

стадии, когда наряду с самой фистулой имеется уже ряд грубых морфологических изменений в брюшной полости, которые затрудняют и осложняют технику операции, и общее питание организма в значительной мере подорвано.

При более раннем распознавании, результаты хирургического лечения будут, несомненно, более благоприятными.

Таким образом и в этом случае, как и во многих других, современное мышление врача, основанное не только на патолого-анатомических, но, главным образом, на функциональной патологии болезненного процесса выводит его на правильный путь раннего распознавания даже в таких трудных и запутанных случаях заболеваний внутренних органов, как f. g. c. и fistula gastro-jejuno-colica.

Литература: 1. Кончаловский. Труды факт. терап. клиники Москов. у-та, 1904.—2. Freud. Münch. Med. Wochenschr., № 43, 1918.—3. Strauss. Berlin Klin. Wochenschr., № 25, 1921.—4. Nelken. Archiv. f. verd. krankh., 1925. H. 3.—5. Scherk. Archiv. f. verd. krankh., 1929.—6. Hamilton and Romfred. The lancet, № 25, 1931.—7. Oschinsky. Med. Welt., № 4, 1932.—8. Frons. Deutsche Med. Wochenschr. 1922.

(Из 6. Обл. Московского кожно-венерологического института. Дир. проф. И. Н. Олесов).

О гистологии здоровой на вид кожи при сифилисе.

Е. Я. Герценберг, Е. Б. Беньямович и А. М. Левин. (Москва).

Гистологическая картина нормальной кожи при сифилисе впервые была исследована русским сифилидологом Павловым (в 1895 г.). У детей с врожденным сифилисом он в 5-ти случаях обнаружил столь резкие изменения со стороны сосудов кожи и различных органов, что даже считал возможным видеть в них причину смерти. В дальнейшем, однако, Павлов продолжал свои исследования на материале кожи, биопсированной у лиц с приобретенным сифилисом и взятой у 2-х сифилитиков, умерших от случайного острого заболевания. В качестве контроля он пользовался кожей, взятой у 3-х туберкулезных трупов. На основании этих изысканий Павлов пришел к заключению, что найденные им изменения в коже—набухание эндотелия сосудов, пролиферация его до полной закупорки просвета, инфильтраты вокруг сосудов и придатков кожи—не являются специфическими для сифилиса, т. к. они встречаются и при туберкулезе.

За исследованиями Павлова последовал целый ряд других работ. В большинстве своем это диссертации, выпущенные из Военно-медицинской академии. Ближайшая по годам работа после Павлова принадлежит Фридману, который пользовался материалом сифилитиков, не перенесших никаких инфекций в прошлом. В непораженной коже таких больных он также во всех случаях находил изменения, выраженные в ранних стадиях менее интенсивно и более поверхностно, чем в гуммозной стадии.

В диссертации, посвященной изучению гистологии сифилидов, Иванов попутно подверг исследованию 10 случаев нормальной на вид кожи

у сифилитиков. Он также нашел в ней интересующие нас изменения. Но, имея в виду, что в коже несифилитиков, а также здоровых людей обнаруживаются такие же инфильтраты, он не придал своим находкам у сифилитиков какого-либо специального значения.

Каршин, работа которого трактует исключительно о патолого-анатомических изменениях в клинически здоровой коже сифилитиков, приходит к заключению, что „сифилис, начиная с самых ранних периодов своего существования, вызывает ряд микроскопических изменений повсюду в непораженной, здоровой на вид, коже. Изменения прогрессируют в своем распространении и интенсивности, идя в этом параллельно с клинической картиной“. Однако, в одном из выводов автор указывает, что изменения эти не носят специфического характера и аналогичны тем явлениям, которые вызываются другими инфекционными и токсическими агентами (туберкулез, алкоголизм).

Лукомский (1928 г.) повел свои исследования в двух направлениях: с одной стороны, он изучал капилляроскопию кожи больных в ранних периодах сифилиса, с другой — исследовал неизмененную на вид кожу гистологически (в 11 случ.). В восьми исследованных таким образом случаях автор находил изменения, которые он характеризует так: „Во всех исследованных восьми случаях вторичного сифилиса дело идет о воспалительном процессе продуктивного характера, приуроченном исключительно к сосудам и выражающемся в пролиферации эндотелия и перителения сосудов, что в конечном итоге ведет к образованию инфильтратов, варьирующих в своей интенсивности“. В трех случаях первичного сифилиса имелись точно такие же сосудистые изменения, причем в 2-х случаях они были выражены довольно резко и в одном слабее. Изменения эти он считает специфическими для сифилиса. Любопытно, что гистологические изменения обнаруживаются ранее, чем резкие изменения в капиллярном токе. Основываясь на исследованиях Лукомского, Stadler в своей монографии „Syphilis des Herzens und der Gefäße“ (1932 г.) также трактует означенные изменения, как воспалительные и для сифилиса специфические.

Итак, из краткого литературного обзора видно, что в нормальной на вид коже сифилитиков обнаруживаются изменения, которые некоторые авторы считают не специфическими, т. е. встречающимися в равной мере при разных хронических инфекциях и интоксикациях (Павлов, Каршин). Другие же, главным образом, терапевты, полагают, что в ранние периоды сифилиса происходят значительные патологические изменения всей сердечно-сосудистой системы, что находит свое отражение между прочим и в специфическом поражении кожи.

Совершенно очевидно, что для правильного понимания столь важного для сифилидологов вопроса, не говоря уже о его решении, вышеуказанные исследования следует признать далеко не достаточными и не систематизированными. Располагая возможностью произвести наблюдения на широком материале, мы решили еще раз подвергнуть изучению этот вопрос, особенно в той его части, которая так разноречиво толкуется авторами, т. е. в части гистологических находок. Ввиду того, что изменения в коже находили все авторы и расходились лишь в трактовке их (специфические для сифилиса или нет?), надлежало найти систему и

методику исследования и контроля, которые позволили бы вынести в этом направлении более определенное суждение.

Мы использовали для наших наблюдений больных женского сифилистического отделения б. Областного Московского кожно-венерологического института. Всего нами произведено сорок две биопсии у 39 женщин и 3-х мужчин. Из них 34 биопсии произведены при сифилисе в разных стадиях.

Сифилис первичный—5 случаев,
 . вторичный свежий—15 случ.,
 . рецидивный—8 случаев.

Сифилис третичный у 6 больных, из них 2 были латентными сифилитиками, 4 с явлениями бугоркового и гуммозного сифилиса.

Для контроля мы воспользовались 3 мягкошанкерными больными, 3 больными мужчинами из урологического отделения института, 2 здоровыми женщинами, биопсийным материалом прозектуры Басманной б-цы (16 сл.) и трупным материалом Патолого-анатомического и-та и Института судебной медицины 1 М. М. И. (30 сл.).

Биопсии производились обычно в средней трети плеча с наружной стороны и только в 4-х случаях на бедре, в средней трети передней поверхности. Для биопсий всегда выбирался участок кожи, клинически нормальный. Кожа для биопсии при Lues I, Lues II recidiva и Lues III manifesta всегда бралась вдали от высыпаний и только при Lues II recens биопсируемая нормальная кожа находилась в окружении пятнисто-папулезной сыпи.

Возраст больных колебался от 16 лет до 56 лет.

Наш материал мы расположили в шести таблицах по роду заболевания, причем обозначенные нами графы повторяются во всех таблицах. Степень поражения мы отмечали плюсом, причем наибольшая степень обозначалась 4-мя плюсами, наименьшая одним плюсом.

В таблицах нами подробно указано, какие инфекции перенесены больными в прошлом.

Из нашего материала явствует, что во всех случаях первичного сифилиса (см. табл. 1) в непораженной на вид коже имеются довольно значительные изменения, обозначенные почти везде 2-мя плюсами.

ТАБЛИЦА 1.

№ по поряд.	№ истор. болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появлен. высыпан.	Время биопсии	Степень реакц. со стор. кожи	Примечание
1	1130	46	19	Syphilis I seropositiv.	Корь	RW 2+, RSG 2+	27/IV	7/V-31	++	Биопсия произведена без новокаиновой блокады
2	2579	124	19	—	—	RW 3+	7/IX	12/IX-31	++	
3	1131	47	19	Syphilis I seronegativ.	Корь	отриц.	29/IV	7/V-31	++	
4	1132	48	19	—	—	отриц.	29/IV	7/V-31	++	
5	1305	62	30	Syphilis I seropositiv.	Сыпной тиф	RW-4+, SG-3+	9/V	23/V-31	+	

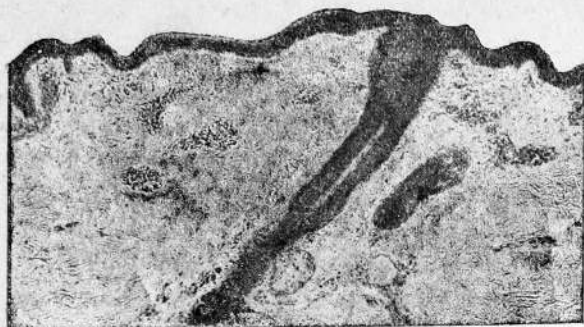


Рис. 1.

Изменения эти состоят в следующем: сосуды поверхностной сети cutis несколько расширены, окружены муфтой инфильтрата (см. рис. 1), состоящего в главной массе своей из гистиоцитарных элементов, лимфоцитов и единичных эозинофилов. Эндотелий капилляров набух, сочный, светлый, с хорошо красящимся ядром. Аналогичные инфильтра-

ты расположены кое-где и вокруг придатков кожи. При специальном исследовании спирохет не обнаружено. Не отмечается также патологического ожирения клеточных элементов, выпадения фибрина или где-либо отложения железа. Реакция оксидазы отрицательна. Ввиду того, что изменения эти аналогичны во всех случаях—варьирует лишь степень морфологического выражения—, мы ограничиваемся одним таким общим описанием для всего этого ряда.

При вторичном сифилисе (как свежем, так и рецидивном) картина как будто бы несколько меняется (см. табл. 2 и 3).

В табл. 2 мы находим два случая, обозначенные 3-мя плюсами (биопс. 138 и 34) и один даже 4-мя (биопс. 31). Во всех этих случаях (особенно в последнем) сосуды cutis резко расширены, с набухшим эндотелием, окружены мощным, хорошо ограниченным инфильтратом (рис. 2), в котором наряду с гистиоцитами и лимфоцитами встречается много плазматических клеток и немногочисленные лейкоциты. Такая же картина отмечается и в одном случае рецидивного вторичного сифилиса (табл. 3, биопс. 52). Картина поражения в точности соответствует гистопатологии первичных сифилидов).

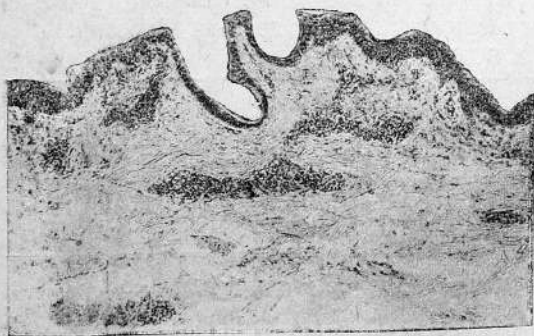


Рис. 2.

С другой стороны, в одном случае (табл. 2, биопс. 23) не отмечено никаких изменений (рис. 3). Гистологическая картина кожи в этом случае: эпидермис без изменений; соединительная (коллагенная и эластическая) ткань дермы — N. Сосуды поверхностной и глубокой сети с хорошо выраженным эндотелием, какой-либо периваскулярный инфильтрат отсутствует; придатки кожи обычного вида.

Вся же главная масса случаев как свежего, так и рецидивного вторичного сифилиса отличается изменениями, обозначенными по степени 1—2 плюсами, по существу же—изменениями, описанными выше для

ТАБЛИЦА 2.

№ по пор.	№ истор. болезни	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появления высыпания	Время биопсии	Степень реакции со стороны кожи	Примечание
1	2897	18	Lues II recens	Корь, возвратн. тиф	RW, SG 4+	Невыяснен.	—	++	
2	1234	19	"	—	RW4+SG 4+	2/V	23/V 31	++	
3	1171	19	"	—	RW, SG 4+	Невыяснен.	12/V 31	++	
4	938	20	"	Корь	RW, SG 4+	23/II	14/IV 31	+++	
5	1232	22	"	Коклюш	RW, SG 4+	13/V	23/V 31	+	
6	1275	22	"	Ветрян. оспа	RW, SG 4+	Невыяснен.	21/V 31	+	
7	1191	24	"	Брюшной паратиф	RW, SG 4+	3/IV	12/V 31	++	
8	691	27	"	Корь, суставной ревматизм	RW, SG 4+	16/III	23/III 31	++	
9	960/61	27	"	Сыпной тиф	RW, SG 4+	2/III	16/IV 31	+++	
10	801	28	"	Корь	RW, SG 4+	7/III	31/III 31	+	
11	959	28	"	Брюшной, возвратный тиф	RW, SG 4+	17/II	17/IV 31	++	
12	1172	39	"	Корь, ревматизм	RW, SG 4+	Невыяснен.	21/V 31	++	
13	791	45	"	—	RW, SG 4+	15/I	28/III 31	—	
14	1284	50	"	—	RW 3+, SG 4+	29/IV	23/V 31	++	
15	1283	55	"	Корь	RW, SG 4+	10/V	"	+	

ТАБЛИЦА 3.

№№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появ. высып.	Время биопсии	Степень реакт. со стор. кожи	Примечание
1	2889	136	18	Lues II recidiv	Малярия	RW, SG 4+	Невыяснен.	28/V 31	++	
2	2993	135	19	"	Испанка, ветрянка, корь	RW 3+ SG 4+	"	"	++	
3	2954	—	23	"	—	RW 2+	15/VII	17/IX 31	++	
4	1190	50	23	"	—	RW, SG 4+	15/XII	12/V 31	++	
5	1190	81	23	"	—	RW, SG 4+	5/XII	12/VI 31	+	
6	1306	72	27	"	Сыпной, брюшной, возвратный, корь	RW, SG 4+	Невыяснен.	28/V 31	+	
7	1179	52	30	"	Суставной ревматизм	RW, SG 4+	"	12/V 31	++	
8	2953	71	46	"	Испанка, корь, ветрян. оспа	RW 3+ SG 4+	"	28/V 31	+++	

первичного сифилиса; хорошо ограниченными периваскулярными инфильтратами гистоцитарного типа с незначительной примесью лейкоцитов в некоторых случаях (рис. 4). Спирохеты не найдены. Не обнаружено также ни выпотевания фибрина, ни ожирения эндотелия капилляров.

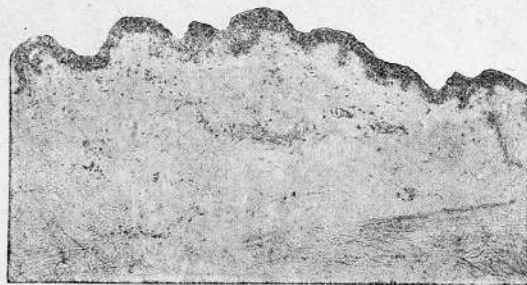


Рис. 3.

При третичном сифилисе, наконец, изменения в коже также обнаружены во всех случаях (см. табл. 4).

ТАБЛИЦА 4.

№№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакции	Время появл. высыпания	Время биопсии	Степень реакц.	Примечание
1	416	134	16	Lues III gummosa	Натуральн. оспа	RW, SG 4+	Невыяснен.	5/IX 31	+	
2	138	27	19	Lues III tuberculosa	Сыпной тиф, корь	RW, SG 4+	"	1/IV 31	+	
3	2589	133	35	Lues III tuberculosa	Воспаление легкого, сыпной тиф, испанка.	RW, SG 4+	"	5/IX 31	+	
4	3413	163	40	Lues III latens		отриц.	3/IX 29	5/XII 31	+	
5	2019	140	47	"	Сыпной тиф, испанка.	"		17/IX 31	+	
6	2895	137	56	Lues III tuberculosa gummosa		RW, SG 4+	Невыяснен.	5/IX 31	+	

По интенсивности проявления они выражены слабее, чем в первых двух периодах, по характеру же своему это—уже знакомые нам периваскулярные инфильтраты, состоящие из гистиоцитов и лимфоцитов

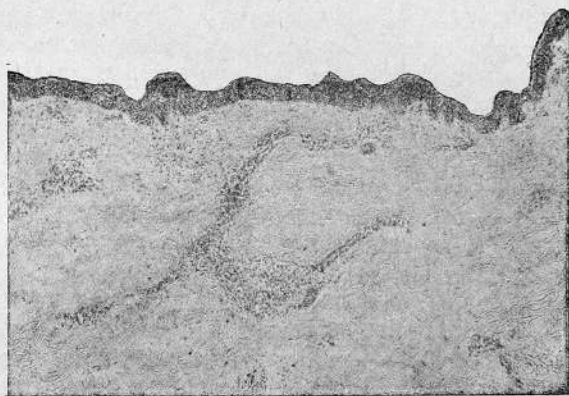


Рис. 4.

(рис. 5), локализованные местами также и вокруг придатков кожи. Дегенеративных изменений в в эндотелии капилляров не обнаружено. Не найдены и спирохеты. Реакция оксидазы всюду отрицательна.

Анализируя материал, приведенный в таблицах и описание гистологических исследований, мы должны отметить следующее: у сифилитиков всех трех периодов во всех случаях, кроме одного (*Lues II, recens*), обнаружены изменения в клинически непораженной коже



Рис. 5.

выражающиеся в гиперемии сосудов, набухании эндотелия и гистиоцитарных инфильтратах различной мощности, расположенных по ходу сосудов и вокруг придатков кожи. Спирохет не найдено. Картина изменений весьма напоминает то, что принято называть хроническим воспалением. В 4-х случаях клеточный состав инфильтрата и степень поражения таковы, что не остается никакого сомнения в том, что налицо имеется розеола или папула, находящаяся, повидимому, в стадии обратного развития, т. е. клинически уже невидимая. (Такое несоответствие между клинической картиной и анатомическим проявлением хорошо известно как сифилидологам, так и патологам).

Возраст больных не оказывает, повидимому, заметного влияния на описываемые изменения. Нельзя подметить также какой-либо зависимости между ними и серологическими реакциями. Длительность сифилитических высыпаний совсем не отражается на проявлении описываемых в коже явлений. Отсутствует, повидимому, и прямая связь между ними и раньше перенесенными инфекциями, т. к. из соответствующего сопоставления видно, что как при отсутствии инфекционных заболеваний в прошлом, так и при наличии даже четырех инфекций в анамнезе реакция со стороны кожи может быть интенсивной, или наоборот.

Итак, в согласии с другими авторами, нами были обнаружены весьма постоянные и однотипные воспалительно-подобные изменения в коже сифилитиков. Прежде, однако, чем делать какие-нибудь заключения по поводу этих изменений, мы попытались выяснить, не встречаются ли они, а если да, то как часто,—при других заболеваниях и не вызваны ли они побочными причинами? Другими словами, мы попытались выяснить, насколько эти изменения специфичны и патогномичны для сифилиса.

С этой целью мы стали биопсировать на вид нормальную кожу предплечья у больных с мягким шанкром, уретритом, водянкой яичка и др. (всего 6 случ.), а также воспользовались биопсийным материалом Басманной больницы (прозектор—доцент Е. Я. Герценберг), в котором попутно с удаляемым объектом (грыжевым мешком, опухолью, инородным телом, гинекомастией, суставной сумкой и мн. др.) удалялась и на вид неизменная кожа. (Само собой разумеется, что в расчет брались только те случаи, в которых сифилис был исключен). Во всех этих слу-

чаях (см. табл. 5 и 6) в исследуемой коже нами были обнаружены умеренная гиперемия сосудов и по ходу их — клеточные инфильтраты, состоящие, главным образом, из лимфоцитов, гистиоцитов и единичных эозинофилов (рис. 6 и 7).

ТАБЛИЦА 5.

№ по пор.	№ истории болезни	№ биопсии	Возраст	Диагноз	Анамнез	RW и др. реакц.	Время биопсии	Степень реакции	Примечание
1	286	169	16	Hydrocele dext.	Скарлатина	Отриц.	10/XII 31	+	Биопсия произв. без новокаина
2	3269	167	40	Urethritis ac. gonorr.	Сыпн. тиф, корь	"	10/XII 31	++	
3	3272	168	45	Hydrocele sin.	Натур. оспа, сыпной тиф	"	"	+	
4	251	14	19	Ulcera mollia	Корь, оспа, возвр. тиф	"	27/I 32	++	Произведена без новок.
5	74	13	19	Ulcera mollia	—	"	"	+	"
6	249	12	22	Ulcera mollia	—	"	"	++	"

ТАБЛИЦА 6.

№ по поряд.	№ биопсии	Пол	Возраст	Д и а г н о з	Время биопсии	Степень реакции	Примечание
1	3	♀	30	Фиброаденома грудной железы	1/1 32 г.	+	
2	12	♀	57	Варикозное расширение вен	3/1 32 г.	+++	
3	57	♀	51	Липома предплечья	10/1 32 г.	+++	
4	86	♀	22	Олеогранулема	16/1 32 г.	+	
5	97	♀	47	Пупочная грыжа	18/1 32 г.	+++	
6	112	♀	60	Пупочная грыжа	22/1 32 г.	+++	
7	161	♀	36	Пупочная грыжа	30/1 32 г.	+	
8	196	♀	58	Рак грудной железы	6/2 32 г.	+	
9	319	♀	27	Фиброма грудной железы	15/3 32 г.	+++	
10	329	♀	39	Рак грудной железы	18/3 32 г.	+++	
11	339	♂	25	Эпидермояденома ладони	20/3 32 г.	+	
12	385	♀	25	Ангима стопы	7/4 32 г.	+++	
13	413	♀	25	Олеогранулема грудной железы	11/4 32 г.	+++	
14	425	♂	54	Пупочная грыжа	13/4 32 г.	+	
15	458	♂	26	Киста бедра	18/4 32 г.	+	
16	549	♂	17	Гинекомастия	2/5 32 г.	+++	

Кое-где такие же инфильтраты наблюдались и вокруг волосяных фолликулов и сальных желез, т. е. были обнаружены изменения, анало-

гичные тем, которые встречались и у сифилитиков. По степени проявления найденные изменения и здесь являются крайне вариабильными; в общем и целом, однако, они выражены несколько слабее, чем при вторичном сифилисе.

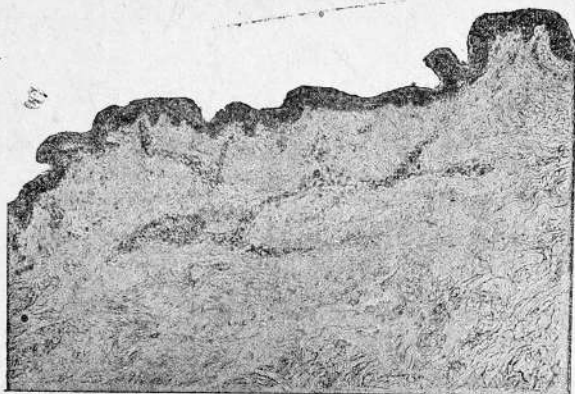


Рис. 6.

Обнаружив интересующие нас изменения в коже больных не-сифилитиков, мы обследовали в этом направлении 20 трупов (из прозектуры Басманной и 1-й клинической больниц) погибших от разных заболеваний: крупозной пневмонии, возвратного эндокардита, гнойного перитонита, общего артериосклероза и др.) и здесь учитывалось отсутствие сифилиса в анамнезе). *И во всех решительно случаях мы находили периваскулярные инфильтраты упомянутого клеточного состава, выраженные, правда, несколько слабее, чем у живых людей.*

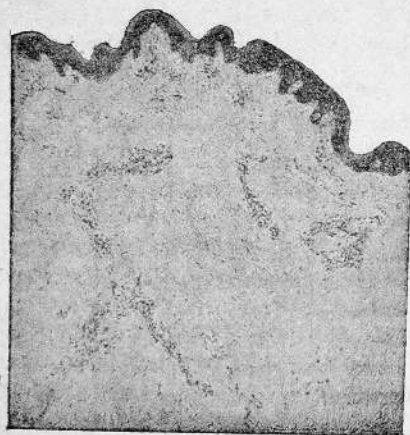


Рис. 7.

Достигнутые результаты логически привели нас к необходимости выяснить, каково в этом отношении состояние кожи у лиц, ничем не болеющих, т. е. здоровых. Мы биопсировали 2-х таких субъектов 16 л. и 21 г. и обследовали, кроме того, кожи 8 трупов, умерших от несчастных случаев, у которых на вскрытии (Инст. судебн. медик. 1 М. М. И.) не было обнаружено никаких болезненных изменений. *Во всех 10 случаях результаты исследования совпали с тем, что было обнаружено выше: по ходу сосудов кожи найдены „воспалительные“ инфильтраты, аналогич-*

ные таковым, каковые были найдены при сифилисе и др. заболеваний (рис. 8). Следует отметить, что на трупном материале людей,

погибших от случайных причин, сосудистая реакция выражена резко, чем на трупах, длительно болевших.

На основании наших исследований мы, таким образом, пришли к убеждению, что изменения кожи, обратившие на себя внимание исследователей, *встречаются не только у сифилитиков, но и у других больных и также у так наз. здоровых людей*¹⁾. Оставалось выяснить, какую роль играют операционная травма и местная анестезия в возникновении найденных изменений, постольку, поскольку по литературе известно, что травма и введение анестезирующих растворов (даже дистиллированной воды) сами по себе в состоянии вызвать в тканях явления, весьма схожие с теми, каковые были обнаружены нами. Нам кажется, что влияние операционного вмешательства можно исключить на основании наших исследований на трупах вообще и сифилитиков в частности. (Последних было исследовано 8 сл.: 2—постсальварсанного энцефалита, 2—Lues II у самоубийц и 4—гуммозного сифилиса). Как было показано выше, во всех этих случаях были обнаружены околосоудистые инфильтраты, а между тем ведь сам характер исследования (трупный материал) гарантирует от реакции на иссечение кожи. (Аналогичные наблюдения на трупах были уже раньше сделаны Е. Б. Бенъямович, А. М. Бобович и А. В. Ильиной).

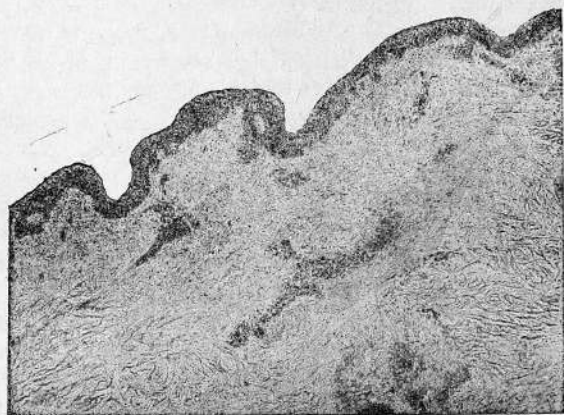


Рис. 8.

Что касается роли анестезии, то ее мы пытались выяснить путем исключения кокаинизации из ряда наших исследований (сифилитиков и не сифилитиков). Мы произвели 6 биопсий частью совсем без обезболивания, частью под спинно-мозговой анестезией, и тем не менее получили одинаковый эффект: мы увидали картину—сосудистой реакции, которая по существу своему ничем не отличалась от описанных выше изменений, обнаруженных в коже, удаленной с применением анестезии (см. табл. I и 5). Правда, в трех случаях реакция оказалась незначительной, обозначена всего лишь одним плюсом. Но мы напоминаем, что в нашей

¹⁾ Обследуя материал кожи здорового крупного рогатого скота, д-р Е. Ф. Беляева обратила внимание на то, что у него во всех случаях по ходу сосудов кожи также встречаются крупные гистиоцитарные инфильтраты.

работе имеется целый ряд случаев (см. все таблицы), где реакция выражена так же незначительно, несмотря на коканнизацию. (Вообще же считаем возможным допустить, что местная анестезия может играть роль фактора, усиливающего степень проявления упомянутых явлений).

Суммируя все вышесказанное, мы должны сказать, что при гистологическом исследовании в здоровой на вид коже сифилитиков обнаруживаются изменения, состоящие в гиперемии сосудов, набухании эндотелия и периваскулярных инфильтратах, преимущественно гистиоцитарного типа, т. е. изменения, напоминающие собою картину воспаления. Нам удалось установить, что возникновение их не зависит от введения новокaina, т. к. наблюдается в равной мере и в коже, удаленной без применения местной анестезии. Возраст и перенесенные инфекции не оказывают, повидимому, закономерного влияния на проявление этих изменений. Степень интенсивности их варьирует у отдельных субъектов. В общем и целом, изменения сильнее выражены при первичном и вторичном сифилисе, чем в гуммозном периоде: отсутствие изменений наблюдалось всего лишь в одном случае.

Однако, такие же изменения обнаружены нами и в видимо нормальной коже не-сифилитиков, больных мягким шанкром, гонореей, опухолями и мн. др. заболеваниями, а кроме того и у здоровых людей, причем все сказанное относительно сифилиса относится и к этим заболеваниям. Отсюда наш первый вывод — *найденные изменения не являются патогномоничными для сифилиса и ни в коей мере не могут считаться специфическими для него*. Даже больше, мы считаем, что найденные изменения вообще не являются патологическим явлением. Мы думаем, что *они являются принадлежностью каждой здоровой кожи* и представляют собою сосудистую реакцию, возникающую в связи с многообразной функцией и обменом этого органа, возникающую в ответ на многочисленные продукты обмена, гл. образом белкового, которые перерабатываются в коже и выделяются ею. (Клеточные реакции физиологического порядка, весьма напоминающие воспаление, в патологии хорошо известны. Напоминаем, напр., пищеварительный лейкоцитоз в кишечнике; рассасывание спермы в полости матки кролика). За то, что это именно так, говорят все этапы исследования: и постоянство находок у всех больных, здоровых людей и трупов (и животных), и крайняя вариабельность в их проявлении. Ведь функция кожи, как и всякого другого органа, есть величина крайне изменчивая, зависящая от взаимодействия всевозможных внешних и внутренних причин. Само собой разумеется, что и видимое проявление функциональной реакции может быть крайне изменчиво. Поэтому мы видим, что у лиц одинакового возраста, с одинаковым инфекционным анамнезом при одном и том же заболевании (даже одним и тем же периоде сифилиса) реакция со стороны кожи разная и, наоборот, при видимо разных побочных условиях — реакция одинаковая. Однако, некоторые факторы, как таковые, могут, очевидно, иметь и специальное — усиливающее или понижающее — влияние на ход и проявление кожных реакций. К таким факторам следует, повидимому, причислить сифилис во вторичном периоде, при кот. сосудистые изменения, несомненно, выражены сильнее, чем при гуммозном. Или — процесс тяжелой болезни и умирания, когда наравне со всеми реакциями организма угасает и реакция со стороны кожи: мы видели, что на трупах

погибших от тяжелых заболеваний, изменения в коже выражены гораздо слабее, чем у живых людей. Можно себе также представить, что разница в степени проявления реакции обусловлена различной возбудимостью кожи, зависящей от того или иного состояния нервной или эндокринной системы. Ведь общеизвестно, что некоторые субъекты обладают крайне повышенной возбудимостью сосудистых реакций и наоборот. Только на основе такой предпосылки можно понять тот единственный случай в нашем материале, где кожная реакция отсутствовала вовсе: очевидно, здесь либо уловлена фаза относительного функционального „покоя“ органа, либо данный организм обладает вообще пониженной возбудимостью своих ответных реакций.

Итак, мы приходим к нашему второму выводу: *на основе чистой морфологии (в данном случае находке периваскулярных инфильтратов) не всегда можно делать обобщающие выводы о характере изменений.* С этой точки зрения надлежало бы произвести переоценку находимых в порядке каждодневного исследования гистиоцитарных инфильтратов в различных органах: в Глиссоновой сумке печени, интерстициальной ткани почек, перибронхиальной ткани и мн. др. местах. *А отсюда уже вытекает то умозаключение, что существующее в литературе мнение (Лукомского и др.) о специфичности и воспалительной природе сосудистых изменений в здоровой на вид коже сифилитиков является неправильным. Эти изменения являются принадлежностью каждой здоровой кожи и являются, очевидно, показателем нормальной функции данного органа.*

Литература: 1. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, №№ 14, 15, 16, 17, 1895 г. — 2. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, № 42—46, 1897 г. — 3. Фридман Е. Ф. Больничная газета Боткина, № 47—49, 1899 г. — 4. Иванов В. В. Диссертация, 1900 г. С. П. Б. К учению о гистологич. строении сифилидов кожи кондиломатозного и гуммозного периодов. — 5. Каршин. Диссертация. 1907 г. К вопросу о патолого-гистологических изменениях в здоровой на вид кожи у сифилитиков. — 6. Лукомский П. Е. Клинич. мед., 1928 г., № 14, т. VI.

(Из хирургического отд. Пензенской советской больницы. Зав. профессор Н. М. С а в к о в).

К вопросу о моментах, способствующих возникновению послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Доктор А. И. Левков.

Несмотря на большое количество работ по вопросу о пептической язве тонкой кишки, последняя до настоящего времени не потеряла своего актуального значения и интереса.

Пептическая язва является одним из грозных осложнений желудочных операций. Наш материал составляет по хирургическому отд. Пензенской больницы 1382 операции, произведенных по поводу язвы желудка и 12-типерстной кишки. Из них 1254 операции приходится на г.-э. и 128 на резекцию желудка. На это количество операций до последнего времени мы имеем 20 случаев послеоперационных пептических язв.