспешным. Vögnér отмечает также, что акквизитный кератоз носит более воспалительный характер, нежели герединтарный, что и пыгается подтвердить путем патолого-анатомического исследования.



Микроскопические изменения в коже при наследственной форме, по *Vögnér*у, давшему детальное описание их, заключаются в более или менее резко выраженном акантозе и значительном утолщении рогового слоя без явлений паракератоза. Стрессие cutis представляется совершенно нормальным как со стороны конструкции коллагенной и эластической тканей, так и железистого аппарата. Главные изменения локализируются в эпидермисе, в частности в роговом слое. *Stratum granulosum* достигает весьма значительных размеров—до 12—15 рядов клеток. *Stratum spinosum* утолщен главным образом за счет межсосочковых отростков, глубоко вдающихся в *corium*. Клетки эпителия крупны, отечны, межклеточковые каналы расширены. Местами отек клеток бывает выражен весьма резко, и наблюдается слабая окрашиваемость протоплазмы и ядер; эти участки располагаются обычно вокруг выводных протоков потовых желез (в верхнем их отделе, проходящем через эпидермис), причем происхождение их *Vögnér* объясняет имбибицией эпителиальных клеток потом. Т. о. при микроскопическом исследовании можно установить, что воспалительные явления здесь совершенно отсутствуют. Аналогичные наблюдения были опубликованы *Rasini*, *Samberger*ом и др.

Несколько иную картину *Vögnér* нашел в случаях аквизитного кератоза, где наиболее существенным он считает наличие воспалительных явлений, как в cutis, так и в эпидермисе, выражающихся более или менее сильной инфильтрацией, расширением сосудов и отеком.

В Казанской Факультетской Дерматологической Клинике профессора В. Ф. Бургсдорфа за последние годы наблюдались два случая аквизитного ладонно-подошвенного кератоза, представляющие интерес как с чисто-клинической стороны, в смысле некоторых особенностей течения болезни, так и в отношении вопроса о времени появления первых симптомов и зависимости их от внешних условий, в частности—механических инсультов.

*Случай I.* Большой Л., 27 лет, по происхождению крестьянин Енисейской губ., женатый, детей не имеет, считает себя больным около 4½ месяцев. Поступил в клинику 29/IX 1915 года. Состоит на военной службе рядовым.

Больной рассказывает, что в середине мая 1915 года, когда он был на позициях, он случайно заметил на пястно-фаланговых сгибах больших пальцев рук небольшие трещины, которые постепенно стали увеличиваться в длину и глубину. Вскоре такие же трещины появились и на межфаланговых складках кожи остальных пальцев. Почти одновременно на сгибательной поверхности пальцев, в области

фаланг, кожа стала принимать грубый, как бы мозолистый вид. Приблизительно через месяц эти мозолистые участки представлялись уже в форме более или менее ограниченных очагов линейной формы, тянувшихся непрерывной полосой по длиннику пальцев. Края трещин над межфаланговыми складками также превратились в плотные, мозолистые утолщения. Постепенно процесс распространился на ладонь, сохраняя линейную форму очагов. В это же почти время больной заметил образование трещин на обоих пятках и в области Ахиллова сухожилия. И здесь также с течением времени края трещин приобрели мозолистый вид. Образование трещин и последующее развитие омололостей сопровождалось болями, особенно при ходьбе и ручной работе, настолько сильными, что больной, по его словам, буквально плакал. 14 сентября больной в одном из боев был ранен в руку и эвакуирован с фронта.

При наступлении больного в клинику картина болезни представлялась следующей:

*Ладони.* На возвышениях обеих ладоней, соответствующих пятым пястным костям, и в средней части ладоней располагаются линейного характера очаги болезненного процесса, представляющиеся в форме более или менее резко ограниченных утолщений рогового слоя, окруженных, — правда, нелегко, — узкой каймой гиперемизированной кожи. Поверхность их неровна, как-бы обнаруживает склонность к несильному крупно-пластинчатому шелушению, цвет их желтоватый, слегка полупрозрачный, местами несколько буровато-серый. В области кожных складок ладоней замечается образование трещин различной глубины, то слегка лишь рассекающих роговые наслоения, то глубоко проникающих в толщу кожи. Роговые массы очень трудно удаляются механически, и то лишь в самых поверхностных слоях. Такого же вида разрождения рогового слоя располагаются по средней линии ладонной поверхности 2-го, 3-го, 4-го и 5-го пальцев, доходя до концевой фаланги; образование трещин здесь выражено более резко. Кожа тыльной поверхности пальцев в области фаланговых сочленений довольно плотная, огрубелая, но без ограниченных очагов роговых разрождений. Ногтевые валики утолщены, покрыты массивным роговым слоем, слегка отстают от ногтей. Гипергидроз на ладонях отсутствует.

*Подошвы.* Кожа подошв на всем протяжении, за исключением части свода стопы, занята диффузным утолщением рогового слоя, имеющим крайне неровную поверхность, почти всюду покрытую глубокими кое-где кровотокающими трещинами, придающими ей вид мозаики. Границы этих роговых наслоений представляются сравнительно нерезкими, по периферии замечается пояс гиперемии. Цвет их — серовато-белый, местами — желтовато-бурый. Процесс, захватывая всю поверхность подошвы, переходит также и на боковые стороны стопы. Гипергидроз отсутствует. Кожа пальцев с подошвенной стороны занята менее резко выраженными очагами гиперкератоза.

Со стороны остальных кожных покровов и внутренних органов каких-либо отклонений от нормы не обнаружено.

4/X. На кистях рук развилась разлитая гиперемия с цианотическим оттенком — *asphuxia localis*. Назначены на левую ладонь *empl. sapon-salicyl. 15%* и на правую — *empl. hydrarg.*

6/X. На подошвах применение *empl. hydrarg.*

12/X. На ладонях и подошвах некоторая мацерация и размягчение роговых масс.

18/X. Меркуриальный пластырь действует несколько энергичнее, нежели салициловый.

23/X. Роговые массы на ладонях и подошвах отделяются пластами.

27/X. Остатки роговых наслоений срезаны ножницами. Сгибание пальцев рук происходит свободно.

2/XI. Кожа ладоней делается мягкой, нового образования роговых наслоений не замечается, цианоз еще держится.

9/XI. Роговые массы на ладонях и подошвах удалены, кожа мягкая, эластичная.

13/XI. Больной выписан.

*Случай II.* Больной Ш., 32 лет, дворянин Детляндской губ., холост, по профессии чиновник, поступил на амбулаторное лечение 27/II 1918 года.

Болен с 5-летнего возраста. По словам больного, болезнь появилась первоначально на подошвах, после ношения узкой обуви, — в форме обычных мозолей, частью сухих, частью сопровождавшихся образованием небольших пузырей. Мозоли располагались на местах наибольшего давления обувью. Постепенно распространяясь по периферии, они заняли почти всю поверхность подошвы, имея вид массивных роговых наслоений. Кожа ладоней до 15-го года жизни была совершенно нормальна. С этого времени после физической работы, даже самой незначительной, на ладонях необычайно быстро стали появляться мозоли, частью сухие, частью с образованием пузырей. Больной усиленно занимался гребным спортом и сельскохозяйственными работами в усадьбе. К концу каждого лета кожа ладоней у него оказывалась покрытой многочисленными массивными мозолями, главным образом в области *thenar*, у основания пальцев. На месте кожных складок мозоли легко трескались и кровоточили, часто приходилось поэтому срезать их. Вскоре больной стал замечать, что они стали появляться и после весьма незначительной ручной работы, трения или случайной травмы: порезов, уколов, ушибов и т. п. В течение нескольких последних лет больному пришлось заниматься канцелярской работой; на пальцах, на тех именно местах, где к коже прикасается перо, он заметил также присутствие, правда, небольших мозолей. По поводу этого заболевания пациент лечился в ряде крупных городов, но без всякого успеха, несмотря на применение разнообразных мазей, пластырей, гальванокаустики и проч. Больной происходит из семьи, где отсутствовали какие-либо кожные болезни. Брат больного умер от туберкулеза. Венерические болезни он отрицает; в 1916 году RW была

отрицательна. Больной отмечает, что после гальванокаутеризации на месте укола иглою мозоли развивались значительно сильнее и быстрее, нежели после других травм.

Больной среднего роста, правильного сложения, хорошего питания, со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. На коже обеих ладоней располагаются разрощения рогового слоя в форме отдельных, резко ограниченных, приподнятых над уровнем окружающей кожи бляшек, желтоватого цвета, плотных наощупь. Поверхность их шероховатая, неровная, местами кое-где покрытая трещинами. По периферии каждой бляшки замечается узкая полоса гиперемии. На тех местах, где эти роговые разрощения располагаются в области кожных складок, наблюдается образование глубоких трещин, края которых плотны, тверды и имеют вид выступающих роговых масс. Такого рода очаги разрощений локализируются, по преимуществу, на средней линии сгибательной поверхности пальцев той и другой кисти, гл. обр. в области межфаланговых суставов, над головками пястных костей, а также и на середине ладоней. Имеется некоторая склонность к линейному расположению, в особенности на пальцах. Гипергидроз довольно резко выражен, кожа кистей влажна, холодна наощупь. Ногтевые валики на всех пальцах плотны, неподатливы, покрыты кровотоющими трещинами. Ногти частью нормальны, частью изменены, их поверхность неровная, покрыта продольной исчерченностью, непрозрачная, свободный край ногтей как-бы с надломами. Локализация болезненных фокусов вполне симметрична с той и другой стороны.

На коже подошв на выступающих участках (пятка, основание пальцев, наружный край стопы) замечаются разлитые наслоения роговых масс, светло-желтого цвета, с нерезкими границами. Кожа по периферии их слегка гиперемирована. Поверхность их довольно ровная, образование трещин незначительно. Эти роговые наслоения в области пятки переходят несколько на боковую поверхность стопы. Гипергидроз выражен в умеренной степени. Ногти не изменены. Надевание обуви и ходьба сильно затрудняют больного, вследствие значительной болезненности, особенно в сырую погоду. Срезывание ножницами отдельных роговых очагов, как это практиковал больной, давало только временно облегчение, ибо после каждого механического повреждения наблюдался усиленный рост роговых масс. В клинике производился *experimenti causa* повреждение кожи ладоней иглой и кончиком скальпеля; по прошествии нескольких недель на этих участках развивались роговые разрощения, имевшие вид совершенно сходный с уже существующими.

Для гистологического исследования был экспицирован кусочек кожи с резко ограниченной бляшкой, величиной с небольшую горошину. После заживления ранки (без нагноения) через несколько недель на месте эксцизии появился вновь фокус ороговения. Больному назначено применение *empl. sapon-salicyl. 15%* и внутрь *ammonium sulfoichthyolicum cum aq. destil. ad c 30 до 100 капель*

pro die. Он находился под наблюдением до начала апреля, за какой промежуток времени видимых улучшений не наступило.

Из эксцидированного кусочка кожи, после фиксации его спиртом и заливки в целлоидин, были приготовлены срезы, окрашенные обычными методами (polychr Meth.-blau + Glycerinäthermischung, U n n a-P a r r e n h e i m. N. orcein + pol. Meth.—bl., s. orcein + p. M.-blau, v. Gieson, Picrocochenille по Wickberg'у и др.). Патолого-анатомическая картина оказалась сходной с описанной V ö r n e r'ом. Роговой слой в значительной степени был утолщен, превышая нормальную толщину в 10—15 раз, явлений паракератоза не было обнаружено. Эпителий был резко гипертрофирован, главным образом за счет увеличения межсосочковых его отростков, надсосочковый же слой был относительно узок, состоя из 4—6 рядов клеток. Сосочки соотв были удлинены, не широки, сдавлены разросшимися отростками эпителия. Со стороны cutis никаких изменений не было обнаружено, кроме незначительной дилатации сосочковых капилляров и отчасти сосудов подсосочковой сети, а также весьма слабо выраженной инфильтрации сосочков лимфоцитами и соединительнотканными клетками. Строение отдельных слоев эпителия было нормально, лишь вокруг верхних отделов выводных протоков потовых желез эпителиальные клетки представлялись несколько отечными, набухшими.

Таким образом патолого-анатомическая картина характеризовалась здесь гиперкератозом, акантозом и легкой инфильтрацией сосочкового слоя cutis.

В приведенных историях болезни наших больных необходимо отметить следующие обстоятельства: 1) время появления первых симптомов заболевания, 2) зависимость его от внешних вредных моментов, в особенности во II случае.

Что касается первого пункта, то, как мы указывали уже выше, время появления первых признаков аквизитного кератоза (а в наших обоих случаях мы имеем чисто-аквизитную форму) может быть различно; во II из наших случаев первые симптомы, в форме легко возникающих мозолей на подошвах, наблюдались на 5-м году жизни, в то время как поражение ладоней обнаружилось на 10 лет позднее и также в форме обычных мозолей, появлявшихся после каждого механического инсульта, даже столь незначительного, как укол булавкой, трение писчего пера и т. п., не говоря уже о более серьезных. Эта связь болезненного процесса с механическими инсультами наблюдалась также и в случае I, где больной находился в условиях позиционной жизни, связанной с почти постоянной тяжелой физической работой и длительными переходами и представляющей массу возможностей для воздействия различного рода вредных агентов. Указанное обстоятельство подтверждает высказанное



рядом авторов (S a m b e r g e r и др.) предположение, что действие физических агентов, не вызывая болезни, как таковой, способствует проявлению ее в измененной уже коже.

Какова сущность заболевания, его этиология, причины наследственности в одних случаях,—все это остается еще совершенно невыясненным. V ö r n e r, S a m b e r g e r и др. пытались подойти к разрешению этих вопросов, изучая,—правда, недостаточно детально,—состояние нервной системы больных, но никаких более или менее веских оснований для признания поражения ее найдено ими не было. D u b r e u i l h и S a m b e r g e r высказываются лишь, что это заболевание встречается у неврозатов; в одном случае одновременно с keratosis у больного были обнаружены симптомы tabes dorsalis. Надо отметить также, что keratosis plantaris et palmaris наблюдался при ряде других заболеваний, как-то remphigus vulgaris, dermatitis herpetiformis D ü h r i n g ' a и др.

Воздерживаясь от категорических выводов, ввиду полного нашего незнания этиологии keratosis palmaris et plantaris, нам, на основании изучения литературного материала и анализа клинической картины наших двух случаев, казалось-бы возможным высказать следующие предположения:

1) В силу того обстоятельства, что клиническая картина гере- дитарной и аквизитной форм ладовно-подошвенного кератоза имеет много общего как в смысле сходства отдельных симптомов, так и в отношении патолого-анатомической картины, возникает вопрос, не представляют ли эти две формы кератоза в сущности один и тот же процесс.

2) Кажется вероятным, что переход одной формы в другую действительно может иметь место, ибо, во-первых, передача по наследству в случаях гере дитарной формы носит лишь факультатив- ный характер, во-вторых, аквизитная форма может перейти в ге- редитарную, коль скоро заболевание, появившееся у родителей даже в зрелом возрасте, передается нисходящим поколениям.

---

## Л и т е р а т у р а .

1) Thost. Diss., 1880 (цит. по V ö r n e r ' y). 2) Unna. Arch. f. Dermat. und Syph., 1883. 3) Date Horton. Brit. med. Journ., 1887 (цит. по V ö r n e r ' y). 4) Besnier. Atlas selten. Hautkrankheit., 1889, Н. 5. 5) Bassaget. Annal de dermat. et syphil., t. V., s. III, p. 1356. 6) Heuss. Monatsheft f. pr. Dermat., 1896. Bd. XXII.

- 7) Pendered. Brit. med. Journ., 1898 (цит. по Vörner'y). 8) Neumann. Arch. f. Dermat. und Syph., 1898, Bd. XLII. 9) Du Castil. Annal. de dermat. et syph., 1900, p. 1202. 10) Schütz. Arch. f. Dermat. und Syph., 1900, Bd. LIX. 11) Baudouin. Ann. de dermat. et syph., 1901, t. II. 12) Allen. Ibid. 13) Buschke. Ibid. 14) Dubreuilh et Guelain. Annal. de dermat. et syph., 1901. 15) Vörner. Arch. f. Dermat. und. Syph., 1901, Bd. LXXVII. 16) Audry et Laguerre. Annal. de dermat. et syph., 1902, t. III, p. 413. 17) Branet. Ibid. 18) Bergh, Monatsheft f. prakt. Dermat., Bd. 34, S. 1. 19) Freundl. Arch. f. Dermat. und Syph., 1903, Bd. 64, S. 404. 20) Schütz. Arch. f. Dermat. und. Syph., 1902, Bd. 59, S. 57. 21) Pasini Ann. de dermat. et syph., 1903, p. 518. 22) Langlet. Annal. de dermat. et syph., t. IV, 1903. 23) Mantoux. Annal. de dermat. et syph., 1903, t. IV, p. 15. 24) Danlos. Ibid., p. 943. 25) Weidenfeld Arch. f. Dermat. und Syph., Bd. 64, № 2, S. 274. 26) Dubreuilh. Annal. de dermat. et syph., 1905, p. 176. 27) Gaucher et Milieu. Ibid., p. 609. 28) Balzer et Germain. Ibid., p. 465. 29) Balzer et Bassagers. Ibid., 1906, p. 386. 30) Behring. Arch. f. Dermat. und Syph., 1905, Bd. 66, S. 379. 31) Говоров. Русский Журнал Кожн и Венерич. Болезней, 1904, № 3. 32) Samberger. Arch. f. Dermat. und. Syph., 1907, Bd 77. 33) Gaucher. Annal. de dermat. et syph., 1905, p. 609. 34) Vörner. Arch. f. Dermat. und Syph., 1907, Bd. LXXXVIII. 35) Waelisch. Ibid, Bd. LXXXVI, 1907. 36) Иордан. Русск. Журн. Кожн. и Венер. Болезней, 1907, т. XIV. 37) Bayet. Annal. de dermat. et syph., 1909, t. X. 38) Besnier, Brocq et Jacquet. La pratique dermatolog., 1901. 39) Унна. Histopathologie der Hautkrank., 1894. 40) Hebra und Karosi. Учебник болезней кожи. 1883. 41) Dubreuilh. Ann. de dermatol. et syph., 1910, № 2. 42) Flahn. Dermatol. Zeitschr., 1911, S. XVIII. 43) Bettmann. Arch. f. Dermat. und. Syph., XXI, 1911, S. 15. 44) Friedländer. Dermatol. Zeitschr., 1911, S. 750. 45) Lesner. Arch. f. Dermatol. und Syph., 1911, S. 456. 46) Riehl. Arch. f. Dermat. und Syph., 1911, S. 537. 47) Brocq et Fage. Bull. Soc. franç. de dermat., 1911, XI, p. 362. 48) Brauer. Arch. f. Dermat. und. Syph., 1912, S. 211. 49) Lipschütz. Dermatol. Zeitschr., 1912, S. 627. 50) Buschke—Fischer. Ref. Annal. de dermat. et syph., 1911. 51) Branet. Dermatol. Wochenschr., 1913, № 5. 52) Nobl. Arch. f. Dermat. und. Syph., 1913. 53) Иомшек. Русск. Журн. Кожн. и Венер. Болезней, 1913. 54) Мильман. Дерматология, 1913, т. I. 55) Busch. Dermat. Zeitschr., 1913. 56) Zumbusch. Dermatol. Zeitschr., 1913.