

I.

СИФИЛИСЪ ПОЛОСТИ РТА.

Профес. E. Finger въ Вѣнѣ.

Перевель съ нѣмецкаго Е. Главче.

II.

КРАТКАЯ СХЕМА УЧЕНІЯ О СИФИЛИСѢ.

Составиль Е. С. Главче.

Преподаватель Сифилидологіи
въ Одесской зубооубрачебной школѣ д-ра И. И. Марголина.

ОДЕССА.

Тип. Акціонернаго Южно-Русскаго О-ва Печатнаго Дѣла.
(Пушкинская ул., соб. д., № 18).

1905.

6.5
Фингер Э.
Сифилис полости
рта

I.

Головченко

Зинченко

Зинченко

СИФИЛИСЪ ПОЛОСТИ РТА.

Профес. Е. Finger въ Вѣнѣ.

Перевель съ нѣмецкаго Е. Главче.

1972 г.

II.

КРАТКАЯ СХЕМА УЧЕНІЯ О СИФИЛИСѢ.

Составиль Е. С. Главче.

2012

Преподаватель Сифилидологіи
въ Одесской зубо­врачебной школѣ д-ра И. И. Марголина.



БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНЧЕСКАЯ
№ 41452
Новороссийскаго Университета.
ОДЕССА.

1972

Тип. Акціонернаго Южно-Русскаго О-ва Печатнаго Дѣла.
(Пушкинская ул., соб. д., № 18)

1905.

ИНВЕНТАР
№ 10317

610.5

Доволено цензурою. Одесса, 24-го сентября 1904 года.

ПЕРЕОБЛІК

Правленіе бібліотеки студентовъ-
медиковъ напоминаеть товарищамъ,
что они отвѣчаютъ за порчу и
поврежденіе книгъ и передатковъ.

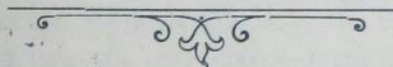
I.

СИФИЛИСЪ ПОЛОСТИ РТА.

Проф. **E. Finger** въ Вѣнѣ.

Перевелъ съ нѣмецкаго съ разрѣшенія автора Е. Главче.

(Über Syphilis der Mundhöhle von prof. E. Finger in Wien).



СИФИЛИСЪ ПОЛОСТИ РТА.

Проф. E. Finger въ Вѣнѣ

(перевелъ съ нѣмецкаго Е. Главче).

Среди многочисленныхъ и разнообразныхъ заболѣваній, поражающихъ полость рта, особенный интересъ представляетъ для зубныхъ врачей сифилисъ.

Въ силу необходимости, имъ въ практикѣ приходится не рѣдко встрѣчать и надо умѣть распознавать сифилитическія пораженія во рту.

Случается также, что специалистъ-сифилидологъ обращается къ нимъ съ просьбой помочь ему въ борьбѣ съ сифилисомъ—полечить полость рта, привести ее въ надлежащій порядокъ для того, чтобы предупредить возвраты болѣзни, или-же, чтобы имѣть возможность провести безъ помѣхи и задержки энергичный курсъ специфическаго меркуріальнаго лѣченія.

Но есть еще причины, почему зубному врачу очень нужно и важно знать сифилисъ и его проявленія. Какъ извѣстно—это болѣзнь въ высокой степени заразительная и свойство это съ особенной силой проявляется въ симптомахъ, локализирующихся именно въ полости рта.

Отсюда ясно, что зубному врачу въ практической его дѣятельности постоянно приходится считаться съ возможностью и опасностью заразиться самому или передать заразу своимъ паціентамъ.

Стоитъ только вспомнить, какъ часто и разнообразно зубному врачу приходится во время своихъ врачебныхъ манипуляцій приходиться въ *тѣсное* соприкосновеніе съ полостью больныхъ.

Врачи могутъ или сами стать жертвой болѣзни—заразиться, или-же они могутъ сдѣлаться виновниками чужого несчастья—перенести заразу на здороваго (по отношенію къ сифилису) своего паціента. При этомъ, въ послѣднемъ случаѣ, зараженіе можетъ произойти или непосредственно

отъ больного врача, или посредственно чрезъ загрязненные и недостаточно продезинфицированные инструменты.

Поэтому необходимо постараться сначала вкратцѣ описать проявленія сифилиса въ полости рта въ теченіи различныхъ періодовъ этой болѣзни, а затѣмъ, выяснить обстоятельства и особенности, обусловленные главнымъ свойствомъ сифилиса—его заразительностью.

Полость рта часто служитъ входнымъ отверстіемъ для сифилитическаго яда. Послѣ половыхъ органовъ эта часть тѣла въ этомъ отношеніи занимаетъ первое мѣсто. И вслѣдствіи этого именно первичныя пораженія сифилиса и не составляютъ тутъ особенной рѣдкости. Это необходимо помнить особенно потому, что три классическихъ признакахъ твердаго шанкра—оплотнѣніе, изъязвленіе и сопутствующее безболѣзненное припуханіе ближайшихъ лимфатическихъ железъ—очень часто не бываютъ здѣсь рѣзко выражены.

Что касается въ частности расположенія первичнаго пораженія при сифилисѣ на губахъ, то оно чаще бываетъ на нижней губѣ, чѣмъ на верхней и въ типичныхъ случаяхъ его трудно не распознать.

При этотъ соотвѣтствующая часть губы представляется сильно отекающей, воспаленной, покраснѣвшей и вслѣдствіи этого выпяченной и выступающей впередъ. Въ центрѣ этой опухоли видно изъязвленіе, по наружной (со стороны кожи) сторонѣ своей покрытое коркою, желтою, коричневатой, или даже черною, нерѣдко въ видѣ устричной раковины; кнутри, по красной каймѣ губъ, напротивъ, изъязвленіе это покрыто не коркой, а налетомъ, трудно снимающимся, сѣроватымъ, напоминающимъ дифтеритическую пленку. И только по периферіи пораженія можно видѣть язву болѣе или менѣе глубокую или иной разъ ссадину съ плоской, темно красной глянцевитой поверхностью. Все это слегка кровоточитъ, а подъ основаніемъ язвы прощупывается какъ бы плоскій кружокъ ограниченнаго уплотнѣнія, по консистенціи своей рѣзко отличающійся и разграниченный отъ прилежащей отечности тканей.

Клиническую картину дополняетъ безболѣзненное припуханіе лимфатическихъ железъ по сосѣдству—подбородочныхъ или подчелюстныхъ. Ихъ легко можно прощупать или даже видѣть.

Но такая типичная форма склероза на губахъ не такъ уже часта. Скорѣе можно тутъ встрѣтить разновидности не типическія и діагностически труднѣе распознаваемые.

Онѣ протекають въ видѣ упорныхъ трещинъ и осаденій и при этомъ чаще располагаются по средней линіи нижней губы или же въ комиссурахъ, въ углахъ рта.

Припухлости здѣсь почти не бываетъ, оплотнѣніе тоже не замѣтно; иногда только можно прощупать небольшую съ чечевицу величиною и плоскую какъ бы пластинку и единственно, чѣмъ обращаютъ на себя вниманіе эти трещины—это своимъ упорствомъ и длительнымъ теченіемъ— онѣ легко кровоточать, засыхаютъ и вновь открываются.

Если все это наблюдается у лицъ съ привычно потрескавшимися губами—обычнымъ спутникомъ стоматитовъ—то распознаваніе по одной внѣшней картинѣ пораженія становится почти невозможнымъ, одна лишь длительность этихъ самыхъ трещинъ и отсутствіе склонности къ заживленію должны казаться подозрительными.

И только припуханіе въ подчелюстной области—отъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ—дѣлаетъ діагностику точной и опредѣленной. По частотѣ за склерозомъ губъ слѣдуютъ первичныя пораженія языка.

Онѣ располагаются почти всегда на его передней половинѣ, на кончикѣ, по краю и по близости его, и представляютъ изъ себя или плоскую, рѣзко ограниченную, круглую или овальную эрозію темно краснаго цвѣта или покрыты дифтиретическимъ налетомъ; при этомъ оплотнѣніе бываетъ только пластинчатымъ. Или же онѣ принимаютъ форму язвы тоже круглой или овальной, углубленной воронкообразно или корытообразно съ дномъ изрытымъ, сальнымъ и краями, возвышающимся въ видѣ валика надъ ея поверхностью. Эти послѣдніе, какъ и самое дно, даютъ на ощупь ощущеніе массивной инфильтраціи, глубоко-проникающей въ самую массу языка.

Множественное и безболѣзненное припуханіе лимфатическихъ железъ—подбородочныхъ и подчелюстныхъ—и при склерозѣ языка тоже по большей части очень ясно выражено.

Мы переходимъ теперь къ локализациі первичнаго пораженія, считающейся очень рѣдкой и, такъ какъ для зубныхъ врачей она представляется особенно интересной, то остановимся на ней подольше.

Дѣло идетъ о расположеніи склероза на деснахъ.

Въ противность мнѣнію до сихъ поръ господствующему о чрезвычайной будто бы рѣдкости такой локализациі можно, внимательно просмотрѣвъ литературу вопроса, убѣ-

даться, что количество случаевъ, сюда относящихся, представляется довольно изряднымъ.

Bulkley въ своемъ большомъ и тщательно обработанномъ трудѣ, опубликованномъ въ 1894 (*Syphilis in the innocent. New-York, Duncan Bulkley*) упоминаетъ о томъ, что изъ 9058 собранныхъ имъ случаевъ внѣполового зараженія 42 были расположены на деснахъ и они въ такомъ порядкѣ распредѣлялись по странамъ, гдѣ наблюдались и были описаны—во Франціи, Бельгіи и ихъ колоніяхъ 18; въ Россіи и Польшѣ 5, въ Венгріи 7, въ Германіи, Швейцаріи, Голландіи по 2; въ Великобританіи, Ирландіи и колоніяхъ 6.

Въ доступной мнѣ литературѣ я нашель еще 30 случаевъ—часть ихъ не вошла въ статистику *Bulkley*'я, часть была опубликована позже 1894 г. Въ ихъ числѣ 4 случая изъ Россіи, 1 наблюдался въ Даніи, 1 въ Англии, 2 въ Испаніи, 9 наблюденій германскихъ, 4 французскихъ и 8 изъ Австріи. Такимъ образомъ количество до сихъ поръ извѣстныхъ склерозовъ первичныхъ на деснахъ доходитъ до цифры довольно солидной—72.

Этіологіи этихъ случаевъ постолько, поскольку этотъ вопросъ можетъ интересовать зубныхъ врачей, мы коснемся позднѣе.

Располагаются такіе склерозы чаще на верхней челюсти, рѣже на нижней и именно на передней (щечной) ихъ сторонѣ, у губной уздечки, у рѣзцовъ, клыковъ или же у малыхъ коренныхъ зубовъ, рѣже у десны большихъ коренныхъ. Что же до клиническаго ихъ вида, то подчасъ они бываютъ типичны—ясно выраженная, рѣзко очерченная, слегка возвышенная инфильтрація темно краснаго цвѣта съ поверхностью слегка эродированной или покрытой дифтерийнымъ налетомъ; по формѣ она кругла или овальна.

Они захватываютъ всю десну соотвѣтственно протяженію 2-3 зубовъ, переходятъ спереди и книзу на слизистую губъ, кзади промежъ зубовъ инфильтрація надвигается на твердое небо; по свободному краю десень и у сосочковъ ихъ образуется гнойное скопленіе. При прикосновеніи пораженія эти легко кровоточатъ; иногда окружающія ихъ части десень опухаютъ и превращаются въ сосочковидную и разрыхленную поверхность и на ощупь все становится значительно болѣе плотнымъ, чѣмъ въ нормѣ.

Зубы соотвѣтствующіе мѣсту пораженія обыкновенно не теряютъ своей устойчивости, хотя иногда кажутся какъ бы расшатанными.

Соотвѣтствующее и сопутствующее припуханіе железъ почти всегда локализуется въ железахъ подбородочныхъ и подчелюстныхъ.

Несмотря на то, что чаще всего такіе склерозы первичные десенъ расположены бывають на верхней челюсти, тѣмъ не менѣе только въ одномъ изъ болѣе подробно описанныхъ случаевъ упоминается объ опуханіи железъ расположенныхъ передъ ухомъ на скулахъ (*gl. praeauricularis*) и ни разу ни констатируется увеличеніе лимфатическихъ железъ въ *fossa Canina*.

Болѣзненные ощущенія иногда бывають незначительны, иногда же очень рѣзко выражены и кромѣ того, колеблясь между этими двумя крайностями, въ разныхъ случаяхъ сила боли бываетъ очень различной; жеваніе и откусываніе значительно затруднено.

Рядомъ съ такими случаями, гдѣ типичность первичнаго склероза, такъ сказать, еще довольно хорошо выдержана, встрѣчаемся мы, однако, съ такими формами, при которыхъ распознать твердый шанкръ трудно, иногда почти невозможно.

Мы имѣемъ передъ собой въ такихъ случаяхъ поверхностную ссадину по формѣ неправильно овальную или въ видѣ римской цифры V, она не покрыта налетомъ и цвѣтъ ее немного насыщеннѣе обыкновенной окраски десны.

Ссадина эта не широка, занимаетъ участокъ десны соотвѣтственно одному, двумъ зубамъ и на ощупь плотность ея ничѣмъ не отличается отъ окружающей ткани.

Только упорное незаживленіе этой эрозіи въ продолженіи многихъ недѣль, иногда рѣзкая очерченность контуровъ, болѣе темная окраска и значительная гляцевитость поверхности, кажутся въ этихъ случаяхъ необычными.

Безболѣзненное припуханіе лимфатическихъ железъ — подбородочныхъ и подчелюстныхъ — служитъ тутъ единственнымъ симптомомъ, который наводитъ на вѣрный путь къ точному распознаванію явленій.

Итакъ, какъ видно, локалізациа первичнаго пораженія при сифилисѣ на деснахъ явленіе относительно частое; не то расположеніе того же пораженія на твердомъ небѣ — это большая рѣдкость.

Bulkley, въ своемъ вышеупомянутомъ трудѣ приводитъ только девять случаевъ, къ которымъ я по позднѣйшимъ литературнымъ источникамъ могу прибавить еще 8 случаевъ. *Haslund* наблюдалъ первичный склерозъ на передней

дужкѣ небной (*arcus palato-glossus*), то же видѣлъ *Neuman* и *Breich*, причѣмъ послѣдній даетъ описаніе язвы воронкообразной, съ сальнымъ дномъ и крутыми инфильтрованными краями. *Protzek* упоминаетъ вкратцѣ о двухъ первичныхъ пораженіяхъ неба у матери и 6-мѣсячнаго ребенка.

Чистяковъ описываетъ первичный склерозъ, расположенный по границѣ мягкаго и твердаго неба и только *Margoniner* и *Morrow* описываютъ каждый по одному случаю первичнаго пораженія твердаго неба, которое располагалось у больного *Morrow* вправо отъ средней его линіи соотвѣтственно боковому рѣзцу, клыку и первому коренному зубу и имѣло видъ серповидной ссадины, темно красной, слегка возвышенной, безъ замѣтнаго оплотнѣнія и сопровождалось опуханіемъ лимфатическихъ железъ.

Первичныя пораженія на слизистой щекъ уже явленіе относительно болѣе частое и мнѣ удалось собрать въ литературѣ 18 типичныхъ случаевъ такой локализаци съ индурацией и сальнымъ налетомъ. Менѣе интересны для зубныхъ врачей такіе склерозы, которые развиваются въ зѣвъ (*Racheneingang*).

Очень рѣдко тутъ можно наблюдать первичныя пораженія у основанія языка и на расположенныхъ здѣсь скопленіяхъ железокъ (*Ander Zungentonsille, den Balgdrusen des Zungengrundes*).

Bulkley совсѣмъ не упоминаетъ о такой локализаци. Мнѣ извѣстенъ лишь случай *Schiffer'a*, гдѣ былъ типичный изъязвленный склерозъ у корня языка.

Гораздо чаще, хотя все таки рѣже, чѣмъ на губахъ, располагаются первичныя пораженія на миндалинахъ.

Но за то здѣсь первичное сифилитическое пораженіе проявляетъ свойства для него въ другихъ мѣстахъ необычныя, что очень часто затрудняетъ вѣрное распознаваніе.

Первое, что составляетъ особенность этой локализаци — это болѣзненность, чего обычно при твердомъ шанкрѣ не бываетъ, но здѣсь при склерозѣ миндалинъ достигается значительной силы, при чемъ больные жалуются на самопроизвольные, припадочные боли, они чувствуются въ головѣ во всей соотвѣтствующей ей половинѣ, но особенно сильны въ миндалинѣ, отдають въ ухо, въ затылокъ и вообще кзади. Онѣ особенно обостряются при глотаніи или даже попыткахъ это сдѣлать.

Второй необычный здѣсь и вводящій въ заблужденіе

симптомъ — это лихорадка, которая часто проявляется въ моментъ возникновенія самаго первичнаго пораженія и его начальнаго развитія, и сопровождается знобами; температура при этомъ подымается быстро до 40°. При этомъ бываетъ чувство слабости, усталости и головныя боли. Что же до измѣненіи со стороны миндалевидныхъ железъ, то иногда (не часто) миндалина, одна или обѣ (если первичное пораженіе бываетъ двустороннимъ), только припухаетъ, становится интенсивно красной, а поверхность ея въ то же время нормальна или легко осаднена; консистенція ея различна, или только констатируется отечность, или же есть индурация, доходящая порой до плотности камня.

Чаще на миндалинѣ можно видѣть язву кратерообразную, изрытую, глубокую, съ краями плотными, валикообразными; по виду все это скорѣе напоминаетъ гумму или злокачественную опухоль, а не первичное пораженіе при сифилисѣ.

И, наконецъ, миндалина можетъ представляться припухшей, покрытой налетомъ плотнымъ, бѣловатымъ, напоминающимъ ложно перепончатая пленки дифтерита.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ ткани сосѣднія съ миндалиной сильно воспалены — дужки, язычекъ, мягкое небо по окружности припухаютъ, отекаютъ и воспалительно краснѣютъ.

Воспалительныя явленія по окружности, сильная болѣзненность, лихорадочныя колебанія температуры и общія явленія недомоганія всего организма — все это ведетъ къ тому, что часто первичное пораженіе въ такихъ случаяхъ не распознается и заболѣваніе третируется, какъ жаба простая, флегмонозная, крупозная, дифтеритическая.

Случаи такого смѣшенія и невѣрнаго діагноза приходилось и мнѣ лично иногда видѣть; не разъ подобныя заблужденія и ихъ исторіи были и опубликовываемы.

Чтобы не впадать въ такую ошибку благоразуміе велитъ поизслѣдовать состояніе ближайшихъ къ мѣсту пораженія лимфатическихъ железъ и сопоставить ихъ съ длительной неподвижностью болѣзненнаго состоянія миндалинъ, которое и само по себѣ противорѣчитъ только что перечисленнымъ патологическимъ состояніямъ.

Конечно и всѣ эти формы воспалительныхъ заболѣваній миндалинъ могутъ сопровождаться увеличеніемъ железъ, но и онѣ въ такихъ случаяхъ носятъ характерные признаки остраго воспаленія — онѣ сильно болѣзненны, какъ самопроизвольно, такъ и при ощупываніи.

Для аденита же при первичномъ пораженіи безусловно необходима и характерна полная безболѣзненность пакета железъ и иногда лишь въ нихъ ощущается легкая чувствительность.

При склерозѣ миндалинъ железы лимфатическія припухшія можно найти у угла нижней челюсти и вдоль *ms. sterno-cleido mastoidei*, чаще по передней и изрѣдка по задней его сторонѣ.

Нерѣдко ихъ можно не только прощупать, но даже видѣть въ видѣ бросающихся въ глаза возвышенностей и припухлостей.

Изъ всего сказаннаго видно, что распознаваніе сифилитическаго первичнаго пораженія въ полости рта представляется нѣсколько затруднительнымъ вслѣдствіе того, что здѣсь склерозъ лишенъ иногда своихъ характеристическихъ признаковъ или же они выражены очень неясно.

Но при сифилисѣ всегда можно имѣть доказательства истинности діагноза, всегда можно убѣдиться въ фактической наличности болѣзни путемъ провѣрочнаго испытанія выжиданіемъ (*Die Probe auf das Exempel*).

Первичное пораженіе есть не болѣе, какъ первый актъ длинной драмы во многихъ дѣйствіяхъ и они не заставляютъ себя ждать. И потому діагнозъ выясняется черезъ 8—10 недѣль послѣ зараженія, черезъ 5—6 недѣль послѣ начала развитія патологическаго явленія, природа котораго намъ можетъ показаться темной—къ этому времени развиваются явленія вторичнаго сифилиса, которыя въ свою очередь по большей части особенно охотно располагаются въ полости рта и проявляются здѣсь отъ времени до времени въ продолженіи длиннаго періода времени.

Займемся теперь этими вторичными явленіями.

Первый симптомъ вторичнаго сифилиса въ полости рта, да и часто вторичнаго сифилиса вообще, есть сифилитическое катарральное воспаленіе—специфическая эритема зѣва, чаще располагающаяся на мягкомъ небѣ, на железистой ткани зѣва. Она проявляется въ видѣ разсѣянной красноты этихъ частей, которая въ типичныхъ случаяхъ бываетъ отъ твердаго неба рѣзко отграничена извилистыми контурами, но нерѣдко также постепенно переходитъ и сливается кпереди съ нормальнымъ цвѣтомъ слизистой.

На мягкомъ небѣ высшая степень воспаленія ведетъ къ образованію пузырьковъ, очень мелкихъ, возникающихъ

въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ разбухшимъ фоликуламъ; они лопаются и оставляютъ на мѣстѣ послѣ себя маленькія, быстро заживающія эрозиі.

По большей части одновременно съ такой эритемой можно наблюдать припуханіе обѣихъ миндалинъ—сифилитическую ангину, которая по картинѣ совершенно сходна съ катарральной жабой.

Эти еще мало характерныя явленія приобрѣтаютъ отпечатокъ специфической типичности благодаря тому, что онѣ осложняются новымъ типичнымъ симптомомъ—развитіемъ сифилитической папулы, слизистой бляшки.

Сначала на нѣкоторыхъ строго очерченныхъ мѣстахъ появляются красныя пятна — съ чечевицу величиной или нѣсколько побольше—середина ихъ приподымается, осадняется и вскорѣ потомъ покрывается своеобразнымъ бѣловато-желтымъ налетомъ, плотно пристающимъ къ своему основанію. Это—разбухшіе и помутнѣвшіе поверхностные слои эпителія.

Налеты эти окружены узкимъ, правильно очерченнымъ пояскомъ.

Отъ акта рѣчи и жеванія пленки эти частично отстаютъ и сдираются и на мѣстѣ ихъ остаются эрозиі поверхностныя и кровоточащія.

Этотъ видъ папулъ бываетъ во рту повсюду, но здѣсь у нихъ есть кромѣ того излюбленныя мѣста.

Такъ они развиваются особенно часто на губахъ, все равно какой, верхней или нижней.

Затѣмъ они располагаются, хотя и не такъ уже часто, по краю губъ, какъ бы сидя верхомъ на участкѣ переходномъ между кожей и слизистой.

Часть папулы, расположенная еще на кожѣ, плоска или слегка приподнята, темно красна, суха и покрыта темно-желтой коркой, часть же соотвѣтствующая красной каймѣ губъ покрыта налетомъ влажнымъ, глянцеовитымъ, дифтероиднымъ, желтымъ.

Если папула расположена въ углу рта, что тоже не рѣдкость, то въ этомъ случаѣ она по серединѣ вдавлена и тутъ находится трещина, часто очень глубокая, легко кровоточащая; боковыя же части ея, сидящія на соотвѣтствующихъ участкахъ верхней и нижней губы, напротивъ, значительно приподняты, разрастаются и по наружной сторонѣ ихъ замѣчается наростаніе корокъ, которыя видны тутъ даже при закрытомъ ртѣ.

Въ мѣстѣ перехода слизистой губы въ слизистую десень папулы развиваются не часто и преимущественно у уздечки верхней губы, покрываясь вышеписанными кругловатыми и дифтероидными пленками.

Не бываетъ папулъ обыкновенно и на самыхъ деснахъ, но иногда все таки ихъ тутъ можно встрѣтить въ типичной формѣ, въ особенности на деснахъ нижней челюсти спереди. Тутъ онѣ развиваются въ видѣ продолговатыхъ, овальныхъ бляшекъ, иногда онѣ очень значительны по размѣрамъ и доходятъ до свободнаго края десень, измѣняя его тѣмъ, что здѣсь отлагается дифтероидный налетъ, захватывающій также и межзубные сосочки.

Иногда, когда папула расплзается въ ширину, начинается нагноеніе и какъ бы расплавленіе края десень, переходящее и на сосочки ихъ между зубами; вслѣдствіе этого слегка обнажается самая коронка (шейка) зуба.

Только что описанная разновидность развивается чаще на такихъ деснахъ, которые снабжены каріозными зубами.

Я хотѣлъ бы сказать еще о двухъ формахъ папулъ и ходѣ ихъ развитія.

Одну изъ нихъ можно наблюдать у нижняго зуба мудрости.

Вокругъ него слизистая припухаетъ, осадняется, покрывается характернымъ дифтероиднымъ налетомъ; по отторженіи его образуется язва фунгозная и легко кровоточащая.

Папулы второго вида встрѣчаются только на деснахъ у рѣзцовъ и клыковъ.

Здѣсь по краю ихъ развивается ссадина, рѣзко очерченная, въ видѣ узкаго серпа, которая медленно ползетъ по направленію къ уздечкѣ губной и къ бороздкѣ между десной и губой (*sulcus labio gingivalis*), достигая же свободнаго края десны она понемногу гнойно распадается.

Просуществовавъ въ такомъ видѣ долгое время и упорно не заживая онѣ приводятъ къ полному обнаженію шейки прилежащихъ зубовъ-рѣзцовъ и особенно клыковъ.

Трудно бываетъ распознать тутъ сифились, если, какъ мнѣ случалось нѣсколько разъ наблюдать, такія маленькія изъязвленныя папулы составляютъ единственный симптомъ болѣе или менѣе давняго, рецидивирующаго, вторичнаго сифилиса.

Еще рѣже, чѣмъ на щечной сторонѣ (*buccale*) десны

встрѣчаются папулы на ихъ язычной сторонѣ (orale), гдѣ онѣ возникаютъ только на днѣ полости рта и оттуда лишь переходятъ на десну.

Не очень часто также можно наблюдать развитіе папулъ на твердомъ небѣ и переходъ ихъ отсюда уже на десну.

Папулы твердаго неба по виду своему представляютъ инфильтрацію слегка возвышенную, сочную, дифтероидную (по налету) и чаще, чѣмъ на остальныхъ мѣстахъ слизистой рта, протекаютъ такъ, что, въ центрѣ заживая, распространяются по периферіи. Вслѣдствіи этого тутъ, особенно при болѣе или менѣе запущенномъ сифилисѣ, рядомъ съ высыпными элементами круглыми или овальными можно видѣть узкіе, лентообразные инфильтраты, сочетающіеся между собой въ видѣ круговъ и полукружій.

Займемся теперь вторичнымъ сифилисомъ языка — частымъ и иногда очень упорнымъ проявленіемъ во вторичномъ періодѣ этой болѣзни.

Много есть условій, вызывающихъ преимущественную локализацию проявленій вторичнаго сифилиса на языкѣ и именно по краю его. Это — врожденная ненормальность строенія органа и его поверхности, географической языкѣ, *Lingua plicata* или *Macroglossia*, мѣстные раздражители, какъ куреніе или крѣпкіе напитки (алкоголь), механическіе раздражители, какъ острые края зубовъ, плохое ихъ содержаніе, въ особенности отложеніе виннаго зубнаго камня по ихъ шейкѣ съ язычной стороны

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ дифтероидныя папулы бокового края языка (зубнаго края) ничѣмъ не отличаются отъ развивающихся въ другихъ мѣстахъ слизистой рта и имѣютъ видъ инфильтратовъ правильно очерченныхъ, съ контурами, приближающимися къ овальнымъ, и слегка приподнятыми.

Въ тяжелыхъ случаяхъ онѣ занимаютъ зубнаго края сплошь, но чаще такихъ плоскихъ папулъ вторичные элементы принимаютъ тутъ видъ рагадъ, трещинъ, которые возникаютъ такимъ путемъ, что или въ центрѣ чечевичной папулы отслаивается эпителий и дно ее осадняется, или же, чаще, простая трещина языка, въ особенности его края, превращается *in situ* въ папулу причеиъ ея центръ сохраняетъ свой первоначальный видъ фиссуры, а по периферіи развивается рѣзко ограниченная краснота или же небольшая узкая дифтероидная пленка.

По краю же языка или по свободной его поверхности, особенно спереди можно видѣть иногда, какъ двѣ-три такихъ трещинъ—папулъ насаждаются другъ на друга и образуютъ фигуру звѣзды, при чемъ середина ея—мѣсто ихъ перекреста—сильно углублена или же поверхностно изъязвлена.

Папулы побольше, поверхностные, въ видѣ наслоеній находятся на свободной верхней поверхности языка, особенно въ области его средней трети и иногда достигаютъ почтенныхъ размѣровъ.

Въ началѣ онѣ представляютъ изъ себя бляшки круглыя или овальныя, покрытыя намъ знакомымъ грязно бѣлымъ налетомъ; затѣмъ, и здѣсь это встрѣчается чаще, чѣмъ въ другомъ мѣстѣ слизистой, пленка въ центрѣ папулы отторгается и обнаруживается ссадина.

Намъ нужно упомянуть еще объ одной своеобразной формѣ вторичнаго сифилиса на поверхности языка—о такъ называемыхъ *Plaques lisses* французовъ.

Разновидность эта представляется въ формѣ пятенъ гладкихъ, очерченныхъ и красныхъ; этой окраской именно и выдѣляются онѣ рѣзко на поверхности языка съ его нормальнымъ сѣровато-бѣлымъ скоплениемъ и ворсомъ.

Получается впечатлѣніе, что на этихъ ограниченныхъ участкахъ поверхностныя слои языка вылощены соскоблены.

И въ дѣйствительности при этой формѣ сифилиса сущность процесса сводится къ тому, что происходитъ развитіе совершенно поверхностныхъ инфильтратовъ языка и въ этихъ мѣстахъ исчезаютъ нитевидныя сосочки этого органа.

Эта форма очень упорна и обладаетъ большою склонностью къ возвратамъ.

Всѣ только что упомянутыя разновидности вторичнаго сифилиса языка—чечевичный сифилидъ, трещины и *Plaques lisses* могутъ взаимно сочетаться и одновременно возникать.

При болѣе сильномъ пораженіи языка весь онъ слегка припухаетъ съ трудомъ помѣщается промежъ зубовъ и вслѣдствіи того, что поверхность языка вздувается и сморщивается, а края его сохраняютъ глубокія отпечатки отъ зубовъ—получаются картины и разновидности языка очень разнообразныя.

Тамъ, гдѣ случайно недостающій зубъ не сдерживаетъ своимъ давленіемъ отечную массу языка, онъ выпячивается

въ свободную щель и образуетъ одну или даже нѣсколько лопастей—напоминающихъ кондиломатозныя разрастанія.

Въ одномъ случаѣ *Audry* тутъ образовались даже маленькіе лимфангіектатическіе опухоли.

Я перехожу теперь къ описанію слѣдующаго очень упорнаго сифилитическаго пораженія слизистой рта, которое занимаетъ положеніе среднее между проявленіями этой болѣзни вторичными и третичными, такъ какъ по времени они могутъ развиваться какъ бы между этими двумя періодами. Для насъ же оно особенно важно потому, что по немъ можно распознать сифились даже черезъ много лѣтъ послѣ его развитія, иногда даже послѣ его излѣченія.

Я говорю о такъ называемомъ *Psoriasis mucosae oris*, о *Leukoplakia mucosae*.

И это явленіе, какъ и всѣ сифилитическія пораженія полости рта, вызывается и поддерживается мѣстнымъ раздраженіемъ, куреніемъ, острыми краями зубовъ и отложеніемъ зубнаго камня.

Есть цѣлый рядъ больныхъ, у которыхъ эти видоизмѣненія возникаютъ очень рано.

Уже много лѣтъ назадъ я обратилъ вниманіе на то, что мы можемъ распредѣлить всѣ формы вторичнаго сифилиса на двѣ большихъ группы, которыя я называлъ разновидностями вторичнаго сифилиса—мокнущей и сухой.

Мокнуція формы вторичнаго сифилиса—это есть сифились у такихъ больныхъ, которые кромѣ высыпаній по внѣшнему покрову являются носителями сочныхъ, неудержимо разрастающихся папулъ въ половой складкѣ, въ промежности или по слизистой рта.

Сухая разновидность—это случаи, гдѣ рядомъ съ кожными высыпаниями развивается *Psoriasis palmae et plantae* и *Psoriasis mucosae*.

Разновидность мокнущая въ прогностическомъ отношеніи благоприятнѣе формъ „сухого“ сифилиса.

Оба вида въ большинствѣ случаевъ исключаютъ другъ друга и совмѣстно не развиваются.

Бываетъ очень интересно прослѣдить, (что удается совсѣмъ не рѣдко) какъ у двухъ свѣжихъ сифилитиковъ, ровесниковъ по времени зараженія, у которыхъ наблюдается—у одного форма вторичнаго сифилиса мокнущая, у другого сухая,—какъ подъ вліяніемъ одинаковыхъ мѣстныхъ условій, плохого содержанія полости рта и зубовъ, куренія, острыхъ приправъ пищи—у одного на различныхъ мѣстахъ

слизистой рта и языка возникают только что описанные сочные, массивные папулы, у другого же а priori можно ждать *Psoriasis mucosae*.

Но и у таких больных, вторичный сифилис которых, выражаясь в мокнущих формах, протекъ уже давно, может также спустя долгие годы развиться *Psoriasis mucosae oris*, также какъ онъ образуется в разные периоды болѣзни у сифилитика съ разновидностью папулъ сухой.

Въ обоихъ случаяхъ картина явленій тутъ одинакова.

Тутъ возникаютъ пятнышки иногда на болѣе или менѣе рѣзко ограниченныхъ участкахъ, иногда болѣе или менѣе разсѣянно: здѣсь эпителий представляется бѣловатымъ, помутнѣвшимъ, утолщеннымъ, лишеннымъ блеска.

Это эпителиальное утолщеніе равномернo, или иной разъ, поверхность тутъ исчерчена или пересѣчена тончайшими бороздками. Рѣзче всего это выражено в центрѣ и сходитъ по краямъ на нѣтъ.

Случается, центральная часть утолщенія отпадаетъ, образуется осадненіе, отличающееся особенной чувствительностью; мѣста эти кровоточатъ, иногда выбухаютъ и покрываются дифтероиднымъ налетомъ, такъ что порой центральная часть такой псоріатической бляшки (лейкоплазической) можетъ быть принята за папулу (сифилитическую бляшку).

Psoriasis mucosae имѣетъ свои излюбленные мѣста — губы, углы рта, горизонтальную линію на слизистой щекъ по линіи замыканія зубовъ; кончикъ языка, его край, нижнюю поверхность и слизистую дна полости рта. На деснахъ и твердомъ небѣ едва ли можно встрѣтить это явленіе.

Тотъ видъ *Psoriasis mucosae*, который появляется при вторичныхъ сифилисахъ ранняго періода в сухой его формѣ, имѣетъ теченіе подобное папуламъ слизистой рта, т. е. склонность подаваться обратному развитію особенно подвліяніемъ лѣченія и въ то же время рецидивировать въ однихъ и тѣхъ же мѣстахъ, или же по сосѣдству.

Psoriasis mucosae, появляющійся в позднихъ періодахъ сифилиса и развивающійся въ то время, какъ послѣдствіе двухъ разновидностей сифилиса — склонной къ веглетациямъ и сухой — долгое время спустя по окончаніи остраго періода этихъ вторичныхъ высыпаній — этотъ видъ лейкоплакій гораздо болѣе упоренъ и стоекъ, часто не поддается лѣченію и, если мѣстныя условія, вызвавшія его,

продолжаютъ свое вредное вліяніе, онъ можетъ служить исходнымъ пунктомъ для атипическаго разростанія эпителия и тутъ можетъ развиваться эпителиома.

Сифилитическія папулы часто локализируются на твердомъ небѣ и миндалинахъ. При свѣжихъ формахъ сифилиса онѣ сопровождаются одновременно кожными высыпаниями, а при рецидивахъ могутъ составлять единственное проявленіе болѣзни.

Иногда онѣ бываютъ разбросаны въ видѣ отдѣльныхъ элементовъ, иногда сливаются и образуютъ обширныя, плоскія дифтероидныя бляшки.

Но здѣсь объ нихъ можно лишь упомянуть вкратцѣ, такъ какъ для зубного врача они представляютъ сравнительно малый интересъ.

Какъ бы то ни было тамъ, гдѣ есть основаніе подозревать что-либо, никогда не мѣшаетъ осмотрѣть и зѣвъ и убѣдиться, нѣтъ ли здѣсь чего-либо патологическаго и для сифилиса характернаго, такъ какъ во вторичномъ періодѣ болѣзни такая локалізація представляется обычной и очень частой.

Мы переходимъ теперь къ описанію такъ называемыхъ третичныхъ проявленій сифилиса въ полости рта и изъ нихъ коснемся подробнѣе только такихъ, которыя по преимуществу интересны зубному врачу.

Мы должны здѣсь будемъ разсмотрѣть пораженія двухъ видовъ—во-первыхъ, гуммы берущія свое начало отъ тканей слизистой и подслизистой, во-вторыхъ, такія образования, которыя развиваются вначалѣ въ костяхъ или надкостницѣ и оттуда распространяются по периферіи.

Гуммы, какъ и вездѣ, бываютъ двухъ родовъ.

Гуммозная клѣточная инфильтрація можетъ быть ограниченной, въ видѣ узловъ, и тогда она размягчается въ центрѣ и язвенно распадается или же инфильтратъ этотъ бываетъ разлитымъ, плоскимъ и не обнаруживаетъ наклонности къ распаду, но послѣ него остается оmozолѣлость и ткань сморщивается и стягивается.

Однако, и промежъ разлитой инфильтраціи могутъ возникать ограниченные узлы, которые размягчаются и изъязвляются и, такимъ образомъ, получаютъ формы смѣшанныя.

Объ эти разновидности встрѣчаются на губахъ и отсюда переходятъ на щеки. Онѣ возникаютъ, какъ и вообще третичныя формы сифилиса, чаще всего долгое время

спустя послѣ зараженія; рѣже — въ первые годы послѣ него.

Узловатыя формы гуммы, которыя по большей части бывають множественны, чаще встрѣчаются на верхней губѣ. Въ толщѣ ее, если изслѣдовать этотъ органъ, сжимая его между пальцами, можно прощупать нѣсколько глубоко внѣдренныхъ безболѣзненныхъ узелковъ, которые постепенно увеличиваются, чаще по направленію къ кожѣ, ее приподымають, и измѣняютъ нормальную окраску. Въ концѣ-концовъ, узлы эти размягчаются и вскрываются, и на мѣстѣ ихъ образуются глубокія кратерообразныя язвы, покрытыя салнымъ налетомъ, по окружности которыхъ нѣтъ реакціи, если не считать валикообразную инфильтрацію съ краевъ.

Прободеніе со стороны слизистой случается рѣдко, но все-таки наблюдалось уже.

Послѣ самопроизвольнаго вскрытія возникшая язва распространяется по окружности; однако, въ большинствѣ случаевъ не заходитъ за границу борозды между слизистой губы и десны (*Sulcus gingivo-labialis*). Въ отдѣльныхъ случаяхъ, однако, изъязвленіе переходило и на десну.

Разлитая гуммозная инфильтрація наблюдается чаще на нижней губѣ и представляется плоской, по окружности нерѣдко ограниченной, умѣренно плотной.

По большей части она возникаетъ у одного изъ угловъ рта, т. е. эксцентрично и постепенно пронизываетъ всю массу нижней губы вплоть до противоположнаго конца ее.

Вначалѣ бросается въ глаза лишь увеличеніе въ объемѣ и сопутствующее ему выпячиваніе впередъ губы и затрудненіе въ ее движеніяхъ. Слизистая представляется гладкой, нормальнаго цвѣта.

Съ теченіемъ времени масса разлитаго инфильтрата переходитъ въ оmozолѣлость и сморщивается, при чемъ патологическій процессъ развивается здѣсь неравномѣрно, и образуются прихотливыя тяжи и перехваты, и соотвѣтственно этому по слизистой возникаютъ борозды, а между ними участки различной величины. Онѣ блѣдны, атрофичны, а вся губа кажется истонченной по сравненію съ нормой и, еще болѣе, съ бывшей здѣсь опухолью.

Консистенція губы при этомъ становится резистентной; ткани все болѣе и болѣе оплотнѣвають и дѣлаются фиброзными. На атрофической, плохо питающейся слизистой губы, образуются трещины, эрозіи и поверхностныя изъязвленія.

Этотъ распадъ плохо питающихся тканей можетъ обратиться въ быстро увеличивающіяся, обширныя язвы.

Если въ разсѣянномъ плоскомъ инфильтратѣ были вѣдрены ограниченныя гуммозныя узлы, то они заблаговременно еще до сморщиванія и стягиванія всего пораженія начинаютъ размягчаться и изъязвляться.

Если случается, что узлы эти сидятъ подлѣ другъ друга, и ихъ много, то они сначала сливаются и сообщаются между собой, а потомъ уже прорываются кнаружи, причемъ образуются подрытія кожи и фистулезныя ходы.

Аналогичное теченіе имѣетъ третичный сифились языка.

Тутъ тоже можно наблюдать глосситы — разлитой, склеротическій и ограниченныя гуммы, а также встрѣчаются и ихъ комбинаціи.

Гуммы языка могутъ возникать поверхностно—въ подслизистой; мы находимъ въ такихъ случаяхъ одно или нѣсколько возвышеній на поверхности и по краю языка, которыя расположены иногда въ формѣ дуги или круга и при прощупываніи вначалѣ дѣлаютъ впечатлѣніе узловъ плотныхъ, а потомъ помягче.

Покрывающая ихъ слизистая кажется сглаженной и дѣйствительно нитевидныхъ сосочковъ тутъ больше нѣтъ.

По вскрытіи узловъ образуются изъязвленія формы круглой или линейной, иногда даже щелевидной; онѣ покрыты сальнымъ налетомъ, края высоки, плотны и подрыты.

Гуммы языка берущія свое начало глубоко въ мышцахъ возникаютъ въ единичномъ числѣ, иногда онѣ бываютъ по двѣ.

И тутъ образуется приподнятость по спинкѣ языка, и гуммы можно прощупать въ толщѣ его въ видѣ плотной инфильтраціи; онѣ медленно растутъ кверху; слизистая языка надъ ними остается нормальной до тѣхъ поръ, пока въ концѣ концовъ инфильтратъ не размягчитъ и не прорвется кнаружи, оставляя послѣ себя язву глубокую, воронкообразную съ сальнымъ налетомъ и плотнымъ дномъ.

При обѣихъ формахъ гуммъ жалобы больныхъ бываютъ значительны — ихъ беспокоитъ боль, трудно двигать языкомъ, неприятно слюнотеченіе.

Распадается гумма, почти какъ правило, со стороны спинки языка и только въ рѣдкихъ случаяхъ по направленію къ дну полости рта.

При гуммозныхъ пораженіяхъ обоихъ видовъ не рѣдко клѣ-

точные инфильтраціи по всей поверхности возникают не одновременно, а въ разные сроки, такъ что рядомъ можно наблюдать гуммы и изъязвленные, и такія, которыя еще не распались.

Glossitis sclerosa возникаетъ въ видѣ инфильтраціи разлитой и постепенно распространяющейся.

Какъ и на губахъ, тутъ также сначала появляется разсѣянное припуханіе, увеличеніе объема, безъ измѣненій поверхности слизистой; постепенно, однако, отъ образованія стягивающихъ тяжей соединительной ткани возникаетъ изборожденіе поверхности языка и дольчатость его.

На этихъ участкахъ вначалѣ слизистая все еще нормальна, только обычный на поверхности ея налетъ становится очень толстымъ; позднѣе здѣсь начинается атрофія и появляются эрозіи.

При этомъ объемъ языка становится меньше, плотность его все увеличивается, онъ дѣлается фибрознымъ; подвижность его все болѣе и болѣе ограничивается, но по сравненію съ глосситами гуммозными субъективныя ощущенія при склеротическомъ пораженіи языка не велики.

Рѣже, чѣмъ эти разлитые, глубоко проникающіе попадаются поверхностные интерстиціальныя (*Sclerosierende*) глосситы, пропитываніе которыхъ развивается только въ подслизистой ткани, чаще отдѣльными очагами въ видѣ небольшихъ пластинокъ или полосокъ, и тутъ языкъ имѣетъ видъ, какъ бы полированный, гляцевитый и съ теченіемъ времени, вслѣдствіе сморщиванія этихъ ограниченныхъ и поверхностныхъ инфильтратовъ, появляются также участки, рѣзко очерченныя шероховатые, изборожденныя, атрофическіе и легко осадняющіеся.

Какъ рѣдкость были, наконецъ, описаны *Philipppson*'омъ и *Rille* поверхностныя гуммозныя изъязвленія по нижней части языка и по дну полости рта, при чемъ язвеннымъ процессомъ были захвачены также и десны по внутренней сторонѣ зубовъ.

Третичный сифились поражаетъ также и небо. При чемъ тутъ иногда заболѣваніе бываетъ первичнымъ, иногда же беретъ начало въ носу.

Гуммы твердаго неба бываютъ поверхностныя или же возникаютъ въ ткани подслизистой.

Пораженія поверхностныя, по большей части множественныя, располагаются по средней линіи неба, или въ видѣ круга, или его отрѣзка; сидятъ онѣ на небѣ

твердомъ или мягкомъ; образуютъ сначала инфильтрацію величиной съ вишню, плотную, темно-красную.

Она прощупывается на твердомъ небѣ языкомъ и даетъ ощущеніе выпуклости, не вызываетъ никакихъ субъективныхъ ощущеній, и потому врачу рѣдко удается ее наблюдать въ этомъ состояніи.

Впрочемъ, распадъ этихъ узелковъ наступаетъ быстро, и у больного наблюдается тогда рядышкомъ одна или двѣ язвы, или же онѣ многочисленны и расположены по кругу. Онѣ кругловаты, края ихъ слегка инфильтрованы, извилисты и дно покрыто гнойно-сальнымъ налетомъ.

При зондированіи мы находимъ на днѣ еще мягкій инфильтратъ, но иногда прощупывается уже обнаженная кость.

Обнаженіе кости отъ надкостницы въ этихъ случаяхъ слишкомъ незначительно, чтобы оно могло имѣть своимъ послѣдствіемъ некрозъ. Въ крайнемъ случаѣ тутъ отторгается одна, двѣ совершенно поверхностныхъ костныхъ пластинокъ.

По большей части при надлежащемъ лѣченіи язвы заживаютъ быстро, оставляя по себѣ рубцы бѣловатые, слегка втянутые и звѣздообразные.

Большее значеніе, чѣмъ эти поверхностные гуммозные узлы, имѣютъ глубоко проникающіе гуммы твердаго неба, относительно которыхъ трудно сказать, возникаютъ ли онѣ изъ ткани подслизистой или надкостницы

Во всякомъ случаѣ инфильтрація, берущая начало въ подслизистой, очень скоро переходитъ на надкостницу.

Гуммы этого вида рѣдко бываютъ множественными, чаще единичными, располагаются по большей части по средней линіи твердаго неба, гдѣ ихъ можно наблюдать въ видѣ опухоли, растущей постепенно, безъ особенныхъ субъективныхъ ощущеній, по формѣ овальной и покрытой покраснѣвшей слизистой.

Опухоль вначалѣ довольно плотна, постепенно размягчается, слизистая по верхушкѣ ея истончается, прободается, выдѣляется крошечная гнойная масса и введенный зондъ натывается на шероховатую поверхность кости, т. е. секвестръ ея.

Затѣмъ фистулезное отверстіе все увеличивается, образуется большая овальная язва съ краями инфильтрованными, извилистыми, подрытыми, а дно ее образуется омертвѣвшей костью. Смотря по размѣрамъ некроза и выдѣленіе секвестра совершается въ сроки различные.

Иногда ко времени прободенія секвестръ уже совершенно отдѣлился отъ кости и готовъ выпасть, иногда на это еще нужно продолжительное время, причемъ, если омертвѣніе кости захватываетъ всю поверхность небной пластинки, то образуется сообщеніе между полостью рта и носа.

Такое же выбуханіе твердаго неба возникаетъ также, и даже чаще, когда гуммозные костно-надкостничные процессы начинаются со дна полости носа и отсюда начинается обнаженіе кости и некротизація ея. И въ этихъ случаяхъ также образуется припухлость въ видѣ неправильнаго овала по небному своду на сторонѣ, обращенной въ полость рта, но при этомъ различіе отъ гуммы заключается въ томъ, что гумма въ началѣ плотна и только постепенно размягчается, въ то время какъ тутъ припуханіе съ начала своего развитія проявляется въ видѣ флюктуирующаго скопленія жидкости, водянистаго гноя, заключеннаго между костью и слизистымъ покровомъ неба, сращеннымъ съ надкостницей.

Исходъ ихъ подобенъ тому, что наблюдается и при гуммѣ — прободеніе въ центрѣ, изъязвленіе, обнаженіе омертвѣвшей кости.

Совершенно аналогично протекаетъ процессъ въ томъ случаѣ, если не гумма слизистой, но гуммозный остео-періоститъ небнаго свода служитъ исходнымъ пунктомъ пораженія.

И тутъ встрѣчаемся мы съ тѣмъ же припуханіемъ твердаго неба, съ тѣмъ же размягченіемъ и прободеніемъ, съ такимъ же омертвѣніемъ небной кости и небнаго свода и образованіемъ неестественнаго сообщенія между полостью рта и носа.

Но гуммозный періоститъ не есть единственная форма сифилитическаго заболѣванія надкостницы твердаго неба. Мы встрѣчаемъ здѣсь, хотя и рѣже, форму ирритативную (раздражительно-производительную), которая ведетъ не къ омертвѣнію кости, но къ разрѣшенію или же утолщенію кости, къ образованію костяныхъ островковъ и наростовъ (Tophusbildung).

Соотвѣтственно своему ирритативному характеру и склонности къ разрѣшенію, эта форма предшествуетъ развитію гуммъ, совпадая съ позднимъ вторичнымъ періодомъ, сливающимся хронологически съ третичнымъ.

Въ такихъ случаяхъ возникаетъ припуханіе въ видѣ

овоида, чаще по средней линіи твердаго неба при сильныхъ, по большей части, типично къ ночи обостряющихся боляхъ. Оно начинается приблизительно на одинъ поперечный палець позади линіи зубовъ и представляется въ видѣ плоской опухоли около 3 снт. въ длину, и 1 въ ширину. Благодаря растяженію слизистая по ее поверхности анемична, но въ остальномъ нормальна.

При давленіи опухоль оказывается очень чувствительною.

По слизистой иногда видны поверхностныя изъязвленія, которыя, однако, возникаютъ по большей части въ зависимости отъ тѣхъ или другихъ травматическихъ инсультовъ.

Противосифилитическое лѣченіе способствуетъ исчезновенію опухоли; безъ лѣченія опухоль достигаетъ извѣстныхъ размѣровъ, затѣмъ самопроизвольно уменьшается, оставляя все таки на мѣстѣ своемъ возвышеніе, костяной наростъ—*Tophus*.

На мягкомъ небѣ встрѣчаются, конечно, безъ надкостничныхъ формъ заболѣванія, тѣ же явленія, что и на твердомъ,—т. е. гуммы поверхностныя, множественныя, ведущія къ образованію совершенно поверхностныхъ язвъ, и пораженія, глубоко сидяція въ подслизистой ткани, которыя топографически иной разъ располагаются ближе къ полости рта, иной разъ по задней стѣнкѣ зѣва и, такимъ образомъ, образуются язвы, сидяція въ толщѣ тканей, прободающія ее или по направленію отъ полости рта къ полости носа, или же обратно.

Послѣднее наблюдается чаще.

Въ первомъ случаѣ можно по мягкому небу видѣть темно-красный узелъ, онъ мало болитъ и беспокоитъ, размягчается, язвенно распадается, по дну гноится и края остаются приподнятыми валикообразно; на днѣ же и по серединѣ образовавшейся язвы можно видѣть небольшое отверстіе—прободеніе—ведущее черезъ всю толщу небной занавѣски; быстро оно превращается въ большую зіяющую дыру.

Въ послѣднемъ случаѣ прободеніе подкрадывается совершенно незамѣтно, и больной и не подозрѣваетъ того, что у него развивается язвенный процессъ по задней стѣнкѣ мягкаго неба до тѣхъ поръ, пока видимая часть небной занавѣски не станетъ темно-красной; затѣмъ въ центрѣ этой красноты начинается распадъ и очевидно, что мѣсто это соотвѣтствуетъ основанію, дну язвы, сидящей на носовой части неба.

Третичныя инфильтраціи наблюдаются хотя и рѣже, чѣмъ на костяхъ небнаго свода, также и на альвеолярныхъ отросткахъ обѣихъ челюстей, въ особенности верхней.

Начинаются сильныя боли, расшатываются нѣсколько зубовъ, а затѣмъ и выпадаютъ, десны опухаютъ и краснѣютъ, образуется язва покрытая гнойнымъ налетомъ, она постепенно разѣдаетъ слизистую и изъ нея отдѣляется зловонный секретъ.

Зловонный запахъ изо рта, затрудненіе рѣчи, жеванія и глотанія — все это очень мучаетъ больного и окружающихъ. Процессъ ограничивается по большей части ячеиками рѣзцовъ верхней челюсти; эта часть ее, *os incisivum* омертвѣваетъ, отторгается и выдѣляется самопроизвольно или же очень легко поддается удаленію.

Aguillon de Sarran описалъ первичное образование гумы въ оболочкѣ зубного корня — его надкостницѣ (*in der Wurzelhaut der Zähne, dem Periodontium*), каковой процессъ приводитъ къ выпаденію зубовъ и омертвѣнію альвеолярнаго отростка челюстной кости; онъ при помощи пинцета можетъ быть извлеченъ цѣликомъ.

Тутъ бросается въ глаза, по описанію автора, блѣдный, почти бѣлый цвѣтъ десны пораженнаго участка; окраска эта видомъ своимъ напоминаетъ дифтеритическую пленку.

Lang видѣлъ иногда, какъ гуммозный инфильтратъ зубныхъ ячеекъ грибовидно разрослся и такимъ образомъ получалось подобіе *Eupulis Syphilitica*.

Третичное пораженіе челюстныхъ костей составляетъ не рѣдкость, особенно костей верхней челюсти.

Сифилитическое пораженіе ея кости и надкостницы бываетъ или первичнымъ, или же развивается вторично, какъ послѣдствіе язвенныхъ пораженій слизистой носа и неба. Оно ведетъ почти всегда къ омертвѣнію въ нѣкоторыхъ случаяхъ поверхностному, такъ что выдѣляется нѣсколько или одинъ маленькій секвестрикъ, но дѣло дойти можетъ и до обширнаго некроза; въ этихъ случаяхъ, когда процессъ заканчивается и кость выдѣлится, образуется большое пространство, составившееся изъ сообщающихся между собой—*sinus maxillaris*, полости носа и рта.

Рѣже омертвѣнія встрѣчаемся мы съ костеобразовательнымъ воспаленіемъ костей (остеопластическій оститъ) верхнихъ челюстей.

Mauriac описываетъ одинъ подобный случай, гдѣ наблюдался экзостозъ, исходящій изъ *sinus maxillaris*, развив-

шійся постепенно, почти безъ боли; за много лѣтъ своего существованія онъ достигъ значительныхъ размѣровъ; выпятилъ глазъ, своротилъ носъ на сторону и былъ покрытъ покраснѣвшей и лоснящейся кожей.

Примѣненіе ртути привело къ излѣченію и почти полному исчезновенію болѣзненныхъ явленій.

Нижнюю челюсть долгое время считали невоспріимчивой къ сифилису.

Однако, это оказалось не вѣрнымъ.

Въ новѣйшее время описанъ цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ и мы знаемъ теперь, что всѣ разновидности третичнаго сифилиса въ этомъ мѣстѣ тоже могутъ развиваться.

Иногда мы наблюдаемъ на нижней челюсти Osteoperiostitis, которые еще обладаютъ способностью къ обратному развитію или къ новообразованію кости, но не къ омертвѣнію. Они развиваются въ видѣ веретенообразныхъ болѣзненныхъ выростовъ, которые не всегда ведутъ къ осложненію, но порой сопровождаются обширнымъ припуханіемъ прилегающихъ частей щеки и шеи, что иногда даже вызываетъ удушье и дѣлаетъ необходимой трахеотомию.

Рѣзко выражены воспалительныя явленія преимущественно при тѣхъ формахъ, которыя ведутъ къ отслойкѣ надкостницы отъ кости въ большихъ размѣрахъ и вызываютъ омертвѣніе кости.

Эти некрозы также, какъ и въ области верхней челюсти, могутъ быть или только частичными и заканчиваются слущеніемъ нѣсколькихъ поверхностныхъ пластинчатыхъ секрестровъ или же полными, такъ что цѣлые куски или даже вся кость нижней челюсти можетъ омертвѣвать и отторгнуться.

Сильныя боли, затрудненіе при жеваніи и глотаніи — вотъ жалобы больного, къ этому присоединяются при сдавленіи N. Mentalis потеря чувствительности на нижней губѣ. Явленіе это при односторонней локализациі пораженія проявляется тоже только на одной половинѣ лица и тѣмъ становится еще характернѣе.

Въ заключеніе хотѣлось бы хотя бы вкратцѣ коснуться одного патологическаго процесса въ полости рта, который составляетъ собственно не гуммозное пораженіе и не его послѣдствіе — перерожденіе тканей (Regressive Processe), но находится въ зависимости, повидимому, отъ сифилитическаго заболѣванія соответствующихъ трофическихъ нервныхъ ядеръ и стволовъ тройничнаго нерва.

Таковъ патогенезъ, по крайней мѣрѣ, по мнѣнію *Labbé*, *Lydston*, *Bondet*, *Lieven*, при той клинической картинѣ, которая описана подъ именемъ „*Mal perforant buccal*“ или какъ „Постепенное рассасываніе челюстей и небной занавѣски“.

Страданіе это проявляется тѣмъ, что зубы, до этого совершенно здоровые, внезапно расшатываются и выпадаютъ. Потомъ—чаще сперва заболѣваетъ верхняя челюсть и отсюда заболѣваніе распространяется по обѣ стороны и переходитъ и на нижнюю челюсть—рассасываются перегородки между зубными ячейками и остальныя части кости. Въ то же время начинается своеобразное подрытіе мягкаго неба, которое обыкновенно ведетъ къ образованію нѣсколькихъ продолговатыхъ прободеній; онѣ вызываютъ ужасное зловоніе и ведутъ къ образованію непосредственнаго сообщенія съ полостью носа и *sinus maxillaris*. Заболѣваніе это возникаетъ обыкновенно у людей средняго возраста и по большей части не вызываетъ ни кровотеченія, ни нагноенія, ни боли.

Поразительно тутъ то, что участки вокругъ мѣста прободенія обнаруживаютъ полное отсутствіе чувствительности.

Наконецъ, въ заключеніе, надо остановиться на тѣхъ фактахъ, которые вытекаютъ изъ одного изъ свойствъ сифилиса — его заразительности, поскольку это можетъ интересовать и касаться зубныхъ врачей.

Сюда относятся прежде всего тѣ случаи сифилитической инфекціи, механизмъ возникновенія которыхъ находится въ связи съ уходомъ за полостью рта и когда зараженіе передается черезъ посредство приборовъ, служащихъ для этой процедуры,—т. е. переносъ заразы посредственный.

Совершенно исключителенъ случай *Knight*, гдѣ дѣло идетъ о развитіи склероза на миндалевидной железѣ пожилой женщины, которая пользовалась однимъ и тѣмъ же зубнымъ порошкомъ, что и ея племянникъ—сифилитикъ.

Многочисленнѣе и болѣе достойны довѣрія тѣ случаи, когда зараженіе имѣло мѣсто вслѣдствіи того, что двое — больной-сифилитикъ и здоровый пользовались одной и той же зубной щеточкой.

Сюда относятся наблюденія *Baxter'a*, *Blumenbach'a*, *Bumstead'a*, *Galadse*, *Haslund'a*, *Penny*.

Въ случаѣ *Baxter'a* первичное пораженіе располагалось на кончикѣ языка; въ случаѣ *Penny* на небѣ; у *Haslund'a*

на *Arcus palatoglossus*; въ случаѣ *Blumenbach'a*, *Bumstead'a*, *Galadse* на деснахъ. Сюда же относится зараженіе сифилисомъ вслѣдствіе совмѣстнаго пользованія цѣлой компаніей одной и той же зубочисткой. *Makay* описалъ одинъ подобный случай. *Bloch* наблюдалъ у „служанки изъ погребка“ склерозъ верхней губы; онъ возникъ на мѣстѣ небольшой царапины отъ зубочистки, которая раньше бывала въ зубахъ одного изъ посѣтелей.

Neumann наблюдалъ 2 случая первичнаго зараженія десны черезъ посредство зубочистки, а также и я видѣлъ два аналогичныхъ случая: одинъ изъ нихъ, гдѣ дѣло касалось пожилого господина, я наблюдалъ совмѣстно съ товарищемъ *Dr. J. Kauder'*омъ; во второмъ — это была престарѣлая мать одного вѣнскаго товарища, которая заболѣла, пріѣхавъ погостить въ Вѣну къ своему сыну.

Интересно то, что изъ шести подобныхъ случаевъ четыре наблюдалось въ Вѣнѣ.

Кому случалось бывать въ вѣнскихъ ресторанахъ и видѣть, какъ, убирая со стола послѣ посѣтителя, ресторанные „мальчики“ укладываютъ назадъ на старое мѣсто, въ поставецъ, промежъ свѣжихъ зубочистокъ, уже бывшія въ зубахъ у гостей и брошенные ими на скатерть, тому остается только удивляться, какъ случаи подобнаго зараженія не встрѣчаются гораздо чаще.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію тѣхъ обстоятельствъ, которыя могутъ вести къ передачѣ сифилиса при соприкосновеніи между собой больного и зубного врача. Потерпѣвшимъ, зараженнымъ тутъ можетъ быть или врачъ, или пациентъ.

Зараженіе зубного врача отъ пациента-сифилитика не очень ужъ большая рѣдкость. *Bumstead*, *Fournier*, *Lesage*, *Hutchinson*, *Neumann*, *Taylor* опубликовали подобные случаи; я лично пользовалъ за послѣдніе десять лѣтъ трехъ своихъ вѣнскихъ товарищей, у которыхъ развились первичные склерозы пальцевъ при исполненіи ими своихъ профессиональныхъ обязанностей.

Нарушеніе цѣлости внѣшнихъ покрововъ и зараженіе, т. е. проникновеніе заразнаго начала, въ однихъ случаяхъ по времени совпадало и врачъ ранилъ палецъ объ острый край зуба, или же былъ своимъ пациентомъ укушенъ; въ другихъ случаяхъ поврежденіе — небольшая ссадина, маленькая рѣзанная и рванная ранка существовала уже и раньше, и тутъ было внесено зараженіе только случайнымъ

и послѣдующимъ соприкосновеніемъ при манипуляціяхъ во рту пациента сифилитика.

При этомъ, мѣста вхожденія сифилитическаго яда могутъ быть различными, и располагаться на разныхъ частяхъ тѣла; если, напримѣръ, такой больной зубного врача обрызгаетъ и обдастъ слюной при кашлѣ или выплевываніи.

Въ случаяхъ, до сихъ поръ опубликованныхъ—*Alexander'a, Desmarettes'a, Fournier, Hardy, Leloir* — первичное пораженіе расположено было на вѣкъ.

Интересенъ случай *Neuhaus'a*; тутъ дѣло идетъ о зубномъ техникѣ которому больной впился ногтями въ лицо при извлеченіи зуба и поцарапалъ переносицу. Въ этомъ мѣстѣ развилось типичное первичное пораженіе, которое затѣмъ осложнилось серьезными проявленіями вторичнаго сифилиса.

Случай этотъ, быть можетъ, послужитъ зубнымъ техникамъ урокомъ и поученіемъ на тему о томъ, какъ опасно для нихъ бываетъ иногда, вопреки закону, производить въ полости рта операціи, имъ недозволенные.

Также печальны и тѣ случаи, когда жертвой сифилитической инфекціи при производствѣ зубоврачебныхъ манипуляцій является не врачъ, а пациентъ. И количество ихъ, къ сожалѣнію, за послѣднее время совсѣмъ не такъ ничтожно. Сюда относятся наблюденія *Barklay, Blaschko* 2 случая, *Bulkley, Dulles, Giovanini, Grimm, Kreibich, Lancereaux, Lechair, Lydston, Otis, Pease, Peterson, Roddick, Rosenthal*.

И у меня есть тоже одно такое наблюденіе — тутъ дѣло шло о зятѣ одного моего товарища-врача.

Въ случаяхъ *Barklay, Dulles, Giovanini* первичное пораженіе расположено было на губахъ; въ наблюденіяхъ *Otis'a* у угла рта, у *Bulkley* — на языкѣ, а у прочихъ другихъ пораженіе располагалось на деснахъ.

Какимъ осторожнымъ надо быть въ сужденіяхъ о возможности подобнаго зараженія, показываетъ сообщеніе *Faugt'a*—здѣсь дѣло касалось молодой дамы, у которой вскорѣ послѣ лѣченія больныхъ зубовъ развилось первичное пораженіе сифилитическое на нижней губѣ. Вначалѣ происхожденіе и источникъ инфекціи приписаны были именно посредству зубоврачебнаго вмѣшательства, и только потомъ удалось вполне доказательно установить, что заразилъ ее поцѣлуемъ нѣкій господинъ, во рту котораго были заразительныя проявленія сифилиса.

Зараженіе паціента отъ зубного врача можетъ произойти двоякимъ путемъ: изрѣдка паціенту зубной врачъ передаетъ свой сифились непосредственно, чаще зараженіе переносится посредствомъ инструментовъ, употреблявшихся до того при подачѣ зубврачебной помощи во рту у сифилитиковъ.

Безпромежуточный — непосредственный переносъ заразы можетъ имѣть источникомъ сифилитическую сыпь на пальцахъ: первичное пораженіе, здѣсь расположенное, небольшія мокнущія или осадненныя папулы или *паронихіи* (примѣч. перевод — Воспалительныя специфическія инфильтраціи ложа ногтя и окружающихъ его тканей). Зараза можетъ быть перенесена и со рта, съ губъ, если бы случайно врачъ обладалъ привычкой, въ настоящее время, правда, не встрѣчающейся, поплевывать на свои инструменты, или же во время своихъ руководѣйствій зажимать ихъ иногда между зубами.

Ясно, что врачъ, зараженный сифилисомъ, въ своихъ манипуляціяхъ долженъ быть чрезвычайно осторожнымъ и не оперировать въ случаѣ, если на пальцахъ у него имѣется какая-либо сифилитическая сыпь. По меньшей мѣрѣ, въ такихъ случаяхъ необходима строжайшая мѣстная антисептика, предохраненіе и изолированіе специфическихъ пораженій пластыремъ или гутаперчевымъ пальцемъ.

Такіе печальные случаи распространенія болѣзни, очевидно, могутъ особенно часто имѣть мѣсто, когда врачъ руководѣйствуетъ въ полости рта своихъ больныхъ, не подозревая, что свѣжая ссадина, имѣющаяся у него на пальцахъ, есть проявленіе сифилиса, и именно его первичное пораженіе.

Это тѣмъ возможнѣе, что именно склерозы пальцевъ проявляются чаще всего не въ видѣ типичныхъ измѣненій, а какъ идущіе съ ногтевого ложа панариціи, или какъ простыя трещины.

И потому совершенно рационально предложеніе *Jullien'a*, считать подозрительной въ отношеніи первичнаго сифилиса всякую язву на пальцахъ, по виду своему походящую на панарицій, но протекающую безболѣзненно и по теченію своему затяжную.

Однако случаи зараженія паціентовъ отъ врача наблюдаются очень рѣдко; гораздо чаще зараженіе бываетъ посредственнымъ и передается инструментами.

Въ этомъ отношеніи нужно обратить вниманіе на то,

что дезинфекція, имѣющая цѣлью устранить возможность зараженія этимъ путемъ, должна заключаться не только въ обеззараживаніи собственно инструментовъ, но и всего того, что съ ними соприкасается и къ нимъ относится.

Эти предметы именно и части ихъ, на очистку которыхъ не всегда обращается достаточно вниманія, и величаще всего къ посредственной передачѣ заразы.

Такъ, не разъ были уже опубликованы наблюденія, въ которыхъ переносчикомъ заразы была ляписная палочка, и понятно, не она сама, какъ таковая, потому что все ядовитое, что къ ней прикасается, сейчасъ же въ силу этого самого и уничтожается, но сифилитическій ядъ сохранялся и переносился на ручкѣ, въ которую вдѣланъ прижигающій карандашъ.

Себя и своихъ больныхъ зубной врачъ можетъ предохранить отъ заразы только тѣмъ, что станетъ основательно дезинфицировать свои инструменты, внимательно осматривать полость рта и убѣждаться въ отсутствіи какихъ-либо признаковъ сифилиса у всѣхъ больныхъ, обращающихся къ нему, независимо отъ ихъ возраста, пола и положенія.

Нужно помнить при этомъ, что заразительны не только мокнущія формы свѣжаго вторичнаго сифилиса, но и всѣ, иногда много позднѣе развивающіяся, формы болѣзни, сопровождающіеся утолщеніемъ, наслоеніемъ слоевъ эпителия и трещинами, которыя были описаны подъ именемъ *Psoriasis mucosae*.

Если бы зубному врачу пришлось бы встрѣтиться съ проявленіями сифилиса, то ему надлежало бы рѣшить вопросъ, нужно ли отложить операцію, или же можно все-таки произвести ее, принявъ всяческія мѣры предосторожности и въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на послѣдующую очистку и дезинфекцію инструментовъ.



II.

КРАТКАЯ СХЕМА УЧЕНІЯ
О СИФИЛИСѢ.

Составилъ *Е. С. Главче,*

преподаватель Сифилидологіи въ Одесской
Зубоврачебной школѣ
д-ра И. И. Марголина.



КРАТКАЯ СХЕМА УЧЕНИЯ О СИФИЛИСѢ.

Составлена Е. С. Главче,

преподавателемъ Сифилидологіи въ Одесской зубо-врачебной школѣ д-ра И. И. Марголина.

ГЛАВА I.

Общія понятія о сифилисѣ.

Сифилисъ есть болѣзнь инфекціонная, конституціонная, заразительная, передающаяся по наслѣдству, хроническая, излѣчимая.

Что такое сифилисъ?

Подъ инфекціей и инфекціонной болѣзнью мы подразумеваемъ нарушеніе физиологическаго равновѣсія (т. е. здоровья) въ тѣлѣ, вызываемое внѣдреніемъ въ него извнѣ болѣзнетворнаго начала, представляющаго изъ себя живую силу растительнаго или животнаго клѣточного организма (бактеріи, низшіе представители животнаго царства), способнаго къ размноженію, питанію и выдѣленію и сохраняющаго эту способность своей жизни въ чужой жизни.

Что такое инфекция?

Это-то послѣднее и вызываетъ самую болѣзнь.

Микробъ сифилиса, несмотря на усердные поиски и многочисленныя попытки *) ученыхъ открытъ его, еще до сихъ поръ не найденъ.

Почему сифилисъ есть инфекціонная болѣзнь?

*) Виною тутъ можетъ быть несовершенство нашихъ методовъ изслѣдованія и, главнымъ образомъ, оптическихъ инструментовъ. Есть цѣлая группа болѣзней, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ, такъ называемымъ, „невидимымъ“ бактеріямъ, неуловимымъ для нашего глаза при теперешнемъ его оптическомъ вооруженіи, но существованіе которыхъ наглядно обнаруживается другими методами бактериологическаго изслѣдованія.

Между тѣмъ, современный микроскопъ, даже самый сильный, оптически тутъ ничего не можетъ раскрыть и распознать. Самое большее если присутствіе нѣкоторыхъ изъ нихъ можетъ быть угадано, и онѣ тогда представляются въ видѣ мельчайшихъ точекъ и пылинковъ. Можетъ быть, микробъ сифилиса будетъ усмотрѣнъ при помощи *Ultra-Microscop'a* (изобрѣтеннаго Ziedentopf'омъ и Sigmondі) и основаннаго на принципѣ усиленнаго освѣщенія свѣтомъ, пропущеннымъ сквозь очень узкую щель (благодаря чему мы видимъ мириады пылинокъ воздуха въ лучѣ солнца, падающемъ сквозь щели ставни въ темную комнату; уже давно, въ эпоху зарожденія бактериологической эры, англійскій физикъ Тиндаль открылъ невидимое для насъ богатство микроскопическихъ жизней, освѣтивъ ихъ свѣтомъ пропущеннымъ въ темноту). Чтобы получить понятіе о размѣрахъ „розорливости“, такъ сказать, новаго оптическаго

И тѣмъ не менѣ нѣтъ сомнѣнія, что сифились есть инфекціонная болѣзнь.

Всѣ необходимыя условія инфекціи сифились заключаетъ въ себѣ и въ своемъ теченіи, — а именно, это болѣзнь, приобретающаяся извнѣ, не способная къ самозарожденію, ни къ самовозникновенію; затѣмъ весь характеръ недуга съ его постепенностью въ развитіи своихъ фазъ, съ его циклической періодичностью явленій, его свойства заразительности и способность передаваться по наслѣдству, говорятъ за то же.

Кромѣ того, поразительно сходство сифилиса съ другими инфекціями (несомнѣнно микробнаго происхожденія), какъ съ клинической точки зрѣнія, такъ и патолого-анатомической—особенно съ туберкулезомъ и проказой.

Вотъ почему можно сказать съ увѣренностью, что заболѣваніе сифилисомъ происходитъ отъ внѣдренія живаго больного начала, которое, будучи введено въ организмъ человѣка въ количествѣ даже ничтожномъ, въ немъ размножается и захватываетъ его цѣликомъ, всѣ его ткани и всѣ ихъ соки.

Такимъ образомъ все тѣло человѣка, вся его конституція оказывается подверженной и пораженной болѣзнью; недугъ тѣсно сживается съ нашимъ организмомъ, поражаетъ и пропитываетъ его и потому, по справедливости, можетъ быть названъ конституціональнымъ.

Ежедневный клинической и житейской опытъ, въ прежнее время эксперименты на людяхъ, въ самое послѣднее время (1903 г.) удачныя прививки сифилиса антропоморфнымъ обезьянамъ (Мечниковъ и Ру) — все это убѣждаетъ насъ, что сифились болѣзнь заразительная и распространяется чрезъ посредство передачи отъ одного организма другому.

инструмента, достаточно сказать, что имъ можно *видѣть*, безъ помощи всякихъ химическихъ реакцій, мельчайшія частицы бѣлка въ мочи нефритиковъ, который раньше былъ доступенъ нашему чувственному воспріятію только послѣ химическаго воздѣйствія на него извѣстными реактивами и полученія соотвѣтствующей реакціи.

Пока можно сказать, что и сифились, можетъ быть, слѣдуетъ причислить къ группѣ невидимыхъ бактерій и можно утверждать, что сифилитическій ядъ не растворенъ въ жидкостяхъ организа, а связанъ съ какими-то оформленными элементами, или самъ изъ себя ихъ представляетъ — по крайней мѣрѣ *Klingmuller* фильтраціей сифилитическихъ жидкостей (т. е. такихъ, которыя взяты у сифилитика и составляютъ заразительныя проявленія болѣзни) удалось задержать заразительное дѣйствующее начало на фильтрѣ и получить фильтраціонную массу абсолютно не заразительную, (доказавъ это прививкой на себѣ). Сдѣланъ, значитъ, еще одинъ аналитическій шагъ къ открытію истины въ этой области, еще одна дверь, ведущая къ ней, скрытой за семью замками природы открыта, и мы вновь передъ загадкой—уясненіемъ сущности этого осадка, оставшагося на фильтрѣ и представляющаго изъ себя несомнѣнно заразительное начало болѣзни, но, вѣроятно, тоже не въ чистомъ видѣ, а въ сложномъ соединеніи.

Почему это болѣзнь конституціональная?

Это болѣзнь заразительная.

Здѣсь тоже житейскій и клиническій опытъ показываетъ намъ, что у родителей (отца или матери) сифилитиковъ рождаются дѣти съ признаками сифилиса.

Это болѣзнь передающаяся по наслѣдству.

Зародышевый организмъ еще въ утробной жизни своей тоже пораженъ бываетъ сифилисомъ, который заглушаетъ и прерываетъ эмбриональное развитіе и ведетъ къ выкидышу или мертво-рожденію.

Разъ начавшись, сифились протекаетъ неопредѣленно долгое время.

Это болѣзнь хроническая.

Въ немъ нѣтъ строгой цикличности остраго процесса, который, возникнувъ, быстро и бурно развивается и затѣмъ, достигнувъ извѣстной высоты, также стремительно идетъ на уклонъ и исчезаетъ, и все это въ короткомъ предѣлѣ времени.

При сифилисѣ, хотя и наблюдается строгая хронологическая послѣдовательность, т. е. въ извѣстные періоды времени отъ начала болѣзни характеръ ее рѣзко видоизмѣняется, но все-таки отдѣльные приступы и вспышки могутъ наступать черезъ неопредѣленные промежутки времени и все теченіе можетъ затянуться на долгіе годы.

Въ самомъ ходѣ сифилиса рѣдко можно подмѣтить стремительность острой инфекціи съ ее высокой t^0 , быстрымъ развитіемъ, цикличностью и строго предопредѣленнымъ и неизбѣжнымъ концомъ.

Если характеристикой хроническаго процесса служить смѣна вспышекъ болѣзни и относительнаго покоя ея, то и на этомъ основаніи сифились можетъ быть названъ болѣзнью затяжной, хронической.

Сифились излѣчимъ, и это доказывается двумя слѣдующими фактами.

Сифились излѣчимъ.

Во-первыхъ, большинство людей, перенесшихъ сифились и особенно тѣ, кто хорошо отъ него излѣчились, на весь остальной срокъ своей жизни (иногда огромный, такъ какъ сифились пріобрѣтается чаще въ молодости) остаются совершенно свободными отъ проявленій этой болѣзни; у нихъ рождаются здоровые дѣти, достигающіе въ свою очередь глубокой старости и сохраняющіе всѣ свои органы незапятнанными какой-либо сифилитической тарой (симптомомъ вырожденія).

Во-вторыхъ—и это доказательство обладаетъ *непреложностью точнаго научнаго опыта* — бываютъ случаи, когда человекъ, разъ перенесшій сифились и освободив-

шійся отъ его симптомовъ, черезъ извѣстный промежутокъ времени заражается извнѣ вновь этою же болѣзною и продѣлываетъ во второй разъ всѣ сложные симптомы болѣзни въ ихъ послѣдовательности.

Для того, чтобы заболѣть какой-либо конституціональной инфекціонной болѣзною нужно, и это неизбѣжное условіе, въ моментъ зараженія быть отъ нее свободнымъ, зародышей ее въ себѣ не имѣть.

Иначе организмъ, пропитанный и охваченный уже болѣзнетворнымъ началомъ какимъ-нибудь и его токсинами, приспособившійся уже къ борьбѣ съ ними выработкой антитоксиновъ, ничѣмъ, никакой реакціе своихъ тканей, мѣстной или общей, не отзовется, не отвѣтитъ на внѣдреніе новаго запаса того, что у него есть у самаго въ избыткѣ, и къ чему онъ давно привыкъ.

И потому фактъ реинфекціи, т. е. вторичнаго зараженія одной и той же болѣзною служитъ въ то же время доказательствомъ ея излѣчимости.

При какихъ необходимыхъ условіяхъ возможно заразиться сифилисомъ?

Такихъ безусловно нужныхъ фактора два.

Во-первыхъ, на *заражающагося*, на тѣло его долженъ быть перенесенъ сифилитическій ядъ *носителемъ* его — предметомъ одушевленнымъ или неодушевленнымъ, т. е. необходимо прійти въ соприкосновеніе съ зараженнымъ человѣкомъ и его сифилитическимъ отдѣляемымъ, или съ какимъ-либо предметомъ, приходившимъ въ тѣсное соприкосновеніе съ сифилитикомъ и на которомъ осталась его заразительная матерія. (Стаканъ, на примѣръ, изъ котораго пилъ сифилитикъ, имѣющій специфическія язвы во рту; загрязненные сифилитическимъ гноемъ и кровью инструменты медицинскіе и т. д.).

Другой способъ перенесенія яда въ организмъ не допустимъ. Зараженіе черезъ воздухъ невозможно. Природа сифилитическаго яда не летучая, а прочно связана со своимъ носителемъ (*Contagium fixum*).

Но одного присутствія *на тѣлѣ* сифилитическаго яда недостаточно для зараженія здороваго индивидуума; необходимо проникновеніе его въ соки организма, а такъ какъ въ нормальномъ состояніи неповрежденная кожа и видимыя слизистыя непроницаемы для внѣшнихъ факторовъ, то нужно *нарушеніе* цѣлости наружныхъ покрововъ, хотя бы по величинѣ и ничтожное (трещина или царапина,

Условія для зараженія сифилисомъ.

Перенесеніе сифилитической заразы на заражаемый организмъ.

Необходимо нарушеніе цѣлости наружныхъ покрововъ тѣла.

иногда едва видная въ увеличительное стекло, уже достачны для этого) для того, чтобы сифилитическій ядъ попалъ въ здоровый организмъ и чтобы фактъ зараженія имѣлъ мѣсто.

Этотъ именно пунктъ — мѣсто нарушенія цѣлости внѣшнихъ покрововъ — черезъ который зараза проникаетъ въ организмъ, и носитъ названіе *входного отверстія болѣзни*, его *Foramen contagiosum*.

Сифилитическій ядъ содержится и заключается во всякомъ продуктѣ проявленія сифилиса въ организмѣ чело-вѣка, но совершенно естественно, что какое-либо глубокое пораженіе внутреннихъ органовъ, напримѣръ печени, не можетъ служить распространителемъ заразы и что эту роль почти исключительно выполняютъ специфическія пораженія внѣшнихъ покрововъ — кожи и видимыхъ слизистыхъ.

Необходимо имѣть въ виду слѣдующее:

Во-первыхъ, отдѣляемое сифилитическихъ язвъ и ихъ мокнущая поверхность, конечно, гораздо скорѣе могутъ попасть на внѣшніе покровы здороваго индивидуума, приходящаго съ ними въ тѣсное соприкосновеніе и потому естественно, что неизъязвленные, „сухіе“, продукты сифилиса менѣе способны переносить заразу, чѣмъ мокнущіе.

Во-вторыхъ, интересенъ тоже фактъ, что съ теченіемъ времени заразительность сифилитическихъ продуктовъ ослабляется, а по мнѣнію нѣкоторыхъ даже совершенно исчезаетъ.

Въ прежнее время считали (*Ricord*) заразительнымъ только то проявленіе сифилиса, которое развивается въ томъ мѣстѣ, куда проникаетъ въ организмъ сифилитическій ядъ, заражая его, т. е. *первичное пораженіе* развивающееся у *foramen contagiosum*.

Впослѣдствіи было доказано, что заразительны проявленія сифилиса и въ то время, когда сифилитическій ядъ распространяется по всему организму и проявляется въ немъ множествомъ разнообразныхъ симптомовъ, между прочимъ, разнообразными высыпаниями на кожѣ и слизистыхъ (во время *вторичнаго* періода болѣзни), называемыми общимъ терминомъ *сифилидовъ*.

Но до послѣдняго времени отрицаютъ заразительность такихъ сифилитическихъ продуктовъ, которые проявляются въ позднихъ періодахъ болѣзни, поражаютъ какую-либо ткань избирательно, не трогая остального организма, но

Въ чемъ же проявляется сифилитическая зараза, т. е. въ какихъ органическихъ носителяхъ заключена она?

Всѣ и всегда ли продукты сифилиса въ организмѣ содержатъ способный къ передачѣ ядъ болѣзни?

Мокнущіе продукты сифилиса особенно заразительны.

Смотря по возрасту сифилиса и характеру его проявленій измѣняется и самая ихъ заразительность.

зато разрушаютъ ее глубоко и ведутъ быстро къ распаду и смерти ткани. Это такъ называемый *третичный* періодъ болѣзни.

Однако, рядъ тщательныхъ (правда, немногочисленныхъ) наблюдений клиницистовъ (Fournier, Landouzy, Delbanco, и др.) говоритъ за заразительное свойство сифилидовъ и этого періода, хотя, конечно, гораздо болѣе слабое и не постоянное по сравненію съ двумя первыми фазами развитія болѣзни.

Многочисленныя наблюденія частью клиническія, частью экспериментальныя даютъ намъ цѣнныя указанія относительно заразительности физиологическихъ составныхъ частей организма сифилитиковъ и ихъ секретовъ.

Говоря вообще, можно сказать слѣдующее: въ моментъ, когда въ организмѣ есть проявленія, симптомы сифилитическаго яда, весь онъ и всѣ его составныя части представляются заразительными; во время затишья и отсутствія какихъ-либо признаковъ болѣзни возможность зараженія представляется минимальной, хотя есть указанія въ литературѣ, что оно и тогда возможно. (Случаи зараженія одного супруга отъ другого въ то время, когда у заражающаго въ моментъ передачи заразы нѣтъ ни малѣйшихъ уловимыхъ признаковъ болѣзни).

Относительно заразительности крови существуютъ, правда, старые, но убѣдительные опыты *Pelizzari* (1862), которыми точно и научно доказана заразительность крови сифилитиковъ.

Въ опытѣ итальянскаго ученаго кровь была получена высасываніемъ ее паявкой отъ сифилитика вторичнаго періода съ явными признаками конституціональнаго сифилиса.

Нѣсколько хлопчатобумажныхъ нитей было пропитано этой кровью и наложено на надрѣзанную и кровоточащую кожную поверхность плеча трехъ врачей, добровольно и сознательно пожертвовавшихъ своимъ здоровьемъ для пріобрѣтенія научной истины. Одинъ всего изъ трехъ заразился сифилисомъ и такъ какъ это былъ по счету первый, которому въ хронологическомъ порядкѣ была произведена прививка, то отсюда выводятъ заключеніе, что сифилитическій ядъ содержится въ кровяныхъ *) тѣльцахъ, такъ какъ

*) Это нашло себѣ подтвержденіе въ самой послѣдней работѣ Neisser'a, доложенной Международному съѣзду дерматологовъ въ Берлинѣ (Сентябрь, 1904 г.) Бреславльскій ученый впрыскивалъ шимпанзе сыворотку, полученную изъ крови сифилитиковъ цвѣтушаго періода болѣзни, и животное не заразилось сифилисомъ, между тѣмъ, немного позднѣе, та же обезьяна заболѣла сифилисомъ, зараженная отдѣляемымъ сифилитической язвы слизистой рта больного человѣка.

Заразительны ли физиологическія выдѣленія у сифилитиковъ?

Все у сифилитиковъ заразительно въ то время, какъ они носятъ въ себѣ проявленія болѣзни.

Заразительна ли кровь сифилитика?

не удалась тѣ именно прививки сифилиса, которыми была привита кровь уже свернувшаяся съ разрушенными форменными элементами крови.

Эти старые опыты не были повторены въ виду возможности экспериментировать на людяхъ.

Въ настоящее время, когда удалось прививать сифились животнымъ, вновь является возможность провѣрить этотъ вопросъ и рѣшеніе его въ томъ смыслѣ: — заразительна ли кровь только у индивидуумовъ, имѣющихъ проявленія сифилиса или даже въ тѣ моменты, когда сифились латентенъ и ничѣмъ себя не проявляетъ.

Во всякомъ случаѣ практическій выводъ изъ опытовъ *Pelzigari* такой: если у больного есть признаки сифилиса активнаго, т. е. есть видимые симптомы его по тѣлу, то кровь его надо считать заразительной и потому у такихъ больныхъ при манипуляціяхъ въ полости рта, даже свободной въ своихъ предѣлахъ отъ признаковъ сифилиса, всякое пораненіе, ведущее къ изліянію крови, должно усугублять профилактическую осторожность врача.

По мнѣнію *M. v. Zeissl'a* слюна сифилитиковъ можетъ быть заразительной только въ томъ случаѣ, если она содержитъ въ себѣ примѣсь распавшихся сифилитическихъ продуктовъ, т. е. слюна такихъ больныхъ, у которыхъ во рту есть проявленія сифилиса. Значить, если убѣдиться осмотромъ въ цѣлости этой полости, можно быть увѣреннымъ въ незаразительности слюны, но стоитъ вспомнить, какъ трудно бываетъ иногда во рту убѣдиться въ полной цѣлости его слизистыхъ покрововъ и какъ въ первое время по возникновеніи явленія сифилитическія тутъ мало отличаются отъ простыхъ эрозій, чтобы поставить себѣ за правило *у завѣдомаго сифилитика всегда работать въ полости рта съ осторожностью, предварительно убѣдившись въ цѣлости кожныхъ покрововъ своихъ рукъ и особенно тщательно послѣ этого дезинфицировать инструменты.*

Заразительна ли слюна?

Простой осмотръ тутъ недостаточенъ.

Иногда небольшія трещины, достаточныя, однако, для проникновенія сифилитическаго яда, могутъ быть незамѣчены и черезъ увеличительное стекло.

Какъ можно убѣдиться въ цѣлости и непроницаемости кожи рукъ?

Лучшее средство—это, вымывъ руки мыломъ, оросить ихъ жидкостью какой-либо, къ которой примѣшано нѣсколько капель лимоннаго сока или другой какой-либо кислоты. Если есть небольшой изъянъ въ цѣлости внѣш-

нихъ покрововъ, онъ сейчасъ же дастъ себя почувствовать пощипываніемъ.

Заразительно
ли молоко си-
филитички?

Voss сообщилъ объ одномъ опытѣ, когда подкожнымъ впрыскиваніемъ молока сифилитички былъ привить сифились одной молодой дѣвушкѣ.

Однако, тутъ всегда возможно сомнѣніе, не было ли въ этомъ прививномъ матеріалѣ (молокѣ) примѣси распавшихся сифилитическихъ продуктовъ.

Заразительно
ли сѣмя муж-
чины?

Вопросъ этотъ, казалось, долженъ былъ бы разрѣшаться *косвеннымъ* доказательствомъ: если существуетъ наслѣдственный сифились и возможно зараженіе отъ *отца*, этимъ самымъ, значить, доказана заразительность мужского сѣмени. Однако, вопросъ о наслѣдственной *прямой* передачѣ сифилиса потомству отъ *отца* пока еще не можетъ считаться разрѣшеннымъ, и очень многіе ученые допускаютъ только *косвенную* передачу болѣзни: т. е. отецъ заражаетъ мать, а она уже, въ свою очередь, черезъ дѣтское мѣсто, передаетъ заразу своему ребенку.

Косвенное
доказательство
этого.

Оно противорѣчиво.

Прямое
доказательство.
Отрицательныя
данныя.

Опыты прививки мужского сѣмени (спермы) сифилитиковъ здоровымъ людямъ, произведенныя *Mireur*'омъ и *Neisser*'омъ, дали отрицательный результатъ.

Положительныя
данныя.

Но существуетъ клиническое наблюденіе *Rochon*'а, опубликовавшаго въ 1896 г. два случая, гдѣ клинически доказывается заразительность спермы. Въ одномъ изъ нихъ сифилитикъ, недавно заразившійся и женившійся, продолжалъ одинъ лишь курсъ лѣченія, не желалъ имѣть большое потомство, и совершалъ съ женой такъ называемый *coitus interruptus* и сперма его при этомъ попадала на животъ жены.

Въ томъ мѣстѣ, гдѣ у нея отъ корсета была небольшая трещина, черезъ нѣкоторое время развился типичный твердый шанкръ.

Но самъ авторъ полагаетъ, что здѣсь къ спермѣ могло быть примѣшано отдѣляемое какой-либо сифилитической высыпи, расположенной по пути выведенія сѣмени изъ организма сифилитика.

Такимъ образомъ, какъ мы видимъ, большинство наблюдателей склонно смотрѣть на всѣ физиологическіе секреты сифилитика (также и на кровь), какъ на незаразительныя поскольку къ нимъ не примѣшиваются специфическіе продукты сифилитическаго яда и его проявленій въ организмѣ.

Физиологи-
ческіе секреты
сифилитиковъ
не
заразительны.

Быть может, *различные* результаты, полученные авто-рами, объясняются *различными* періодами болѣзни, въ которыхъ были сдѣланы эти опыты и наблюденія.

Можно съ большою вѣроятностью считать малоспособнымъ къ зараженію сифилитика въ скрытомъ періодѣ болѣзни, и наоборотъ, надо быть очень осмотрительнымъ и осторожнымъ, приходя въ соприкосновеніе съ больными, у которыхъ имѣются какія-либо проявленія болѣзни.

Вопросъ о заразительности секретовъ и физиологическаго состава тканей сифилитика въ настоящее время, по видимому долженъ считаться открытымъ и надо надѣяться, что опыты на обезьянахъ разрѣшатъ его въ ту или другую сторону.

Всякая ли царапина, или язва, или гнойникъ, потому только, что онѣ появились на тѣлѣ у сифилитика, представляются заразительными и способными перенести сифились на другихъ?

Лучшимъ отвѣтомъ на это (*отрицательнымъ*) можетъ послужить то обстоятельство, что гнойная пустула прививной вакцины, развившаяся у сифилитика, сама по себѣ сифилитическаго яда не содержитъ и гной ея можетъ быть безнаказанно перепривить другимъ здоровымъ субъектамъ, если только къ этой лимфѣ не примѣшана кровь больного, и сифились этой операціей не будетъ переданъ. То же можно сказать и о другихъ патологическихъ явленіяхъ не специфическихъ, но развившихся у сифилитиковъ—ихъ отдѣляемое не заразительно.

Но практически вопросъ разрѣшается *утвердительно*: горькій опытъ эпидемій дѣтскаго сифилиса, вызванныхъ прививкой человѣческой лимфы, взятой случайно у сифилитиковъ, показалъ, что во-первыхъ, не всегда легко получить отдѣляемое язвы или гнойника совершенно чистымъ, безъ малѣйшей примѣси крови; во-вторыхъ, что не всегда также можно съ увѣренностью сказать, не имѣетъ ли то или другое явленіе патологическое у сифилитика ничего общаго съ его основной болѣзнию, и часто совершенно типичныя, такъ сказать, постороннія высыпи съ опредѣленной діагностической физиономіей на сифилитической почвѣ приобрѣтаютъ характеръ *гибридный*, т. е. получается смѣсь сифилиса съ той или другой формой кожной болѣзни.

Латентный сифилитикъ малозаразительнъ

Заразительны ли патологическіе продукты не сифилитическаго характера и происходящіе развивающіеся у сифилитиковъ?

Практически надо остерегаться всякаго патологическаго выдѣленія у сифилитиковъ

ГЛАВА II.

Первичный періодъ сифилиса.

Первичный пе-
риодъ сифилиса.

Первичнымъ періодомъ сифилиса называется эпоха развитія сифилитическаго яда въ организмъ человѣка съ момента проникновенія его туда и до времени, когда рядъ болѣзненныхъ симптомовъ съ очевидностью укажетъ на распространеніе болѣзни по всему организму и пропитываніе ею всѣхъ тканей.

Первая
инкубація.

Этотъ первичный періодъ болѣзни начинается такъ называемой *первой инкубаціей*, которая охватываетъ промежутокъ времени между моментомъ зараженія и проявленіемъ этого зараженія. Это та именно эпоха, строго ограниченная двумя сроками, когда сифилитическій ядъ проникаетъ въ организмъ черезъ опредѣленное мѣсто — *foramen contagiosum* — и когда онъ тутъ же на мѣстѣ проявляется болѣзненной и типичной реакціей тканей — образованіемъ, такъ называемаго, *твердаго шанкра* или *первичнаго пораженія*.

Твердый
шанкръ или
первичное
пораженіе.

Подобно сѣмени, которое, попавъ въ землю, не сейчасъ даетъ ростокъ и не спѣшитъ начинать жить новой творческой жизнью, также и зародыши болѣзни послѣ попаданія въ организмъ человѣческой не тотчасъ же производятъ въ немъ реакцію — мѣстное или общее заболѣваніе — но иногда проходитъ довольно значительное время прежде, чѣмъ это случится.

Что такое
инкубація?

Все это время затишья, молчаливаго усилія и тайной подготовительной работы, когда сила инфекціоннаго начала еще слишкомъ слаба, чтобы проявиться и выдать себя въ реакціи окружающихъ тканей, но когда тѣмъ не менѣе организмъ уже зараженъ и зародыши болѣзни въ немъ уже присутствуютъ, и называется *инкубаціей*.

Срокъ ея длины бываетъ различный при разныхъ болѣзняхъ; при нѣкоторыхъ изъ нихъ онъ хорошо изученъ и является хронологически строго опредѣленнымъ.

Такъ, при мягкомъ шанкрѣ (мѣстной венерической болѣзни) инкубація бываетъ не длинѣе 3—4 дней, при перелоѣ до одной недѣли, а при проказѣ можетъ тянуться, по видимому, цѣлые годы. Для сифилиса, въ общемъ, она бываетъ срокомъ въ 2 — 3 недѣли, maximum 4. Приведемъ примѣръ.

Человѣкъ, предположимъ, заразился сифилисомъ сегодня, 1-го Іюня, т. е. пришелъ въ тѣсное соприкосновеніе съ какимъ-либо носителемъ сифилитическаго яда и вмѣстѣ съ тѣмъ имѣлъ на себѣ нарушеніе цѣлости внѣшнихъ покрововъ.

Слѣдовательно, на томъ мѣстѣ, гдѣ было нарушеніе этой цѣлости и куда попалъ ядъ, болѣзнь проявится реакціей тканей — первичнымъ пораженіемъ—только черезъ 3, максимумъ 4 недѣли, значить, между 21—28 Іюня. Тутъ возможны еще колебанія въ предѣлахъ еще нѣсколькихъ дней.

Если удастся получить отъ больнаго вѣрныя свѣдѣнія —когда онъ имѣлъ возможность заразиться и когда впервые онъ замѣтилъ свою болѣзнь—то изъ сопоставленія этихъ данныхъ, если только онѣ достовѣрны, можно вывести цѣнныя діагностическія указанія, что служитъ иногда болшимъ подспорьемъ для распознаванія.

Значеніе инкубаціи.

Если, на примѣръ, человѣкъ имѣлъ послѣднее половое сношеніе 3 дня назадъ, а сегодня на его половыхъ органахъ появилась язва и если можно быть увѣреннымъ, что сношеніе это было единственнымъ за два послѣднихъ мѣсяца, тогда только на основаніи этихъ данныхъ и не считаясь съ объективной картиной болѣзни позволительно сказать, что это пораженіе не сифились.

Но, къ сожалѣнію, анамнестическія данныя рѣдко бываютъ точны и потому полагаются на нихъ никакъ нельзя.

Сифилитическій ядъ, проникнувъ въ организмъ, вначалѣ не распространяется по всей его экономіи или, по крайней мѣрѣ, ничѣмъ себя сначала тутъ не проявляетъ, а прежде всего его присутствіе обнаруживается у мѣста проникновенія въ наше тѣло—у входнаго отверстія.

Понятіе о твердомъ шанкрѣ, первичномъ пораженіи, склерозѣ.

Foramen contagiosum узнается *всегда* по характернымъ измѣненіямъ, которыя здѣсь развиваются и носятъ различныя названія, смотря по тому, принимаются ли при этомъ во вниманіе ихъ объективные признаки (твердость, хрящевидная консистенція, изъязвленіе) или же ихъ мѣсто въ хронологической схемѣ теченія сифилиса. Отсюда термины—склерозъ, твердый шанкръ, первичное пораженіе.

Итакъ, сифилитическій ядъ проникъ черезъ извѣстное мѣсто внѣшнихъ покрововъ, черезъ поврежденную кожу или слизистую оболочку; проходитъ первая инкубація срокомъ въ недѣли три или около этого.

Развитіе твердаго шанкра.

За это время и даже скорѣе—въ первые дни по зараженіи—бывшая тутъ царапина или эрозія заживаетъ и все проходитъ.

Ничто не говоритъ за то, что тутъ въ извѣстномъ пунктѣ лежитъ сокрытой болѣзнь, которая въ предназначенное время, въ извѣстный срокъ проявитъ себя рядомъ слѣдующихъ измѣненій.

Осадненіе.

Сначала появляется чуть замѣтная ссадина, едва уловимое углубленіе, ничтожная потеря вещества, на поверхности которой просачивается прозрачная свѣтлая капелька. Если ее обтереть, она вновь пропотѣваетъ и появляется на основаніи, едва покраснѣвшемъ и ничѣмъ почти не отличающемся отъ нормальной поверхности. Немного спустя, черезъ день или даже меньше, здѣсь уже можно говорить о небольшомъ, съ булавоочную головку, осадненіи, идущемъ въ уровень съ окружающей кожей или слегка покато углубленномъ. Это уже *язва*.

Выдѣленіе
прозрачнаго
секрета.

Гладкая

Она *гладка*, красна и по поверхности ея пропотѣваетъ та же прозрачная жидкость, засыхающая подъ вліяніемъ воздуха въ тонкую, прозрачную корочку.

Еще черезъ нѣсколько дней язва увеличивается въ размѣрѣ и достигаетъ величины 10-копеечной серебряной монеты. Формы она правильной, круглой или овальной, даже приподымается надъ уровнемъ окружающимъ, поверхность ея ровная, плоская или же блюдечкообразно поката къ центру и никогда не имѣетъ углубленныхъ подрывныхъ краевъ и изрытаго дна.

Это прибыль,
а не убыль
вещества.

Въ общемъ здѣсь получается *наростаніе, прибыль* вещества, а не *убыль*, какъ мы привыкли видѣть язвы вообще.

Хрящевидная
плотностьязвы.

Если осторожно прощупать пальцами консистенцію этой язвы, то получается впечатлѣніе хрящевидной пуговицы или гильзы, заложенной подъ язвой; оплотнѣніе это распространяется за края изъязвленной поверхности, такъ что пальцы, сжимающіе язву, не могутъ ее охватить у края каймы красной, а приподымаютъ съ ней большой бордюръ изъ окружающей кожи.

Иногда, особенно при заживленіи, часть бордюра этого выступаетъ въ видѣ желтоватаго хрящевидаго кружка приподымающагося надъ поверхностью и придающаго твердому шанкру особенную характерность.

И такъ, здѣсь есть *язва* — *шанкръ* и *плотность*, почему это поражение и получило *названіе* — *твердаго шанкра* или *первичнаго сифилитическаго склероза*.

Въ послѣдующіе дни отдѣляемое шанкра засыхаетъ въ плоскую черноватую корку или покрывается сѣро-грязной

желтоватой плотной пленкой, которая располагается по срединѣ язвы, а по периферіи ея остается непокрытый, темно красный (оттѣнковъ ветчины или же красной мѣди) бордюръ язвы; и все сидитъ на плотномъ, приподнятомъ основаніи.

Если первичный склерозъ расположенъ на слизистой или на кожѣ въ мѣстѣ, защищенномъ отъ высыханія, то мы встрѣчаемся съ дифтеритической пленкой; если на остальныхъ мѣстахъ кожи—то съ корочкой.

Иногда (это зависитъ отъ локализациі и богатства того или другого участка лимфатическими сосудами и рыхлости соединительно-тканной подкожной клѣтчатки) вокругъ первичной язвы развивается плотный, невоспалительный, малоболѣзненный отекъ, достигающій порядочныхъ размѣровъ. *Это называется Oedema indurativum*—т. е., *оплотненный отекъ*.

Иногда плохое содержаніе язвы, отсутствіе правильной перевязки, общее плохое питаніе больного, постоянныя раздраженія несоотвѣтствующимъ лѣченіемъ ведутъ къ осложненіямъ твердаго шанкра — нагноенію, омертвѣнію и глубокому распаду всей новообразованной ткани, что глубоко видоизмѣняетъ типичную картину первичнаго склероза.

Но всѣ эти пертурбаціи и смѣшанныя инфекціи, получающіяся отъ внѣдренія микробовъ нагноенія, гніенія или даже наложенія на первичное пораженіе другихъ венерическихъ заболѣваній и ихъ язвенныхъ проявленій, а именно мягкаго шанкра (такъ называемый *chancre mixte*)—суть не болѣе, какъ случайныя осложненія, затемняющія и видоизмѣняющія типичную картину первичныхъ проявленій сифилиса.

Осложненія
твердаго
шанкра.

Итакъ — отсутствіе рѣзкихъ воспалительныхъ явленій, болѣзненности (не всегда), зуда; язва плоская, круглая или овальная, возвышенная, красная, выдѣляющая прозрачную жидкость, сидящая на плотномъ хрящевидномъ основаніи— вотъ патогномоническія, т. е. исключительно характерныя и специфическія свойства твердаго шанкра, того первоначальнаго пораженія, которое развивается у входного отверстия сифилитическаго яда въ организмъ.

Характеристи-
ка твердаго
шанкра.

Первичные склерозы бываютъ обыкновенно *единичны*, т. е. чаще на мѣстѣ, куда проникъ въ организмъ сифилитическій ядъ, развивается одна язва и только иногда нѣсколько ихъ.

Единичность и
множествен-
ность твердаго
шанкра.

Это тоже можетъ до извѣстной степени въ связи съ другими симптомами служить отличительнымъ признакомъ сифилиса.

Аденитъ первичный сифилитическій, первичный бубонъ.

Другой характерный и типическій признакъ—это припуханіе ближайшихъ къ мѣсту первичнаго пораженія лимфатическихъ железъ. Опухоль эта бываетъ множественной, т. е. увеличивается въ объемъ цѣлый пакетъ железъ; консистенція ихъ хрящевидно плотна; окружающая клѣтчатка рѣдко отекаетъ и потому контуры железъ подъ кожей легко прощупываются; железы при томъ бываютъ безболѣзненны и почти никогда не ведутъ къ нагноенію. Если шанкръ располагается топографически по средней линіи, то припухаютъ одновременно железы съ двухъ сторонъ соотвѣтствующихъ участковъ тѣла; если первичное пораженіе сидитъ сбоку отъ средней линіи на правой или лѣвой половинѣ тѣла, то соотвѣтственно этому пакетъ железъ на соименной сторонѣ крупнѣе и массивнѣе.

Впрочемъ, иногда бываетъ и наоборотъ: при правостороннемъ шанкрѣ наблюдается преимущественное припуханіе железъ съ лѣвой стороны и обратно.

Это объясняется анатомически—перекрестомъ лимфатическихъ проводящихъ путей, т. е. такъ, что лимфатическіе отводящіе сосуды, напримѣръ, правой половины мужскихъ половыхъ органовъ несутъ свою лимфу въ лимфатическіе железы не праваго паха, а лѣваго.

Значеніе первичнаго сифилитическаго аденита для дифференціальной діагностики.

Припуханіе железъ съ его характерными признаками—множественностью, плотностью, безболѣзненностью, отсутствіемъ воспалительныхъ явленій и нагноенія—все это суть важныя вспомогательныя данныя для распознаванія самой сифилитической язвы и его патологическаго характера. Такъ, напримѣръ, мягкій шанкръ, (который и самъ по себѣ, по виду, своимъ обильнымъ нагноеніемъ, изрытымъ дномъ и подрывными краями, сильной воспалительной реакціей и отсутствіемъ характерной хрящевидной консистенціи не походитъ на твердый шанкръ), или совсѣмъ не сопровождается припуханіемъ железъ или, если да, то железы эти болѣзненны, кожа надъ ними краснѣетъ, появляется зыбленіе, потомъ прободеніе кожи и изливается изъ бубона гной.

При язвенныхъ процессахъ другого происхожденія припуханіе железъ бываетъ тоже другимъ—болѣе болѣзненнымъ, скоропреходящимъ и воспалительнымъ.

Значеніе аденита сифилитическаго, первичнаго бубона, какъ указателя foramen contagiosum

Даже и при наличности другихъ явленій сифилиса, при общемъ припуханіи железъ всего организма, такой превосходящій ихъ всѣхъ по величинѣ, плотный, видимый иногда

на глазъ пакетъ железъ, наблюдающійся въ одномъ какомъ-либо мѣстѣ нашего тѣла, можетъ сослужить важную службу и быть указателемъ того, куда проникъ сифилитическій ядъ въ организмъ, какимъ путемъ достигъ этого и гдѣ лежитъ его *foramen contagiosum*. Это бываетъ очень полезно потому, что обличительная печать послѣдняго—твердый шанкръ—есть явленіе довольно скоропреходящее, а железы и ихъ припуханіе гораздо болѣе постоянны, устойчивы и неизмѣнны въ своихъ специфическихъ свойствахъ еще долгое время послѣ того, какъ твердый шанкръ исчезъ и не оставилъ ни малѣйшихъ слѣдовъ.

Пути же проникновенія сифилиса въ организмъ могутъ быть очень разнообразны, такъ какъ нѣтъ такого участка кожи или видимыхъ слизистыхъ, гдѣ бы при извѣстныхъ условіяхъ: 1) наличности сифилитическаго яда и 2) нарушенія цѣлости внѣшнихъ покрововъ, не могло произойти зараженіе.

Однако чаще всего наблюдается твердый шанкръ на половыхъ органахъ мужчинъ и женщинъ и распространеніе сифилиса совершается всетаки по преимуществу половымъ путемъ.

Да это и естественно.

Во время полового сношенія обстоятельства складываются наиболѣе благоприятно для распространенія болѣзни—тѣсное взаимное продолжительное соприкосновеніе двухъ организмовъ (больного и здороваго); легкая возможность механическаго поврежденія и нарушенія цѣлости нѣжныхъ здѣсь кожныхъ и слизистыхъ покрововъ. Нужно имѣть въ виду при томъ, что на половыхъ органахъ съ особенной охотой локализуются вторичныя, въ высшей степени заразительныя, сифилитическія проявленія, такъ называемыя, слизистыя бляшки—*condylomata lata*.

Въ городахъ, гдѣ трудно регулируемая проституція создаетъ свободную половую циркуляцію массы зараженныхъ и заразительныхъ женщинъ—этотъ способъ зараженія можно считать преобладающимъ и процентъ внѣполовыхъ заболѣваній сифилисомъ колеблется для различныхъ большихъ центровъ по различнымъ статистическимъ даннымъ между 1—10%.

Въ Одессѣ по даннымъ амбулаторіи 2-го отдѣленія Одесской Городской Больницы, разработаннымъ въ 1902 г. студентомъ, нынѣ врачомъ А. Гейфтеромъ, внѣполовыхъ зараженій было отмѣчено за 3 года среди мужского насе-

Гдѣ локализируется твердый шанкръ?

Половой путь зараженія наиболѣе часть.

ленія Одессы около 2,5⁰/₀ всѣхъ случаевъ сифилитической инфекціи.

Внѣполовое зараженіе.

Не то въ деревняхъ, въ особенности среди малокультурнаго населенія—у насъ въ Россіи, въ Юго-Восточныхъ прибрежныхъ провинціяхъ Австріи, въ Малой Азіи и въ странахъ тропическихъ—тамъ при скученномъ образѣ жизни въ маленькихъ, не гигиеническихъ помѣщеніяхъ, при первобытныхъ привычкахъ (спятъ въ повалку, въ банѣ моются всей семьей одной и той же грязной водой, ѣдятъ изъ одной миски деревянными ложками, которыя принадлежатъ никому въ отдѣльности, а всѣмъ вмѣстѣ)—тамъ внѣполовое зараженіе—явленіе очень частое, можно сказать, преобладающее.

Локалізація внѣполового зараженія.

Большія статистическія и клиническія работы американцевъ (Bulkley), французовъ (Fournier) и русскихъ авторовъ (проф. А. И. Поспѣловъ, Порай-Кошицъ) показали, что входныя отверстія сифилитическаго яда могутъ быть очень разнообразны, и что по частотѣ второе мѣсто послѣ половыхъ органовъ тутъ занимаетъ полость рта.

Да это и понятно.

Подобно половымъ органамъ эта часть тѣла наиболѣе часто приходитъ посредственно и непосредственно въ соприкосновеніе съ кожей, слизистой и ихъ отдѣляемымъ здоровыхъ и больныхъ. *Непосредственно*—поцѣлуемъ, извращеннымъ половымъ сношеніемъ (coitus per os), *посредственно*—соприкосновеніемъ съ грязнымъ стаканомъ, тарелкой, салфеткой, на которыхъ оставилъ свой зараженный слѣдъ больной—сифилитикъ; черезъ загрязненные инструменты дантиста, зубочистки, побывавшія въ полости рта у больного, также зубныя щеточки и разными другими способами.

Внѣполовое зараженіе съ другой локалізаціей бываетъ рѣже.

Внѣполовое зараженіе съ другими локалізаціями встрѣчается рѣже, но все таки не составляетъ рѣдкости и поражаетъ оригинальностью и неожиданностью механизма своего возникновенія: напримѣръ на конъюнктивѣ вѣка или даже глазного яблока, какъ послѣдствіе допотопнаго народнаго обычая плевать въ засоренный глазъ; на носу однажды наблюдалось первичное пораженіе вслѣдствіи того, что въ дракѣ одинъ изъ воюющихъ—сифилитикъ съ мокнущими папулами во рту—укусилъ другого здороваго за носъ и украсилъ его твердымъ шанкромъ.

Типичные признаки шанкра—единичность (не обязательная) пораженія, красная, плоская, возвышенная язва,

наростаніе, а не убыль вещества, плотность, безболѣзненность и твердое, безболѣзненное припуханіе сосѣднихъ железъ пакетомъ—помогаютъ разпознаванію и наводятъ на вѣрный путь, въ особенности, если послѣ тщательнаго разспроса можно найти какое либо основаніе для діагноза въ прошломъ больного или же, еще лучше, въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, когда на сцену выступаютъ общія проявленія заболѣванія всего организма сифилисомъ, что окончательно выясняетъ и опредѣляетъ сущность наблюдающихся явленій.

Всѣ специфическія свойства свои твердый шанкръ пріобрѣтаетъ постепенно; въ первые дни своего возникновенія это не болѣе, чѣмъ простая эрозія безъ плотности, безъ типичной красноты, и вида общаго, и безъ бубона—все это нарастаетъ и пріобрѣтаетъ свою типичность въ продолженіи первыхъ 2—3 недѣль развитія.

Возникнувъ и развившись, твердый шанкръ держится въ одномъ и томъ же состояніи около 5—6 недѣль а затѣмъ начинаетъ медленно заживать и оставляетъ послѣ себя замѣтную плотность хрящеватой ткани, которая можетъ держаться мѣсяцы, а иногда даже и годы. Какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе такихъ очаговъ, производимое спустя долгое время послѣ исчезновенія всѣхъ видимыхъ признаковъ шанкра, на мѣстѣ его сохраняются къ тому времени еще глубокія, типичныя измѣненія: стѣнки сосудовъ тутъ утолщены и существуетъ вокругъ нихъ значительная клѣточная инфильтрація. Это то и составляетъ патолого-анатомическую характеристику твердаго шанкра, да и сифилиса вообще.

Этотъ фактъ какъ-бы невидимаго (по крайней мѣрѣ клинически) присутствія болѣзненныхъ явленій и объясняетъ то, что иногда спустя долгіе годы послѣ исчезновенія первичныхъ, да и вообще всякихъ явленій сифилиса, вдругъ появляется возвратъ болѣзни и именно тамъ, въ томъ мѣстѣ, гдѣ былъ когда-то твердый шанкръ, причемъ новое пораженіе обладаетъ свойствами стараго — плотностью, краснотой, наростаніемъ вещества и т. д.

Но въ сущности это процессъ хотя и сифилитическій, но совсѣмъ другого характера, чѣмъ твердый шанкръ, что и видно, судя по ходу процесса, быстрому распаду и не менѣе быстрому исчезновенію подъ вліяніемъ внутреннихъ пріемовъ іодистаго калия. Это не болѣе какъ симптомъ поздняго сифилиса, развившагося въ старомъ очагѣ пер-

Теченіе и исходъ первичнаго пораженія, твердаго шанкра.

Ложный индурецъ, какъ поздній симптомъ сифилиса. Chancre redux.

вичнаго пораженія. По формѣ своей, однако, въ началѣ онъ совершенно сходенъ съ первичнымъ склерозомъ.

Осложненія въ теченіи шанкра.

Теченіе шанкра осложняется и видоизмѣняется въ зависимости отъ того, предоставлено ли первичное пораженіе и язва его самой себѣ, загрязняется ли она или же перевязывается, смазывается, присыпается, прижигается—словомъ, лѣчится.

Въ первомъ случаѣ вторичная микробная инфекция вноситъ нагноеніе, распадъ язвы и иногда даже нагноеніе сифилитическихъ бубоновъ; получается большая воспалительная отечность тканей и иногда даже ихъ гангрена. Шанкръ лѣченный протекаетъ несравненно менѣ бурно и скоро заживаетъ.

Впрочемъ не всегда можно уловить причины плохого теченія первичнаго склероза; иногда и хорошо лѣченный и антисептически содержимый твердый шанкръ осложняется вторичными воспалительными явленіями и ведетъ тоже къ омертвѣнію (*фагеденической шанкръ*).

Тутъ, повидимому, играетъ роль конституція больного и силы его природныя, унаслѣдованныя или пріобрѣтенныя нарушенія физиологическаго равновѣсія—алкоголизмъ, таларія, туберкулезъ, ожирѣніе и т. п. Не всѣ эти причины уловимы, конечно.

Что слѣдуетъ за твердымъ шанкромъ?

Въ исходѣ 5—6 недѣли послѣ появленія объективныхъ признаковъ первичнаго пораженія и 8—9 недѣль послѣ момента зараженія появляются признаки общаго пораженія организма—настоящій конституціональный сифилисъ, охватывающій и поражающій всѣ ткани и органы человѣка.

Вторая инкубація.

Промежутокъ времени между появленіемъ первичнаго пораженія и обнаруженіемъ общихъ признаковъ сифилитической инфекции тянется приблизительно 5—6 недѣль и называется второй инкубаціей.

Приведемъ примѣръ. Нѣкто имѣлъ половое сношеніе съ больнымъ субъектомъ 1-го Іюня и заразился въ тотъ же день, т. е. пришелъ въ соприкосновеніе съ отдѣляемымъ сифилитической язвы и имѣлъ въ то же время на соответствующемъ мѣстѣ нарушеніе цѣлости внѣшнихъ покрововъ. На томъ же мѣстѣ появится у него твердый шанкръ и безболѣзненный бубонъ между 18—22 Іюня.

Это и есть первая инкубація.

Затѣмъ въ продолженіи 5—6 недѣль это пораженіе останется единственнымъ видимымъ признакомъ болѣзни и только въ концѣ Іюля появятся признаки общей инфекции.

Этотъ срокъ и есть вторичная инкубація.

Какъ же распространяется сифились въ организмъ отъ твердаго шанкра? Какими путями и какими способами?

Какими путями распространяется сифились отъ первичнаго пораженія?

Въ связи съ этимъ стоитъ другой вопросъ: Какъ смотрѣть на первичное пораженіе? Какъ на заболѣваніе мѣстное? или какъ на мѣстное выраженіе общей инфекціи?

Сифились распространяется изъ первичнаго очага —отъ первичнаго склероза по лимфатическимъ путямъ.

По лимфатическимъ путямъ.

Сначала сифилитическій ядъ распространяется по лимфатическимъ тканевымъ щелямъ кожи или слизистой, и оттуда проникаетъ въ мелкіе лимфатическіе сосуды и ближайшіе лимфатическіе железы, и оттуда въ крупные лимфатическіе сосуды, въ плеяды другихъ железъ, въ ductus thoracicus—главный собирательный сосудъ лимфатической системы и отсюда въ свою очередь въ кровеносную систему, которая разноситъ инфекціонное начало по всему организму.

Доказательства этому слѣдующія.

1) Изучая микроскопическую анатомію твердаго шанкра на инъцированныхъ различными красящими веществами препаратахъ, что позволяетъ хорошо отличать сосуды кровеносные отъ лимфатическихъ, можно видѣть, что пораженны стѣнки сосудовъ по преимуществу лимфатическихъ и вокругъ нихъ и развита наиболѣе рѣзко мелкоклѣточная инфильтрація воспалительная.

По микроскопической картинѣ шанкра (Ehrmann).

2) Въ нѣсколькихъ случаяхъ посмертныхъ вскрытій сифилитиковъ, находившихся при жизни въ началѣ вторичнаго періода болѣзни, было установлено, что при половомъ зараженіи припухаютъ сначала железы паховые, потомъ *gl. iliacaе* и затѣмъ *gl. lumbalis*. Объ этомъ постепенномъ, наступательномъ ходѣ инфекціи можно судить потому, что величина всѣхъ этихъ железистыхъ группъ постепенно уменьшается по пути отъ шанкра къ ductus thoracicus, куда изливается вся лимфа вообще, собирающаяся въ организмъ и оттуда въ свою очередь поступаетъ въ общее кровообращеніе у мѣста слиянія венъ внутренней яремной и подключичной слѣва.

Анатомическія данныя аутопсий (Pournier)

3) Клиника намъ показываетъ, какъ припухаютъ сначала ближайшіе къ шанкру лимфатическія железы и иногда также и лимфатическіе сосуды и потомъ постепенно во время періода вторичной инкубаціи увеличиваются и остальные наиболѣе отдаленные железы и какъ это припуханіе предше-

Клиника учитъ тому же

ствуется по времени общему высыпанію и другимъ вторичнымъ явленіямъ сифилиса.

Все это говорить за то, что сифилитическій ядъ распространяется отъ мѣста первичнаго пораженія по всему организму при посредствѣ лимфатической системы.

Да и самая медленность распространенія яда по организму (около 5—6 недѣль послѣ появленія первичнаго шанкра) говорить за то, что тутъ идетъ распространеніе не по кровеносной системѣ или, по крайней мѣрѣ, не все время по ней.

За 5—6 недѣль, протекающихъ во время второй инкубациі, нѣтъ никакихъ другихъ явленій кромѣ шанкра и тѣмъ не менѣе необходимо смотрѣть на носителя такого склероза, какъ на индивидуума зараженнаго сифилисомъ конституціонально, т. е. какъ на имѣющаго его во всѣхъ своихъ тканяхъ.

Утверждать это можно, *во первыхъ*, потому, что, если вырѣзать это первичное пораженіе, то зараженіе сифилисомъ всего организма все таки произойдетъ и, *во вторыхъ*, потому еще, что, если существуетъ и развился шанкръ, то на носителя его нельзя уже вторично привить сифились и получить опять склерозъ. Если, значитъ, нельзя полнымъ удаленіемъ мѣстнаго очага освободить весь организмъ отъ угрожающей ему опасности—болѣзни, и если въ свою очередь организмъ въ то же время оказывается невосприимчивымъ къ введенію новаго запаса заразы и не реагируетъ на него такъ, какъ это дѣлаютъ ткани здороваго, то выводъ изъ всего этого можетъ быть одинъ: въ періодъ второй инкубациі, хотя въ это время, повидимому, наблюдается всего одинъ симптомъ сифилиса—мѣстный и строго ограниченный—склерозъ, тѣмъ не менѣе болень уже весь организмъ и первичное пораженіе есть не болѣе, какъ мѣстное выраженіе общаго діатеза.

Однако, несомнѣнно въ высшей степени заманчивая задача—удаленіемъ мѣстнаго пораженія предохранить организмъ отъ такого губительнаго діатеза—заставляетъ врачей постоянно возвращаться къ этой попыткѣ и въ послѣднее время (1903 г.) Max Joseph опубликовалъ цѣлый рядъ случаевъ, когда прижиганіемъ и выжиганіемъ горячимъ паромъ по способу *Holländer'a* ему удалось уничтожить несомнѣнные твердые шанкры и тѣмъ самымъ избавить носителей ихъ отъ сифилиса вообще, такъ какъ у такихъ больныхъ признаковъ его больше не наблюдалось.

Существуютъ ли сифилитическій ядъ по всему организму въ то время уже, когда мы имѣемъ на лицо только лишь твердый шанкръ?

ДА.
Основаніе для такого утверженія:

- 1) Нельзя удаленіемъ шанкра хирургическимъ путемъ предохранить себя отъ общаго конституціональнаго сифилиса.
- 2) Носителя шанкра нельзя его привить еще разъ.

Опыты съ удаленіемъ шанкра бывають удачны.
(Max Joseph).

Съ другой стороны существуютъ старые уже наблюденія *Pontoppidan* (1883), которому удалось привить на носитель твердаго шанкра другіе такіе же послѣдующіе шанкры, при чемъ вторичное зараженіе и прививка были сдѣланы *послѣ* появленія типичнаго перваго склероза и эти вторичныя шанкры развились еще *до* появленія общихъ конституціональныхъ явленій.

Приверженцы (и ихъ огромное большинство среди сифилитологовъ) взгляда, что носители шанкра уже тѣмъ самымъ суть конституціональные сифилитики и что они не воспримчивы къ новой заразѣ, отвергаютъ истинность этихъ наблюденій.

Они говорятъ, что шанкръ вырѣзанный и не сопровождавшійся общимъ зараженіемъ есть не болѣе, какъ простая язва или другое пораженіе не сифилитическаго характера, плохо распознанное. Удачныя прививки *Pontoppidan'a*, по ихъ мнѣнію, и развитіе вторичныхъ шанкровъ за 8 дней до появленія общихъ явленій, есть не болѣе и не менѣе, какъ тоже вторичныя, а не первичныя явленія, только преждевременно вызванныя мѣстнымъ раздраженіемъ въ мѣстѣ прививки сифилитическаго секрета.

И все-таки число такихъ фактовъ и наблюденій за послѣднее время увеличивается и теоретически можно допустить мысль, что, спустя нѣкоторое время послѣ проникновенія сифилитическаго яда въ организмъ, онъ остается у входнаго отверстія и затѣмъ только начинаетъ распространяться по всему организму. Если, значить, въ этотъ первый періодъ удалить весь мѣстный очагъ, то можно купировать самую болѣзнь.

Но практически вырѣзать или удалить такой очагъ, не имѣя никакого критерія, какъ далеко зашелъ уже по лимфатической системѣ ядъ, почти невозможно, потому что въ такихъ случаяхъ пришлось бы вырѣзать такъ же много, какъ и при операціяхъ удаленія рака и то безъ увѣренности въ успѣхъ.

ГЛАВА III.

Вторичныя явленія сифилиса.

Къ концу второй инкубаціи наступаетъ цѣлый рядъ явленій, которыя носятъ названіе предвѣстниковъ, продромальныхъ: больные чувствуютъ себя уставшими, разбитыми,

Опыты *Pontoppidan'a* съ привитіемъ твердаго шанкра на носитель первичныхъ явленій.

Критика этихъ фактовъ.

Теоретически можно допустить постепенное проникновеніе сифилиса въ организмъ и остановку сифилитическаго яда по этапамъ въ разныхъ тканяхъ.

Практически удаленіе твердаго шанкра не удается.

Продромальныя явленія.

ихъ немного лихорадить и t° порой доходить до 38°; они ощущаютъ боль въ грудной стѣнкѣ, особенно въ груди.

Анализъ крови, произведенный въ это время, показываетъ начинающееся уменьшеніе гемоглобина и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и легкое увеличеніе бѣлыхъ.

Къ этому времени замѣчается общее увеличеніе лимфатическихъ железъ, которыя легко прощупываются въ областяхъ паховой, локтевой, подмышечной, задне—и передне-шейной, подчелюстной и на сосцевидномъ отросткѣ височныхъ костей. Онѣ бывають многочисленны, плотны, не сросшены съ кожей, не болятъ и не имѣють склонности къ распаду и къ воспаленію.

Есть данныя, говоряція за то, что и внутреннія лимфатическія железы точно также увеличиваются и припухаютъ.

Къ этому же времени обнаруживаются и многочисленные высыпанія на кожѣ и слизистыхъ по характеру своему очень разнообразныя.

По формѣ своей высыпанія на кожѣ бывають очень различны. Тутъ замѣчаются 1) *пятна* — по формѣ рѣзко очерченныя, круглыя измѣненія въ цвѣтѣ кожи, представляющей различныхъ оттѣнковъ—розовой и красной, безъ всякаго рельефа и возвышенія, такъ что палецъ проведенный здѣсь безъ помощи глаза ничего не можетъ отличить ненормальнаго. Величина ихъ равна 5 коп. серебряной монетѣ и больше, и меньше.

Пятна эти называются по латыни *maculae*, а большое скопленіе ихъ носитъ названіе—*Roseola*.

Затѣмъ наблюдаются 2) *узелки*—плотныя, коническія или закругленныя возвышенія величиной въ просяное зерно и до чечевицы, и даже больше.

Цвѣтъ ихъ тоже бываетъ розово-красный со всѣми его не рѣзкими оттѣнками. На вершинѣ ихъ сидятъ или *чешуйки* т. е. скопленія неравномѣрно, неправильно и усиленно отшелушивающихся поверхностныхъ слоевъ роговаго слоя, или же *корки* т. е. свернувшееся и высохшее отдѣляемое язвенныхъ или мокнущихъ поверхностей.

Узелки эти называются также *папулами*.

Иногда весь сыпной элементъ представляетъ изъ себя одно сплошное нагноеніе. — Мы имѣемъ предъ собою 3) *пустулу*. Въ зависимости отъ того, какъ глубоко этотъ гнойный распадъ проникаетъ въ кожу и поражаетъ кромѣ ея эпителиальныхъ покрововъ еще и соединительнотканная слою

Увеличеніе лимфатическихъ железъ вообще,

поверхностныхъ и

подостныхъ.

Высыпи на кожѣ и слизистыхъ.

Высыпанія на кожѣ:

Пятна.

Roseola.

Папулы, узелки.

Чешуйки — Squamae.

Корки — Crustae.

Пустулы.

Impetigo.

ея, и различаются гнойнички, получающія при этомъ различныя названія—какъ-то: *impetigo*—нагноеніе поверхностное, *ecthyma*—(эктима)—поглубже и оставляющее послѣ себя при заживленіи рубецъ, и, наконецъ, *rupia*—очень глубокое изъязвленіе, быстро образующееся, при чемъ секретъ его высыхаетъ такъ скоро, что формируется своеобразная корочка въ видѣ заостреннаго и большого конуса.

Ecthyma.

Rupia.

Иногда очень рѣдко правда, и чаще при сифилисѣ наследственномъ, образуются 4) *пузыри*, т. е. большія вздутія поверхностныхъ эпителиальныхъ слоевъ кожи, хорошо натянутыя и просвѣчивающія, наполненныя сывороточной пропотѣвшей жидкостью, мутной и иногда слегка гноевидной.

Пузыри —
Pemphigus.

Сами по себѣ всѣ эти формы кожныхъ высыпей — пятна, папулы, пустулы и пузыри—встрѣчаются и при различныхъ другихъ заболѣваніяхъ кожи и составляютъ лишь обычную реакцію ея болѣзненную, выражаютъ одно то, что органъ этотъ боленъ. Это такъ сказать патологической алфавитъ внѣшняго покрова, элементы котораго взятые въ отдѣльности составляютъ симптомы слишкомъ общія, чтобы по нимъ судить о характерѣ болѣзни, но соединенныя вмѣстѣ въ извѣстномъ сочетаніи они даютъ отдѣльные болѣзненные типы.

Сочетаніе и особенности всѣхъ этихъ кожныхъ элементовъ.

Рядъ признаковъ и свойствъ—извѣстныя особенности высыпныхъ элементовъ сифилитическаго происхожденія придаютъ имъ отличительную специфическую характерность.

Что характерно для сифилитической сыпи?

Цвѣтъ сифилитической сыпи никогда не бываетъ яркимъ и не имѣетъ рѣзко воспалительнаго характера. Это тоны красные, отцвѣтающіе, увядающіе, полинявшіе, сравниваемая съ видомъ и колоритомъ ветчины или оттънкомъ красной мѣди.

Цвѣтъ высыпныхъ элементовъ.

Сифилитическая сыпь морфологически, т. е. по формѣ, по составу своему чаще всего не бываетъ однородной, но состоитъ обычно изъ сочетанія различныхъ высыпныхъ элементовъ — пятень, узелковъ, гнойничковъ — между собой.

Полиморфизмъ сыпи.

Сыпь эта представляется не сплошь покрывающей всю кожу или отдѣльные ея участки, а разсѣянной и разлитой, по крайней мѣрѣ, въ этомъ раннемъ періодѣ болѣзни. Элементы сыпи разбросаны промежъ здоровой по виду и цвѣту кожи и занимаютъ по преимуществу боковыя части живота и груди, а также разгибательныя поверхности плеча и предплечія.

Локализація ея.

Это сыпь разсѣянная и разлитая.

Она помѣщается на боковыхъ частяхъ живота, груди и разгибахъ рукъ.

Рѣже располагается она на ногахъ, спинѣ, лицѣ и затылкѣ.

отсутствіе зуда

Сифилитическая сыпь, какъ правило, не зудитъ, хотя, конечно, бываютъ и тутъ рѣдкія исключенія (у алкоголиковъ, людей нервныхъ) и это служитъ важнымъ отличительнымъ признакомъ ея отъ большинства другихъ поражений кожи зудящихъ и не сифилитическихъ.

Совокупность всѣхъ этихъ признаковъ придаетъ кож-ной сифилитической сыпи характерный отпечатокъ.

Развитіе и те-
ченіе сифили-
тическихъ
высыпаній.

Развивается она впродолженіи нѣсколькихъ дней, много недѣли—двухъ, и затѣмъ, предоставленная сама себѣ, нѣ-которое время еще увеличивается и усиливается, т. е. пятна расширяются, папулы растутъ вширь и вверхъ, яз-венно распадаются, гнойнички углубляются и покрываются толстыми корками.

Широкія мокну-
щія кондиломы,
Condylomata
lata

Тамъ, гдѣ въ складкахъ кожи—въ пахахъ, подъ мыш-ками, промежъ пальцевъ ногъ, существуютъ благопріятныя условія для прѣнія и соприкасающіеся ороговѣлыя слои кожи размягчаются, тамъ элементы сифилитической вы-сыпи, лишенные этого защитительнаго покрова, начинаютъ мокнуть и разрастаются въ плоскія бородавчатая обра-зованія съ красной, сосочковидной поверхностью, покрытой вязкимъ, зловоннымъ, сѣрымъ отдѣляемымъ.

Слизистая пол-
ости рта

Это есть, такъ называемая, *слизистыя папулы, слизи-стыя бляшки, широкія мокнущія кондиломы*,—въ высо-кой степени ядовитое и заразительное проявленіе сифилиса.

Слизистая по-
лости рта есть
та же кожа
безъ ея процес-
совъ ороговѣнія

Слизистая полости рта гистологически своимъ плос-кимъ эпителиемъ и его группировкой очень напоминаетъ строеніе кожи и составляетъ эмбриологически, повидимому, лишь ея придатокъ, и отличается отъ кожи только отсут-ствиемъ рогового слоя и связаннаго съ нимъ образованія элеидина и керато-гіалина, что придаетъ кожѣ ея проч-ность, непроницаемость и сухость. Вслѣдствіи этого тамъ, гдѣ на кожѣ этотъ послѣдній слой измѣненъ—именно въ вышеупо-мянутыхъ складкахъ—обстоятельства создаютъ, собственно говоря, подобіе слизистой оболочки и потому то, что мы видимъ въ прѣющихъ складкахъ кожи, т. е. *слизистыя бляшки*, можно наблюдать тоже и въ полости рта И, вообще, особенности строенія внѣшнихъ покрововъ измѣняютъ и самый видъ высыпаній. Тамъ, гдѣ кожа очень плотна и рого-вой слой очень великъ, напримѣръ, на подошвахъ и ладоняхъ, сифилитическія папулы имѣютъ видъ своеобразный: онѣ очень мало рельефны и представляются плотными узелками вдав-

Слизистыя
бляшки кожи
подобны сли-
зистымъ папу-
ламъ въ
полости рта.

ленными въ кожу, какъ бы вкраплены въ ней; съ поверхности онѣ блѣдны, просвѣчиваютъ и не красны; при этомъ наблюдается шелушеніе ихъ и образованіе бѣловато—грязныхъ чешуекъ. По этому послѣднему симптому и называются эти образованія—*Psoriasis plantaris et palmaris**).

Psoriasis plantaris et palmaris syphilitica.

Въ полости рта бываютъ также и пятнистыя высыпи, но благодаря розовой окраскѣ нормальной слизистой ихъ тутъ не такъ ясно можно разсмотрѣть и только качественные оттѣнки красноты и рѣзкіе контуры пятенъ облегчаютъ здѣсь распознаваніе.

Высыпанія слизистой рта. Erythema Maculae mucosae oris.

Папулы же—узелки сифилитическіе, расположенныя во рту, по своей поверхности покрываются не чешуйками, потому что ороговѣнія здѣсь нѣтъ и не корочками, потому что ихъ сухой остовъ размывается слюной, а только грязно бѣлой, толстой, плотной пленкой, состоящей изъ отторгшагося эпителия, лейкоцитовъ и пропотѣвшаго и свернувагося кровяного и лимфатическаго эксудата.

Слизистыя папулы полости рта.

Разростанія этихъ папулъ, *plaques muqueuses* французовъ, и даютъ тѣ слизистыя бляшки—съ ихъ разбухшимъ и бородавчатымъ видомъ, которыя мы встрѣчаемъ на кожѣ тамъ, гдѣ въ складкахъ ея создаются для этого благопріятныя условія—теплота и влажность.

Ихъ изъязвленіе, нагноеніе и распадъ создаютъ большое количество разновидностей сифилитической сыпи во рту.

Высыпанія сифилитическія кожныя бываютъ одновременны со слизистыми или же могутъ развиваться разновременны, при чемъ по замѣчанію нѣкоторыхъ клиницистовъ (*Al. Renault*) существуетъ извѣстный антагонизмъ между пораженіями кожи и слизистой полости рта, т. е. есть больные, у которыхъ почти все время болѣзнь поражаетъ кожу, у другихъ главнымъ образомъ отъ сифилиса страдаютъ слизистыя.

Совпаденіе кожныхъ высыпей съ развитіемъ такихъ же явленій въ полости рта и другими симптомами сифилиса.

Такъ называемыя придатки кожи—волосы и ногти—тоже поражаются сифилисомъ.

Пораженія придатковъ кожи.

Волосы тускнѣютъ, теряютъ свой блескъ и выпадаютъ, иногда до полнаго облысѣнія, при чемъ характерно

Волосъ

*) *Psora* значитъ по гречески *чешуя* и этимъ же терминомъ съ присоединеніемъ характеристики—*vulgaris* (*Psoriasis vulgaris*) зовется распространенная кожная болѣзнь не имѣющая ничего общаго съ сифилисомъ, при которой образуются обильныя чешуйки на красномъ плотномъ основаніи; однако расположеніе ихъ на подошвахъ и ладоняхъ при кожной болѣзни *Psoriasis vulgaris* бываетъ исключительно рѣдко и этимъ *Psoriasis palmaris et plantaris*, какъ симптомъ сифилиса, и отличается отъ *Psoriasis vulgaris*, какъ самостоятельной кожной болѣзни.

здѣсь выпаданіе равномерное, разлитое, не рѣзко очерченными участками, при чемъ получается впечатлѣніе порѣдѣвшаго лѣса съ вырубленными опушками и лужайками.

Выпаденіе это неокончательное и при надлежащемъ лѣченіи волосы могутъ вновь вырасти вполне и безъ изъяна.

Ногтей. Сифились поражаетъ ногтевое ложе и кожу возлѣ ногтя, при чемъ ноготь сходитъ и вырастаетъ потомъ не скоро или неправильно; часто здѣсь бываетъ довольно значительное нагноеніе. Но весь процессъ тянется подостро безъ рѣзкихъ воспалительныхъ явленій, свойственныхъ здѣсь неспецифическимъ гнойнымъ абсцессамъ, называемымъ *Panaritium*.

Въ противоположность тому, что думали нѣсколько десятковъ лѣтъ назадъ (Ricord), сифились въ раннихъ періодахъ своего развитія поражаетъ не только наружныя ткани, не только, такъ сказать, скользитъ по поверхности, но въ это время заболѣваютъ и внутренніе органы.

Заболѣваніе внутреннихъ органовъ.

Въ нашемъ тѣлѣ нѣтъ ткани, нѣтъ органа, который не могъ бы поразиться въ это время сифилисомъ, кромѣ развѣ легкихъ и кишекъ

Печень.

Тутъ можно наблюдать заболѣваніе печени (сифилитическая желтуха)—гипертрофію, гиперемію и иногда (правда очень рѣдко) даже острую желтую атрофію ея. Селезенка почти всегда увеличена.

Сердце.

Сердце, судя по расширенію границъ и учащенному пульсу, тоже бываетъ затронуто сифилитической инфекціей.

Щитовидная железа тоже можетъ припухать и это сопровождается также учащеннымъ сердцебіеніемъ.

Ларингиты упорные.

Бывающіе въ это время очень упорныя высыпи въ дыхательномъ горлѣ вызываютъ сильную осиплость, продолжающуюся особенно у курящихъ очень долго.

Кости.

Иногда поражаются также мышцы, суставы и кости, при чемъ развиваются, напр., такъ называемые вторичные сифилитическіе періоститы - боли и припуханіе tibia, реберъ или костей черепа.

Нервная система.

Не мало страдаетъ и нервная система — тутъ часто замѣчается усталость, упадокъ силъ, бессонница, головныя боли, повышеніе рефлексовъ и, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, въ этомъ періодѣ развитія сифилиса цереброспинальная жидкость (омывающая спинной и головной мозгъ) оказывается по составу своему ненормальной: здѣсь наблюдается лейкоцитозъ, т. е. присутствіе большаго и излишняго количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

Кромѣ того, въ то же время, какъ показали наблюденія клиницистовъ, могутъ развиваться пораженія болѣе серьезныя и заболѣваетъ органически центральная или периферическая нервная система. Тутъ бываютъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, кровоизліянія въ мозгъ, воспаленія периферическихъ нервовъ, сдавленныхъ специфическимъ припуханіемъ сосѣдней надкостницы.

Все это вызываетъ парезы, параличи, расстройства чувствительности, непорядки въ отправленіи тазовыхъ органовъ и т. д. и т. д.

Органы чувствъ тоже не остаются всегда пощажеными. Нерѣдко можно въ это время видѣть сифилитическое воспаленіе радужной оболочки глаза—специфическіе *ириты*. Внутреннее ухо и его координирующій аппаратъ—лабиринтъ и полукружные каналы, регуляторы нашего равновѣсія—могутъ тоже быть поражены сифилисомъ, правда очень рѣдко, что вызываетъ глухоту и рядъ другихъ болѣзненныхъ расстройствъ.

Всѣ эти пораженія, при изученіи ихъ подъ микроскопомъ, даютъ, какъ и первичныя явленія сифилиса, одну и ту же картину—мелко-клѣточную воспалительную инфильтрацію, локализирующуюся съ особенной охотой у кровеносныхъ сосудовъ и кромѣ того перерожденіе самой сосудистой стѣнки—исчезновеніе ея эластическихъ волоконъ, клѣточное разрастаніе въ толщѣ ея и суженіе просвѣта.

Признаки эти очень постоянны, и для сифилиса характерны.

По нимъ можно часто распознать натуру болѣзни.

Поэтому сифились по справедливости можно назвать ядомъ избирательнымъ, поражающимъ элективно сосудистую систему и ведущимъ къ ея перерожденію.

Гдѣ бы ни располагалось сифилитическое пораженіе, какую бы форму оно ни принимало, всегда въ основѣ его лежитъ подострый воспалительный процессъ, поражающій преимущественно кровеносные и лимфатическіе сосуды.

Всѣ перечисленные симптомы и проявленія болѣзни встрѣчаются, конечно, съ болѣе или меньшей частотой у различныхъ больныхъ, но было-бы ошибкой предположить, что *всѣ* эти симптомы обязательно должны проявиться у *каждаго* больного.

Къ счастью этого нѣтъ и только небольшая, ничтожная часть изъ перечисленныхъ симптомовъ проявляется въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

Органы чувствъ.

Анатомическій субстратъ болѣзни и этихъ формъ сифилиса.

Сифились есть болѣзнь сосудистой системы.

Общее теченіе сифилиса въ раннихъ періодахъ его конституціональнаго проявленія.

Обязательно припуханіе большинства лимфатическихъ железъ. Чаще всего, почти неизбѣжно бываетъ кожная сыпь и именно roseola, поражаются слизистыя, увеличивается селезенка, выпадаютъ волосы; рѣже заболѣваютъ ногти, измѣняется сердце, надкостница, печень и нервная система.

Какъ долго тянутся эти пораженія, какъ чередуются онѣ и каковы ихъ исходы?

Въ свою очередь всѣ эти явленія могутъ наблюдаться у отдѣльныхъ больныхъ не сразу, но въ сроки разные въ продолженіи извѣстнаго времени.

Обычное, схематическое теченіе болѣзни таково: наступаетъ при окончаніи вторичной инкубаціи періодъ явленій продромальныхъ — усталость, легкая утомляемость, небольшія повышенія температуры, боль въ костяхъ, особенно въ ребрахъ и грудинѣ; потомъ краснота зѣва и roseola по тѣлу; объемъ селезенки слегка увеличенъ; къ этому могутъ присоединиться и слизистыя бляшки въ полости рта и разнообразныя высыпи по тѣлу; проходитъ извѣстный промежутокъ времени (недѣля, иногда двѣ) и подѣ влияніемъ лѣченія или даже безъ него (тогда позднѣе) всѣ явленія исчезаютъ и затѣмъ вновь появляются черезъ нѣкоторое время или въ томъ же видѣ, или же ядъ сифилитическій локализуется и проявляется въ другомъ мѣстѣ — въ видѣ напр., воспаленія радужной оболочки глазъ или воспаленія придатка и яичка или пораженіемъ еще какого-либо другого органа.

Опять проходитъ нѣкоторое время и эти явленія также исчезаютъ, чаще отъ лѣченія, а безъ него они упорно могутъ держаться недѣлями или даже мѣсяцами и симптомы всѣ при этомъ даже прогрессируютъ. Но и они тоже въ концѣ-концовъ поддаются обратному развитію, не оставляя послѣ себя замѣтнаго слѣда, если только сифилисомъ не затронуты клѣтки органовъ высоко дифференцированныхъ, которые будучи разъ выведены изъ своего физиологическаго равновѣсія, къ нормѣ возвращаются очень рѣдко, а чаще погибаютъ и на ихъ мѣстѣ появляется соединительная ткань, рубецъ.

Затѣмъ, въ сроки неопредѣленные (недѣли, мѣсяцы, иногда больше) могутъ возобновляться и повторяться тѣ или другія изъ описанныхъ явленій, но въ общемъ всѣ эти симптоматическія проявленія тянутся дольше и показываются особенно часто, съ особеннымъ изобиліемъ сейчасъ или вскорѣ послѣ зараженія, и именно, въ первые 2 — 3 года послѣ него. Они могутъ, конечно, обнаружи-

ваться и позднѣе, иногда черезъ десятки лѣтъ послѣ проникновенія инфекціи въ организмъ. Былъ описанъ даже случай, когда это наблюдалось черезъ 28 лѣтъ послѣ зараженія, но все таки, какъ обычную приблизительную норму для проявленія этого рода симптомовъ можно считать первые годы послѣ начала инфекціи.

Съ теченіемъ времени, правда, характеръ проявленій болѣзни нѣсколько измѣняется: нѣтъ тенденціи у сыпи разбрасываться по большимъ поверхностямъ, не бываетъ она сильно разсѣянной, а чаще въ это время наблюдается рядъ ограниченныхъ и сгруппированныхъ высыпныхъ элементовъ. Нѣтъ первоначальнаго изобилія симптомовъ, которые бы указывали на множественное пораженіе разнообразныхъ тканей; напротивъ, сифилисъ какъ бы выбираетъ свои излюбленные уголки и поражетъ ихъ по преимуществу, возвращаясь и рецидивируя все на одномъ и томъ же мѣстѣ. Это послѣднее, впрочемъ и понятно: несмотря на кажущееся клиническое исчезновеніе, болѣзнь и ее субстратъ (воспалительная инфильтрація и измѣненіе сосудовъ) остаются еще долгое время неизмѣненными, какъ показываетъ микроскопическое изслѣдованіе кожи и другихъ органовъ, повидимому свободныхъ отъ бывшихъ здѣсь симптомовъ сифилиса. Поэтому возвратъ болѣзни въ сущности есть не болѣе, какъ обострѣніе, воспламенѣніе стараго, тлѣющаго только очага инфекціи.

Наконецъ, приходитъ время (и въ среднемъ это третій или четвертый годъ болѣзни), когда и эти симптомы становятся все рѣже, малочисленнѣе, мимолетнѣе, а потомъ и совсѣмъ исчезаютъ.

Проходятъ мѣсяцы и годы, и больной не чувствуетъ въ себѣ присутствія болѣзни, и самый тщательный осмотръ и изслѣдованіе врачебное не могутъ открыть слѣдовъ бывшаго и признаковъ настоящаго, еще существующаго недуга.

Для большинства больныхъ, заразившихся когда либо сифилисомъ, этимъ онъ и кончается и всю остальную жизнь имъ съ этой болѣзью и не приходится больше считаться.

Эти же многообразныя явленія, о которыхъ мы все это время говорили и которыя развиваются въ видѣ общей инфекціи послѣ локализованнаго и мѣстнаго проявленія первичнаго зараженія, *обязательны* и не могутъ не быть у тѣхъ, кто заразился сифилисомъ.

Первичное пораженіе, не сопровождающееся общими

Измѣненіе первоначальнаго характера общихъ проявленій сифилиса.

Причины мѣстныхъ рецидивовъ.

Кажущееся исчезновеніе болѣзни.

Болѣзнь повидимому прекращаетъ свое существованіе.

Обязательность общихъ явленій при зараженіи сифилисомъ.

конституціональними явленіями, по господствующему взгляду въ наукѣ, не есть сифились и только нѣкоторые склонны видѣть въ такомъ пораженіи купированную, абортивную форму болѣзни; большинство же думаетъ, что въ такихъ случаяхъ или происходитъ ошибка въ діагностикѣ и за твердый шанкръ принимаются пораженія ничего съ сифилисомъ общаго не имѣющіе, или же, если это дѣйствительно склерозъ, то отсутствіе послѣдующихъ явленій объясняется только тѣмъ, что онѣ были больнымъ просмотрѣны, не замѣчены. Это, впрочемъ, и не удивительно, потому что болѣзнь въ этомъ періодѣ мало беспокоитъ больныхъ, они или совсѣмъ, или только немного себя чувствуютъ нездоровыми; сыпь не чешется, и при слабой заботливости и вниманіи къ себѣ и своему тѣлу, особенно людей неинтеллигентныхъ, можетъ быть легко просмотрѣна.

И вся эта разнообразная гамма симптомовъ можетъ быть также не замѣчена или сочтена за „ничто“, за „пустяки“.

Всѣ эти общіе симптомы сифилиса обладаютъ несомнѣнно цѣлымъ рядомъ общихъ чертъ и свойствъ. 1) Во все это время болѣзнь проявляется множествомъ симптомовъ, обнаруживающихся во многихъ тканяхъ и органахъ сразу (поражая кожу и слизистыя преимущественно, но кромѣ того надкостницу, сердце, нервную систему (головныя боли, расстройства общаго sensorium, t^o). 2) Въ свою очередь пораженіе органовъ при этомъ бываетъ разлитое и разсѣянное, охватывающее ихъ цѣликомъ даже — сыпь, напрымѣръ, по всему тѣлу. 3) Но вмѣстѣ съ тѣмъ воспалительныя инфильтраціи тутъ всѣ склонны къ разрѣшенію и исчезаютъ, оставляя ткани въ цѣлости, не нарушая ихъ равновѣсія кромѣ органовъ высшаго порядка или очень неустойчивыхъ (напр., ухо и его лабиринтъ относятся къ такимъ органамъ. Здѣсь достаточно нѣсколькихъ дней локалізаціи сифилитической инфекціи, чтобы высоко организованная слуховая нервная система и его клѣтки въ улиткѣ погибли безвозвратно и причинили этимъ неизлѣчимую глухоту). 4) Всѣ проявленія сифилиса въ это время обладаютъ общимъ свойствомъ заразительности. 5) Наклонны къ рецидивамъ и, кромѣ того, 6) Характерна тутъ еще способность болѣзни передаваться по наслѣдству.

Если прибавить къ этому еще чрезвычайно характерную реакцію фармакологическую — магическое дѣйствіе на всѣ эти проявленія ртути, то надо сознаться, что всѣ эти

Можно принять какое-либо пораженіе не сифилитическое за твердый шанкръ.

Больной можетъ просмотрѣть появленіе общихъ симптомовъ сифилиса.

Характеристика общихъ свойствъ сифилиса въ этотъ первоначальный конституюциональный періодъ его:

- 1) Пораженіе многихъ тканей сразу.
- 2) Захватъ ихъ цѣликомъ, разлитой.
- 3) Способность полного выздоровленія пораженныхъ тканей.
- 4) Заразительность.
- 5) Наклонность къ частнымъ рецидивамъ.
- 6) Передача болѣзни по наслѣдству.

7) Благоприятное дѣйствіе Hg.

свойства и явленія при всевозможныхъ индивидуальныхъ колебаніяхъ въ зависимости отъ наслѣдственности, почвы и условій жизни, все-таки очень характерны, носятъ особый отпечатокъ и потому издавна сифилитологи выдѣляли всю эту группу явленій въ особую категорію, и давали ей различныя наименованія.

Ricord назвалъ весь этотъ періодъ эволюціи сифилиса *вторичнымъ*, отгѣняя хронологическую постепенность явленій, и отношеніе его и отличіе отъ твердаго шанкра, *первичнаго* пораженія, которое *первымъ* начинаетъ болѣзнь и длинную серію его симптомовъ.

Другіе по наклонности къ образованію мокнущихъ, разрастающихся и часто гипертрофическихъ папулъ называли эти явленія сифилиса и время ихъ проявленія *кондилломатознымъ* періодомъ болѣзни (*H. v. Zeissl*), связывая съ этимъ понятіемъ и патолого-анатомическое представленіе о болѣзненныхъ продуктахъ поддающихся обратному развитію.

Наконецъ, въ послѣднее время, принимая во вниманіе клиническое разнообразіе въ теченіи сифилиса и своеобразныя скачки и неправильности въ его развитіи, многіе отказываются признать, что всѣ перечисленныя свойства болѣзни присущи ей именно въ началѣ общей инфекціи. И поэтому, не предрѣшая своей классификаціей ничего, и подраздѣленію своему не придавая никакой типичности, они называютъ свѣжими, ранними явленіями сифилиса все то, что болѣзнь причиняетъ больному въ первое время послѣ зараженія, и поздними все то, что развивается потомъ.

Какъ бы то ни было, не забывая о томъ, что всякая классификація въ патологіи есть лишь несовершенная попытка синтеза природы, тѣмъ не менѣе дѣленіе сифилиса на періоды первичный, вторичный и, какъ увидимъ дальше, третичный въ общихъ чертахъ все-таки соотвѣтствуетъ истинному положенію вещей, облегчаетъ пониманіе явленій и выясняетъ ихъ взаимное соотношеніе.

И такъ, повторяя и резюмируя, скажемъ еще разъ— вторичнымъ сифилисомъ обозначаются тѣ проявленія болѣзни, которыя возникаютъ непосредственно вслѣдъ за окончаніемъ второго инкубационнаго періода, тянутся нѣсколько лѣтъ, чаще 2—3 года, рѣже—больше и еще рѣже—десятки лѣтъ; при этомъ разнообразно и избыточно поражается множество тканей и соковъ организма; характеръ

Издавна эти характерныя и общія свойства объединялись наблюдателями и считались ими за типичную фазу развитія сифилиса.

Ricord назвалъ сифились этой эпохи и этихъ формъ—вторичнымъ періодомъ болѣзни.

Кондилломатозный періодъ.

Новая, болѣе разслѣдчатая классификація: —сифились ранняго періода развитія болѣзни и сифились поздній (*Spät Syphilis*).

Практическое удобство схематизаціи явленій сифилиса—для болѣе легкаго ихъ пониманія

Краткая схема опредѣленія сущности вторичнаго періода болѣзни.

заболѣваній тутъ разсѣянный и разлитой (при чемъ болѣютъ все-таки преимущественно, но далеко не исключительно, какъ думалъ въ свое время *Ricord*, кожа и видимая слизистая) и не ведетъ къ разрушенію пораженныхъ органовъ и ихъ клѣтокъ (кромѣ неустойчивыхъ и высокоорганизованныхъ); вторичныя явленія сифилиса очень склонны къ рецидивамъ, очень заразительны и въ это же время больной организмъ обладаетъ особенной способностью передавать свой недугъ по наслѣдству. Сифилисъ въ это время реагируетъ благотворно на ртусть.

Факторы борьбы съ сифилисомъ.

На сокращеніе этого періода — исчезновеніе склонности къ отдѣльнымъ взрывамъ, уменьшеніе общей продолжительности теченія болѣзни и на самое теченіе ея вліяютъ очень сильно два фактора — индивидуальность больныхъ и хорошо проведенное ртутное лѣченіе.

Индивидуальность больныхъ.

Въ индивидуальности больного — въ его наслѣдственности, конституціи, привычкахъ, образѣ жизни и т. д. — можно видѣть иногда причину той или другой локализаци болѣзни, развитія того или другого симптома сифилиса. Такъ, у сильныхъ и неумѣренныхъ курильщиковъ охотно развиваются сифилиды (т. е. проявленія болѣзни на внѣшнихъ покровахъ) во рту. У людей грязныхъ и неряшливыхъ, не заботящихся о чистотѣ своего тѣла, возникаютъ мокнушія папулы въ складкахъ кожи. У женщинъ страдающихъ развѣдающимъ влагалищнымъ выдѣленіемъ — бѣлями — можно чаще наблюдать пораженія тѣми же слизистыми, мокнущими папулами половой складки. У алкоголиковъ и людей умственно переутомленныхъ нужно опасаться заболѣванія сифилисомъ нервной системы.

Но, къ сожалѣнію, наши распознавательныя и развѣдочныя средства, которыми мы въ состояніи опредѣлять физиологическую силу того или другого органа и ея предѣлы, такъ несовершенны, что намъ не удастся въ огромномъ большинствѣ случаевъ предсказать тотъ или другой поворотъ, то или другое теченіе, которое можетъ принять сифилисъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. И потому приходится довольствоваться запоздалыми разъясненіями и толкованіями *post factum* — т. е. послѣ того, какъ сифилисъ причинитъ больному тотъ или другой вредъ и проявится особенно прихотливо и своеобразно, неожиданно поразивъ какую-нибудь ткань, мы подыскиваемъ этому подходящее объясненіе.

ГЛАВА IV.

Третичный періодъ сифилиса.

Явленія сифилиса, къ описанію которыхъ мы переходимъ, носятъ названія *третичныхъ* (*Ricord*), такъ какъ въ хронологической послѣдовательности онѣ обыкновенно развиваются позже первичныхъ и вторичныхъ. Онѣ же извѣстны подъ именемъ *гуммозныхъ* симптомовъ сифилиса, благодаря главному характеризующему ихъ элементу пораженія — распадающейся сифилитической инфильтраціи — *гуммъ*. Наконецъ, по новѣйшей болѣе общей номенклатурѣ, всѣ явленія, развивающіеся въ періодъ поздній и далекій отъ начала инфекціи, обозначаются какъ сифились *поздній*.

Первичный и вторичный сифились и образующій ихъ рядъ симптомовъ неизбѣжны, и составляютъ самую сущность и естество болѣзни, безъ которыхъ и самая болѣзнь не мыслима. Въдѣ случаи *Syphilis d'emblée*, т. е. развитіе общаго конституціональнаго сифилиса безъ твердаго шанкра или же *купированнаго сифилиса*, т. е. твердаго шанкра безъ вторичныхъ явленій—суть не болѣе, какъ результатъ неточныхъ наблюденій.

Не то третичный сифились—это есть явленіе далеко не обязательное и, напротивъ, у людей, перенесшихъ сифились вообще, чаще онѣ не бываетъ, чѣмъ бываетъ.

Многочисленныя статистики показываютъ что большинство индивидуумовъ, перенесшихъ сифились и продѣлавшихъ послѣ первичнаго пораженія общія явленія вторичнаго періода, далѣе болѣзнью не поражаются и послѣдняя какъ бы навсегда покидаетъ организмъ.

Чаще всего третичныя явленія сифилиса обнаруживаются на третьемъ, четвертомъ году заболѣванія и затѣмъ съ годами возможность проявленія третичныхъ явленій медленно падаетъ, хотя никогда не исчезаетъ совершенно, такъ какъ были описаны случаи въ русской (*Сперанскій*) и другихъ (*Fournier*) литературахъ, когда болѣзнь показывалась черезъ 40 и болѣе лѣтъ послѣ зараженія.

Какъ это доказали клиническіе и статистическіе матеріалы сифилидологовъ—клиницистовъ, одна изъ главныхъ причинъ появленія третичнаго сифилиса—это отсутствіе лѣченія или недостаточное введеніе ртути въ организмъ въ первые годы послѣ зараженія.

Существуетъ, конечно, много другихъ факторовъ, которые

Третичный періодъ сифилиса.

Онѣ же гуммозный

или поздній.

Условность и необязательность этого періода болѣзни

Время его появленія.

Причины возникновенія третичаризма: отсутствіе лѣченія.

Другія причины.

влекутъ за собой возникновеніе рецидивовъ, возвратъ болѣзни; среди наиболѣе уловимыхъ слѣдуетъ упомянуть *алкоголизмъ, малярииную инфекцію, нервное переутомленіе* (удовольствіями и трудомъ), *травмы* и много другихъ, ускользящихъ отъ наблюденія и составляющихъ сущность того секрета, который мы зовемъ индивидуальностью.

Схематическая характеристика третичнаго періода и ея главнаго элемента — гуммы.

Чтобы не быть отвлеченнымъ, дадимъ конкретный примѣръ проявленія третичнаго сифилиса въ организмъ и возьмемъ для этого кожу.

На извѣстномъ ограниченномъ участкѣ внѣшняго покрова образуется небольшая опухоль, достигающая размѣровъ вишни, сливы или орѣха. Кожа тутъ сначала остается нормальной по окраскѣ, затѣмъ слегка краснѣетъ и постепенно становится темно-красной. Если опухоль расположена глубоко въ клѣтчаткѣ, то въ началѣ кожа надъ ней подвижна; если локализациа ея болѣе поверхностна, то нѣтъ.

Впослѣдствіи и болѣе глубокая опухоль срастается съ кожей, она напрягается, натягивается, начинаетъ лосниться и, наконецъ, въ центрѣ ея чувствуется зыбленіе. Въ это время контуры опухоли можно ясно прощупать и она представляется довольно хорошо ограниченной отъ окружающихъ тканей. Цвѣтъ кожи по прежнему темно-синеватый, безъ рѣзкой воспалительной красноты, довольно точно ограничивается предѣлами опухоли и почти не распространяется по периферіи.

Происхожденіе слова — гумма.

Наконецъ, наступаетъ самопроизвольное вскрытіе и черезъ образовавшееся отверстіе вытекаетъ желто-красная тягучая, мутная жидкость, напоминающая выдѣленіе клейкаго сока „слезающихся“ деревьевъ по этому сходству и получившая названіе „*gumma*“.

Макроскопически выдѣленіе это не похоже на гной и микроскопически оно состоитъ изъ обломковъ тканевыхъ клѣтокъ или даже сохранившихся цѣликомъ, но омертвѣлыхъ. Эксудативная жидкость эта почти не содержитъ лейкоцитовъ и особенно полинуклеаровъ, между тѣмъ, какъ извѣстно, эти послѣдніе элементы и составляютъ существенную принадлежность того, что мы по современнымъ понятіямъ зовемъ гноемъ и *потому — гумма не есть гнойникъ и отдѣляемое ея не есть гной.*

Сифилитическая гумма не есть гнойникъ

Иногда содержимое гуммы творожисто перерождается. По выдѣленіи этого полужидкаго некротизированнаго детрита образуется глубокая полость съ дномъ изрытымъ, по которому постепенно образуется прочно сидящая саль-

ная пленка; края ея высоки и подрывты; иногда язва имѣетъ видъ какъ бы кратерообразный; въ другихъ случаяхъ форма ея совершенно неправильна.

Она увеличивается, распадаясь по периферіи, и при этомъ иногда соединяется и сливается съ сосѣдними такими же распавшимися узлами гуммъ.

Отдѣляемое изъязвившейся гуммы можетъ высохнуть въ корку, иногда достигающую очень большихъ размѣровъ, и по внѣшнему виду и цвѣту очень разнообразную, въ зависимости отъ примѣси къ ней крови и отъ быстроты процесса высыхания.

Глубина гуммъ бываетъ довольно значительной.

Просуществовавъ извѣстное время—мѣсяцы, иногда и болѣе—гумма или заживаетъ и при томъ всегда рубцомъ, или же начинаетъ распространяться по периферіи, *ползеть*, *серпигинируетъ* и такимъ образомъ можетъ обойти большіе участки и поверхности кожи.

Не всегда и не всякая гумма распадается. Узлы ея могутъ также разсасываться безъ нарушенія цѣлости внѣшнихъ покрововъ и при этомъ можетъ послѣдовать только вдавленіе и атрофія покрывающей болѣзненный очагъ кожи.

Гуммы кожи могутъ быть или очень глубоки, и лежать въ подкожныхъ слояхъ, или же располагаются совершенно поверхностно (мелко-узелковый сифилидъ), и оставляютъ послѣ себя ничтожную и мало замѣтную рубцовую атрофію кожи.

Пораженія эти не зудятъ, рѣдко болятъ и мало беспокоятъ больного. Развѣ только въ случаѣ, если язвы загниются и прибавится осложненіе вторичной инфекціи, тогда можетъ появиться общая мѣстная воспалительная реакція тканей по обычному ея типу развитія.

Микроскопически мы въ гуммѣ имѣемъ *инфекціонную гранулему*, т. е. развитіе воспалительныхъ явленій съ склонностью къ хроническому теченію, съ образованіемъ мелкоклѣточной инфильтраціи, измѣненіемъ сосудистыхъ стѣнокъ, заключающемся въ разрастаніи ихъ оболочекъ, запусѣніи просвѣта и исчезновеніи эластической ткани; здѣсь не рѣдки явленія клѣточного некроза и образованія бугорковъ—гигантскихъ клѣтовъ, эпителиоидовъ и лимфоцитовъ вокругъ. Бугорки эти, какъ и при другихъ инфекціонныхъ процессахъ, подлежатъ перерожденію творожистому или фиброзному, при чемъ по сравненію съ туберку-

лезомъ склонность къ творяжистому перерожденію не велика.

Патолого-анатомическая особенность гуммъ: неустойчивость ея клітчныхъ элементовъ, склонность къ смерти распаду.

Но главная характерная анатомически-физиологическая особенность теченія и развитія гуммъ—это неустойчивость кліточной инфильтраціи и склонность ея къ распаду, къ смерти.

Разъ возникнувъ и образовавшись, гумма, по микроскопической картинѣ своей подобная вторичнымъ элементамъ сифилиса и даже строенію шанкра, отличается отъ нихъ, однако, тѣмъ, что не остается долго въ такомъ видѣ, и не поддается постепенному обратному развитію, разсасыванію, но кліточные элементы ея быстро умираютъ; новообразование распадается и на мѣстѣ его въ концѣ-концовъ образуется рубецъ.

Гуммы кожи могутъ возникать или совершенно изолировано, или же концентрируясь группами. и вслѣдствіе этого образуются, особенно при постепенномъ и ползущемъ распространеніи, различныя конфигураціи, часто геометрически правильныя: отрѣзки круга, почки и т. д.

Въ противоположность тому, что мы видимъ при вторичныхъ проявленіяхъ сифилиса, гуммы не бываютъ разсѣянными по всѣму тѣлу, а сосредоточиваются на небольшихъ сравнительно участкахъ кожи и эта особенность не покидаетъ третичныя продукты болѣзни при локализаци и въ другихъ тканяхъ, которыя тоже поражаются *избирательно*, т. е. заболѣваютъ отдѣльные участки органовъ, а не всѣ они.

Всѣ органы могутъ поражаться гуммами, но есть ткани ими излюбленныя: кожа, нервная система (мозгъ головной, спинной и его оболочки), кости (ихъ надкостница и сама кость, при чемъ тутъ наблюдаются сильныя боли, обостряющіеся по ночамъ, что чрезвычайно характерно для сифилиса). Особенно часто заболѣваютъ кости черепной крышки, носа, tibia и грудина. Третичный сифилисъ поражаетъ и печень: здѣсь образуются большіе узлы иногда стѣсняющіе кровообращеніе и вызывающіе застой и асцитъ въ брюшной полости. Сосудистая система тоже не остается пощаженной, и въ большихъ сосудахъ могутъ поражаться ихъ стѣнки съ послѣдующимъ развитіемъ тромба, эмболовъ и т. д. Особенно часто поражается аорта, а изъ мелкихъ сосудовъ—конечныя артеріи мозга. Наконецъ, и во всѣхъ остальныхъ органахъ, безъ исключенія (правда, не всегда одинаково часто), могутъ развиваться гуммы по ходу,

Изолированность гуммъ и третичныхъ болѣзненныхъ элементовъ въ кожѣ и прочихъ тканяхъ.

Всѣ ткани нашего тѣла могутъ поражаться третичнымъ сифилисомъ.

виду, развитію, исходу и патолого анатомической картинѣ, совершенно сходныя съ только что описаннымъ проявленіемъ третичнаго сифилиса въ кожѣ

Вездѣ, во всѣхъ этихъ тканяхъ гуммы сохраняютъ свой характеръ и свои признаки—пораженій не разсѣянныхъ, но изолированныхъ (по одной или въ видѣ группы узловъ, сливающихся вмѣстѣ и образующихъ или сплошную массу инфильтраціи, или, распадаясь, общую большую полость). Развиваются онѣ, по преимуществу, въ одной какой-либо ткани или органѣ, а не во многихъ сразу и не во всѣхъ одновременно, какъ это наблюдается при вторичномъ сифилисѣ, но зато пораженіе тутъ бываетъ глубокое, значительное, что особенно чувствительно при быстромъ обратномъ развитіи, какое свойственно гуммамъ, которыя, только образовавшись, уже распадаются и клѣточная инфильтрація ихъ омертвѣваетъ, оставляя на мѣстѣ своемъ соединительную ткань, рубецъ. Въ результатѣ этого—основныя, высоко дифференцированныя функціональныя клѣтки органовъ погибаютъ и больше не возобновляются.

Тутъ тоже гуммы сохраняютъ свои свойства.

Вслѣдствіе этого гуммы оставляютъ послѣ себя глубокой неизгладимый слѣдъ.

Послѣдствія развитія гуммъ — потеря органами ихъ функціональной способности.

Уже въ кожѣ послѣ развитія третичныхъ сифилитическихъ элементовъ получается рубецъ, такъ какъ послѣ быстрого и энергичнаго распада соединительно-тканная основа внѣшнихъ покрововъ не способна возродиться въ прежнемъ видѣ и сохранить прежнее строеніе, и на мѣстѣ ее возникаетъ хотя тоже соединительная ткань, но совершенно другаго типа, фиброзная, богатая волокнами и бѣдная клѣтками (кромѣ перваго періода воспалительной инфильтраціи). И только эпидермисъ, безконечно возобновляющійся и возрождающійся, остается тутъ неизмѣннымъ. Другіе же органы отъ гуммъ страдаютъ гораздо больше въ особенности, если поражаются участки нервной ткани, заведующіе высшими функціями животной и растительной жизни. Въ зависимости отъ этого развиваются параличи, парезы, разстройства умственныхъ способностей, рѣчи, тазовыхъ органовъ, иногда даже смерть.

Если поражаются третичнымъ сифилисомъ большіе кровеносные сосуды и сердце, то происходитъ распадъ ихъ стѣнокъ, прорывъ колоссальное кровоизліяніе и смерть; или же развиваются аневризмы, эмболіи и закупорки сосудовъ.

Третичный сифилисъ, поражая слизистыя оболочки

въ особенности въ полости рта, гортани и въ носу—тоже ведетъ къ образованію гуммъ, изъязвленію, распаду ихъ и послѣдующему рубцеванію — ведущему иногда къ значительнымъ суженіямъ естественныхъ полостей, напр., къ стенозу гортани съ его удушьемъ, къ сращенію мягкаго неба съ задней стѣнкой глотки и т. д.

Гуммозное заболѣваніе костей носа ведетъ къ некрозу ихъ, осѣданію кожнаго остова, что составляетъ тоже одинъ изъ характерныхъ, бросающихся въ глаза признаковъ сифилиса.

Распадъ гуммъ небныхъ костей и небныхъ отростковъ верхнихъ челюстей ведетъ къ образованію одной общей полости — клоаки — между ртомъ и носомъ, что придаетъ рѣчи чрезвычайно непріятный гнусавый оттѣнокъ, лишаетъ ее отчетливости и кромѣ того пища, при этомъ, попадаетъ въ полость носа.

Гумма
незаразительна

Одной изъ характерныхъ особенностей третичныхъ явленій сифилиса является отсутствіе заразительности его продуктовъ и ихъ распада. До послѣдняго времени это считалось правиломъ безусловно вѣрнымъ, патологическимъ закономъ.

Сомнѣнія въ
правильности
этого взгляда.

Однако, нѣсколько точныхъ клиническихъ наблюденій, собранныхъ очень опытными сифилидологами, заставляютъ сомнѣваться въ непреложности этого положенія—по крайней мѣрѣ въ такой категорической формѣ.

Существуютъ наблюденія, когда у жены развивались первичныя явленія сифилиса, а у мужа въ то же время существовали симптомы третичнаго періода этой болѣзни, причемъ язвенныя пораженія у обоихъ супруговъ топографически совпадали другъ съ другомъ, и поневолѣ зарождался вопросъ, не было ли здѣсь непосредственной передачи болѣзни отъ гуммы.

Что такое кон-
фронтація?

Случаевъ такой *конфронтаціи*, т. е. сличенія, противопоставленія объекта заражающаго съ заражаемымъ, въ данномъ случаѣ мужа, носителя гуммы и жены съ явленіями твердаго шанкра, собрано уже нѣсколько и имена авторовъ, ихъ опубликовавшихъ, слишкомъ солидны, чтобы съ этимъ клиническимъ матеріаломъ можно было не считаться.

Вслѣдствіе этого большинство сифилидологовъ считаетъ вопросъ о заразительности третичныхъ сифилидовъ неразрѣшеннымъ и открытымъ и многіе склонны думать, что заразительность явленій сифилиса зависитъ не столько отъ характера

Вопросъ о за-
разительности
третичныхъ си-
филидовъ еще
нуждается въ
разрѣшеніи.

пораженія, т. е. не отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ узломъ, съ пустулой, съ гуммой или вторичной папулой, но отъ того больше, сколько времени прошло отъ момента зараженія и чѣмъ больше этотъ срокъ, тѣмъ значительнѣе уменьшается заразительность сифилитическихъ продуктовъ и потому сифилиды, развившіеся черезъ долгіе годы послѣ инфекціи, почти совсѣмъ не заразительны. Но и это тоже нельзя утверждать вполнѣ увѣренно, такъ какъ были описаны случаи передачи сифилиса черезъ много лѣтъ послѣ первичнаго заболѣванія.

Время есть наиболѣе дѣятельный факторъ, ослабляющій силу заразительности сифилиса.

Въ настоящее время, когда явилась возможность наблюдать сифились и его теченіе у обезьянъ, можно надѣяться, что вопросъ этотъ (какъ и многіе другіе важные проблемы сифилиса) будетъ правильно поставленъ и изученъ на почвѣ точныхъ наблюденій и эксперимента.

Попытка въ этомъ отношеніи уже сдѣлана и *Salomon* (лѣто 1904 г.) въ Институтѣ Pasteur'a въ Парижѣ прививалъ отдѣляемое гуммы человѣка обезьянѣ и не получилъ зараженія послѣдней сифилисомъ, хотя немного спустя тоже самое животное отъ прививки шанкра заболѣло—значить было къ сифилису воспріимчивымъ

Опытъ Salomon съ прививкой отдѣляемаго гуммы обезьянѣ

Но опытъ былъ, повидимому, поставленъ не хорошо. А именно: прививалось *отдѣляемое* гуммы, т. е. некротическая масса, мертвый детритъ. Между тѣмъ, въ цѣляхъ доказательности эксперимента надо было бы пользоваться тканями больными, но еще жизнеспособными, еще не распавшейся воспалительной гуммозной инфильтраціей.

Его неудовлетворительная постановка.

Будущее разрѣшить этотъ вопросъ, а пока надо помнить, что большинство врачей и ученыхъ считаютъ гуммы не заразительными, меньшинство не высказывается такъ рѣшительно и полагаетъ, что пока можно сказать лишь одно, что заразительность здѣсь не доказана и, если и существуетъ, то должна быть очень слабой.

Практически заразительность гуммы должна считаться очень слабой, не существующей.

Считаютъ, что и способность сифилиса передаваться по наслѣдству тоже въ гуммозномъ періодѣ *исчезаетъ*; было бы правильнѣе сказать—*ослабѣваетъ*.

Способность сифилиса передаваться по наслѣдству во время третичнаго періода болѣеи ослабѣваетъ, но не исчезаетъ.

Конечно, есть случаи, когда носители гуммъ и даже при локализацией ихъ въ мужскомъ яичкѣ и его оболочкахъ все-таки производятъ здоровыхъ дѣтей. Но съ другой стороны существуютъ наблюденія и обратныя, когда третичныя сифилитички рожали дѣтей больныхъ и, даже больше, когда люди, перенесшіе сифились уже давно и не предста-

вляющіе никакихъ видимыхъ признаковъ болѣзни, все-таки производили больное потомство.

Такимъ образомъ оказывается, что способность сифилиса передаваться по наслѣдству есть одинъ изъ самыхъ упорныхъ симптомовъ болѣзни, сохраняющей свою ядовитую силу больше и позже другихъ признаковъ болѣзни.

Иногда это есть единственный признакъ въ организмѣ когда-то бывшаго здѣсь инфекціоннаго діатеза, послѣдній его пережитокъ.

Общее теченіе третичнаго сифилиса.

Теченіе сифилиса во время третичнаго періода отличается отсутствіемъ всякой цикличности, правильности и систематичности.

Въ самыхъ явленіяхъ тутъ нѣтъ никакой послѣдовательности. Время ихъ наступленія тоже неопредѣленное: гуммы могутъ появляться иногда непосредственно послѣ первичныхъ явленій, а иногда десятки лѣтъ спустя. Иной разъ онѣ непосредственно примыкаютъ къ вторичнымъ явленіямъ, порой между этими двумя фазами болѣзни бываетъ промежутокъ, подчасъ многолѣтній полного кажущагося здоровья и покоя инфекціи.

Гуммы склонны къ возврату in situ.

Можно отмѣтить только, что, разъ проявившись въ одномъ органѣ и въ особенности въ случаѣ неподходящаго и недостаточнаго лѣченія, гуммы склонны къ возвратамъ in situ — тамъ же на мѣстѣ. въ той же ткани.

Развитіе гуммы не сопровождается общей реакціей организма.

Общая реакція въ организмѣ, вызываемая развитіемъ гуммъ въ отдѣльныхъ органахъ (если послѣдніе не жизненно важны), ничтожна и ничѣмъ не проявляется: нѣтъ возвышеній t^0 , больной сохраняетъ хорошее самочувствіе и иногда даже цвѣтущее питаніе.

Предоставленные сами себѣ гуммозные сифилиды могутъ тянуться долгіе мѣсяцы и даже годы, они разрушаютъ основную ткань органовъ, рубцуютъ ихъ, подвигаются все дальше и въ своемъ разрушительномъ теченіи захватываютъ все новые участки.

Если они располагаются въ органахъ не жизненно-важныхъ, то при извѣстной индифферентности больного къ самому себѣ гуммы (напримѣръ, поверхностные бугорковые сифилиды кожи или третичная водянка яичка) могутъ существовать годы, нисколько не безпокая больного, не будучи даже имъ замѣчаемы.

ГЛАВА V.

П а р а с и ф и л и д ы.

До послѣдняго времени всѣ вышеперечисленныя и описанныя явленія представляли изъ себя всю сумму симптомовъ, о которыхъ мы знали, что они вызываются сифилитическимъ ядомъ и составляютъ все то, что называется проявленіемъ приобрѣтеннаго сифилиса

Парасифилиды.

Въ настоящее время (приблизительно съ девяностыхъ годовъ прошлаго столѣтія) къ этой же и безъ того большой семьѣ сифилитическихъ заболѣваній причисляютъ еще цѣлый рядъ другихъ болѣзненныхъ измѣненій.

Какъ показываетъ самый терминъ—*парасифилитическія заболѣванія**)—ихъ не считаютъ принадлежащими вполнѣ и всецѣло къ сифилису, но лишь пораженіями, близкими къ нему, находящимися съ нимъ въ причинной связи, родственными ему.

Проф. *A. Fournier*, давая это названіе, именно и желалъ отгѣнить причинную связь, которая существуетъ между всѣми этими патологическими явленіями и сифилисомъ, и въ то же время показать, что между ними и настоящими сифилитическими измѣненіями существуетъ различіе. Сифились ихъ вызываетъ, обусловливаетъ, но не составляетъ ихъ сущности и онѣ въ свою очередь не представляютъ изъ себя сифились.

Пораженія эти довольно многочисленны и по сущности своей и анатомической подкладкѣ довольно разнообразны. Главныя изъ нихъ три: это 1) *Tabes dorsalis*—сухотка спинного мозга, 2) Прогрессивный параличъ и 3) Лейкоплезія рта.

Какія заболѣванія считаютъ парасифилитическими?

Сухотка спинного мозга анатомически выражается пораженіемъ по преимуществу заднихъ корешковъ чувствующихъ нервовъ, исходящихъ изъ заднихъ роговъ спинного мозга и характеризуется цѣлымъ рядомъ разстройствъ въ сферѣ двигательной, чувствующей, а также измѣненіемъ функций растительной и животной жизни организма.

Что такое *Tabes dorsalis*?

Кожныя ощущенія больныхъ становятся недостаточными и невѣрными: имъ кажется, напримѣръ, что они ходятъ не по полу и не по землѣ, а по войлоку; имъ трудно стоять ровно со сдвинутыми ногами; походка становится несоразмѣрной, т. е. ноги дѣлаютъ движенія по силѣ и величинѣ

*) Частица „*para*“ взята съ греческаго и обозначаетъ—около, подлѣ.

не соответствующія шагу; исчезаютъ сухожильные колѣнные и другіе рефлексы; появляются сильныя, стрѣляющія, молніеносныя боли, или же тоже боли, но въ видѣ сильныхъ припадковъ въ различныхъ органахъ, (такъ называемыя Crises tabétiques), расстройства мочеиспусканія и дефекаціи, угасаетъ половая способность.

Больныхъ мучаютъ жестокія боли, они не могутъ больше ходить, безъ катетера мочиться и т. д. и т. д., словомъ, становятся совершенно безпомощными.

Симптоматологія этой болѣзни безконечно разнообразна. Между прочимъ также развивается иногда атрофія различныхъ головныхъ нервовъ и подчасъ наблюдается необыкновенная ломкость костей.

Для зубныхъ врачей интересно знать Tabes dorsalis и имѣть понятіе объ его симптомахъ, потому что иногда первые признаки этой жестокой болѣзни появляются во рту.

Тутъ можно наблюдать порой полное, безболѣзненное и, какъ кажется, безпричинное выпаденіе зубовъ по внѣшнему виду вполне здоровыхъ. При этомъ существуетъ полная потеря чувствительности прилегающихъ частей десенъ. Симптомы эти очень характерны и могутъ навести на мысль о существованіи у даннаго больного Tabes'a, до тѣхъ поръ ничѣмъ себя не проявившаго. Они обусловливаются уничтоженіемъ трофическихъ ядеръ тройничнаго нерва, заложенныхъ въ мозгу, и послѣдующимъ перерожденіемъ его периферическихъ вѣтвей.

Прогрессивный параличъ выражается рядомъ психическихъ и тѣлесныхъ расстройствъ. Послѣднія присоединяются лишь въ послѣдствіи и постепеннымъ развитіемъ патологическихъ симптомовъ вполне оправдывается терминъ „прогрессивнаго“ — „*нарастающаго*“ заболѣванія.

Психическія расстройства очень сложны. Между прочимъ развивается бредъ величія, когда человекъ мнитъ себя богатымъ, могущественнымъ и талантливымъ и въ то же время отсутствіе критики и спутанность сознанія проявляется въ томъ, что тотъ же больной, считающій себя миллиардеромъ или императоромъ, проситъ окружающихъ дать ему папиросу, копеечку или жалобно умоляетъ не обижать его.

Изъ тѣлесныхъ признаковъ болѣзни характерны — неравномерно - расширенныя зрачки, дрожаніе высунутаго языка, замедленная спотыкающаяся рѣчь и пропускъ буквъ въ письмѣ.

Зубные симптомы сухотки спинного мозга.

Paralysis progressiva.

Иногда разстройству психическихъ способностей предшествуетъ усиленіе, расцвѣтъ умственной дѣятельности, обостреніе всѣхъ способностей ума и души.

Но періодъ этотъ — соотвѣтствующій гиперемическому, раздражительному стадію, начальному многихъ болѣзненныхъ процессовъ — скоро смѣняется полнымъ упадкомъ душевной энергіи, запусѣніемъ и исчезновеніемъ мысли.

Этотъ парасифилитическій симптомъ развивается почти исключительно по слизистой рта и тутъ чаще на языкѣ и щекахъ. Гораздо рѣже ихъ встрѣчаютъ на слизистой носа или на половыхъ органахъ обоихъ половъ.

Проявляются лейкоплезіи въ видѣ матово-бѣлыхъ или изсиня-перламутровыхъ бляшекъ. Контуры ихъ не вполнѣ рѣзко ограничены, по формѣ неправильны, иногда приближаются къ кругу, иногда скорѣе овальны. Величина ихъ достигаетъ горошины и меньше, а иногда немного больше. Поверхность лейкоплезическихъ элементовъ неровна, какъ бы изборождена по разнымъ направленіямъ, иной разъ борозды имѣютъ видъ кровотокающихъ трещинъ. Палецъ проведенный тутъ получаетъ ощущеніе терки, небольшого плотнаго возвышенія, очень трудно соскабливающагося и оставляющаго послѣ себя слегка сосочковидную кровотокающую поверхность.

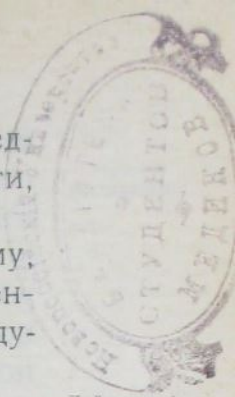
Располагаются эти болѣзненные формы на спинкѣ языка, его боковыхъ сторонахъ, на слизистой щекъ по линіи замыканія зубовъ, или ниже и выше ея; наблюдаются также онѣ на губахъ. что рѣдко, и еще рѣже на деснахъ.

Гистологически тутъ мы имѣемъ — развитіе въ подслизистой и соединительной ткани *склероза*, бѣднаго клѣтками и богатаго волокнами соединительнотканными, и въ эпителиальной части слизистой встрѣчаемъ *гиперкератозъ*, усиленное и неправильное *ороговѣніе ея*.

Здѣсь мы находимъ наслонившійся, не размягченный, какъ въ нормѣ, и не смытый слюной эпителий слизистой, образующій большіе выступы, скопленія и по свойствамъ своимъ представляющій, такъ сказать, *ороговѣніе* (развитіе, отсутствующаго въ нормальной слизистой, элеидина и присутствіе массы безъядерныхъ клѣтокъ).

Получается какъ бы трансформация, превращеніе слизистой въ ткань, подобную по свойствамъ, топографически сосѣдней и эмбриологически родственной, кожѣ.

Вотъ почему французы и называли эти пораженія — *Leukokeratos*’омъ, причѣмъ слово *λευκος* значитъ — бѣлый и



Лейкоплезія.

Симптоматология ихъ.

Патолого-анатомическое строеніе.

Течение
лейкоплазий.

keratose — ороговѣніе. По русски это значить — бѣлое ороговѣніе слизистой, ея кожистая метаморфоза. Развиваются онѣ медленно, исподоволь, нерѣдко незамѣтно для больного. Въ хорошо прослѣженныхъ и изученныхъ во всѣхъ фазахъ развитія случаяхъ описывается сначала появленіе въ опредѣленномъ мѣстѣ слизистой полости рта постоянной и упорной красноты. По этому темному пятну съ теченіемъ времени возникаютъ неровности и шероховатости и все пораженіе принимаетъ слегка бѣлесоватый отѣнокъ. Еще спустя нѣкоторое время бляшки не кажутся болѣе красными, а совершенно бѣлыми съ поверхностью исчерченной.

Исходъ ихъ

Развитіе этого процесса можно прослѣдить особенно легко въ случаѣ возникновенія новыхъ бляшекъ тамъ, гдѣ уже во рту существуютъ такіе лейкоплазическіе элементы. Разъ образовавшись, онѣ могутъ существовать неопредѣленно долгое время, нисколько или мало безпокоя больного.

Лейкокератозы, разъ развившись, или остаются безъ перемѣны въ томъ же видѣ неопредѣленно долгое время, или же вслѣдствіе механическаго растяженія при ѣдѣ и разговорѣ, раздраженія отъ плохихъ зубовъ, острыхъ краевъ ихъ, отложенія виннаго камня, куренія, алкоголя—воспаляются, болятъ, кровоточатъ и затѣмъ очень не рѣдко *in situ* перерождаются и превращаются въ *эпителиому* или же даже въ *раковое новообразование*. Особенно часто это бываетъ при лейкоплазіяхъ языка.

Какіе моменты
благоприятству-
ють появленію
лейкоплазий?

Всѣ вышеперечисленные неблагоприятные факторы— плохое содержаніе и состояніе зубовъ, отложеніе виннаго камня, острые края обломанныхъ корешковъ, алкоголизмъ, куреніе—способствуютъ появленію лейкокератозовъ въ полости рта, поддерживаютъ здѣсь ихъ развитіе и обостряютъ ихъ теченіе, но непремѣннымъ неизбѣжнымъ условіемъ ихъ возникновенія, по крайней мѣрѣ тѣхъ, которые развиваются на языкѣ, служитъ сифились, прежде бывший и перенесенный больнымъ.

Почему необхо-
димо допустить,
что всѣ эти по-
раженія вызы-
ваются
сифилисомъ?

Всѣ эти пораженія—*Tabes*, *Paralysis progressiva* и лейкокератозы—причисляются къ сифилису, связываются съ нимъ на основаніи многочисленныхъ статистическихъ данныхъ, собранныхъ за много лѣтъ многими клиницистами. Онѣ показываютъ, что въ прошломъ больныхъ, страдающихъ однимъ изъ перечисленныхъ заболѣваній, можно найти сифились и, чаще не лѣченный, въ 80% всѣхъ случаевъ. Если къ тому же принять во вниманіе, что суще-

ствуесть сравнительно большое количество случаевъ, такъ называемаго, *Syphilis ignorée* (безсознательнаго, неподозрѣваемаго самими больными, которые, будучи невнимательны сами къ себѣ и своему тѣлу, могутъ просмотрѣть свой недугъ и его проявленія), то станетъ ясно, что и остальные 20% тоже не могутъ быть солидной аргументаціей въ пользу ученія о несифилитическомъ происхожденіи этихъ патологическихъ явленій.

И тѣмъ не менѣе всѣ эти явленія только вызываются сифилисомъ. но не составляютъ настоящихъ проявленій сифилитическаго яда, и вотъ почему:

1) Здѣсь не бываетъ пораженія сосудистой системы или оно очень не рѣзко выражено, а между тѣмъ, какъ извѣстно, это избирательное заболѣваніе кровеносныхъ трубокъ и ихъ стѣнокъ очень характерно для сифилиса и составляетъ одинъ изъ его отличительныхъ признаковъ; 2) клиническіе симптомы парасифилидовъ по своему долготѣнному постепенному развитію, упорству и неизмѣняемости не походятъ на явленіе сифилиса; 3) всѣ эти заболѣванія не поддаются противосифилитической, специфической терапіи—ртути и іодистому калию, что составляетъ полную противоположность настоящимъ проявленіямъ сифилиса, исчезающимъ подъ ихъ вліяніемъ, какъ по мановенію волшебнаго жезла; 4) недостаточно одного сифилиса для развитія всѣхъ этихъ заболѣваній; необходимъ рядъ другихъ условій для ихъ появленія и въ частности для возникновенія сухотки спинного мозга и прогрессивнаго паралича нужно еще переутомленіе, отравленіе и вообще поврежденіе нервной системы умственными усиленными занятіями, душевными волненіями, половыми эксцессами, алкоголизмомъ, отягощеніе патологической нервной наследственностью.

Вотъ почему въ странахъ некультурныхъ, гдѣ нервамъ нѣтъ работы, гдѣ растительныя функціи жизни преобладаютъ, хотя и попадаютъ мѣста, (русская деревня, Малая Азія), гдѣ сифилисъ свирѣпствуетъ эндемично, т. е. поражаетъ въ видѣ очаговой эпидеміи почти все населеніе поголовно, остается долгіе годы нелѣченнымъ и калѣчить больныхъ, но тутъ все-таки ни сухотки спинного мозга, ни прогрессивнаго паралича не наблюдается. Напротивъ, въ большихъ центрахъ, въ горнилахъ, такъ сказать, современной умственной жизни со всѣми ея нервными аномаліями и эксцессами эти парасифилитическія заболѣванія очень часты. Особенно много ихъ, повидимому, въ Парижѣ.

Почему всѣ эти заболѣванія, тѣмъ не менѣе, не составляютъ типичныхъ и настоящихъ проявленій сифилиса?

5) Съ другой стороны есть авторы, которые, правда, очень рѣдко, описываютъ развитіе Tabes и Прогрессивнаго паралича, и лейкоплакій у такихъ индивидуумовъ, которые, несомнѣнно, никогда сифилиса не имѣли.

Каковъ же механизмъ происхожденія парасифилидовъ и какую роль играетъ тутъ сифилисъ?

Несомнѣнно во всемъ этомъ ученіи о парасифилидахъ только одно — носители ихъ перенесли раньше появленія этихъ болѣзненныхъ симптомовъ (въ среднемъ за 8 — 13 лѣтъ) сифилисъ. Гипотеза старается выяснитъ эту связь, говоря — сифилисъ своимъ ядовитымъ воздѣйствіемъ вывелъ извѣстную ткань, отдѣльный органъ и его клѣтки изъ фізіологическаго равновѣсія. Въ результатѣ — перерожденіе пораженныхъ частей и вытекающія отсюда послѣдствія. Но тутъ сифилитическая инфекція дала лишь первый толчекъ, а все дальнѣйшее теченіе и развитіе обуславливается воздѣйствіемъ другихъ многочисленныхъ вредныхъ причинъ. И потому всѣ эти заболѣванія, связанные съ сифилисомъ этиологически, т. е. обязанныя ему своимъ существованіемъ, развиваются подъ вліяніемъ *другихъ*, постороннихъ вредныхъ условій, и не носятъ на себѣ специфическаго характера, клейма строго опредѣленной и характерной инфекціи.

Есть еще одно явленіе, вызванное воздѣйствіемъ сифилитическаго яда на организмъ, по характеру своему и свойствамъ причисляемое такимъ авторитетомъ, какъ проф. *A. Fournier*, тоже къ парасифилидамъ и въ сущности занимающее въ патологіи сифилиса совершенно особое мѣсто. Это именно *Leucoderma*.

Что такое лейкодерма?

Во второй половинѣ перваго года сифилитической инфекціи, (рѣдко раньше или позже), появляется чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, такъ называемое, „Кружево Венеры“: на потемнѣвшей, какъ бы загрязненной, желто-бурой кожѣ появляются бѣлыя крупныя съ 5 коп. серебряныхъ и меньше пятна. Ихъ можно видѣть, (но гораздо рѣже) также на другихъ мѣстахъ тѣла (въ передней подмышечной области) и даже по всей кожной поверхности. Въ тѣни эта пятнистость выступаетъ рѣзче. Она развивается исподволь, незамѣтно, существуетъ очень долго (иногда нѣсколько лѣтъ) и также нечувствительно и, ускользая отъ наблюденія, понемногу исчезаетъ. Патологическое измѣненіе это не вызываетъ никакихъ ощущеній, кожа по ней не измѣнена. Нѣкоторые клиницисты думаютъ, что эти бѣлыя пятна возникаютъ на мѣстѣ бывшихъ здѣсь папулъ сифилитическихъ, но это невѣрно и такая же пят-

нистость развивается иногда безъ всякихъ предшествовавшихъ явленій сифилиса.

Гистологически эта разность окраски кожи объясняется почти полнымъ исчезновеніемъ красящаго вещества — пигмента кожи, придающаго кожѣ тотъ или другой цвѣтовой оттѣнокъ и колоритъ. Вслѣдствіи этого пятна, лишеныя пигмента, и представляются такими бѣлыми, и по закону цвѣтового контраста остальные части прилегающей кожи и кажутся потемнѣвшими; между тѣмъ какъ въ сущности количество красящихъ веществъ здѣсь мало чѣмъ превышаетъ норму.

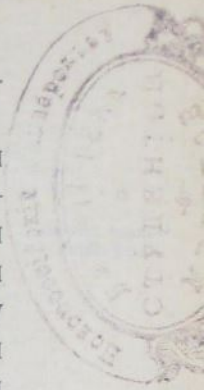
Явленіе это, вызванное сифилисомъ, нисколько не реагируетъ на ртуть и лѣченіе въ борьбѣ съ „бѣлокожіемъ“ (λευκος — бѣлый; δέρμα — кожа) безсильно; оно чрезвычайно упорно, постоянно и, существуя безъ измѣненій впродолженіи долгихъ мѣсяцевъ и лѣтъ, отличается рѣзко отъ обычнаго хода типичныхъ явленій сифилиса. Чтобы подчеркнуть эту своеобразность явленія и причислено оно къ парасифилидамъ.

Но въ то время, какъ относительно остальныхъ парасифилитическихъ заболѣваній еще нужно доказывать ихъ причинную зависимость отъ сифилиса, здѣсь наоборотъ не приведено еще ни одного доказательнаго случая, когда-бы лейкодерма развилась не у сифилитика, подъ вліяніемъ какой либо другой болѣзнетворной причины.

И потому это болѣзненное явленіе должно считаться патогномическимъ симптомомъ сифилиса, т. е. отождествляетъ въ себѣ и служить, такъ сказать, нагляднымъ представителемъ и указателемъ присутствія (и даже свѣжаго, недавняго) инфекции въ организмѣ.

Значить: сказать, что у извѣстнаго лица есть лейкодерма, все равно, что сказать, что у него есть сифились.

Лейкодерму, какъ явленіе по виду и расположенію на шеѣ бросающееся въ глаза, трудно просмотрѣть, и потому ея присутствіе можетъ сослужить важную службу при распознаваніи болѣзни и пригодиться также и зубному врачу. Послѣдній въ случаѣ сомнѣнія относительно природы какого либо пораженія во рту, всегда можетъ заглянуть, такъ сказать, „по сосѣдству“ — на шею и, въ случаѣ положительнаго результата, т. е. присутствія „кружева Венеры“, безъ дальнѣйшихъ разспросовъ и безпокойствъ можетъ вынести твердое убѣжденіе въ наличности подозрѣваемаго недуга.



Почему А. Fourrier называет лейкодерму парасифилидомъ ?

Лейкодерма называется только сифилисомъ.

Лейкодерма патогномична для сифилиса.

Ея важное практическое и диагностическое значение.

ГЛАВА VI.

Общее теченіе сифилиса.

Общее теченіе
сифилиса.

И такъ, мы имѣемъ предъ собой схему теченія болѣзни съ ея четырьмя періодами — *первичнымъ*, съ развитіемъ пораженія на мѣстѣ внѣдренія инфекции; *вторичнымъ* — съ пропитываніемъ ядомъ всѣхъ тканей и соковъ организма и разнообразными и многочисленными его тутъ проявленіями; *третичнымъ* — съ пораженіемъ отдѣльныхъ тканей избирательно и глубоко, и развитіемъ въ отдѣльныхъ органахъ патологическихъ образованій нестойкихъ, наклонныхъ къ разрушенію и смерти и, наконецъ, (*période quartenaire, четвертичный* — если-бы только это слово было русскимъ) такими своеобразными и по природѣ своей на сифились не похожими измѣненіями, какъ *парасифилиды*, которые могутъ быть разсматриваемы, какъ послѣдствія сифилиса, при чемъ здѣсь можно констатировать лишь одно, что въ анамнезѣ такихъ больныхъ почти всегда можно найти сифились.

Теорія микробовъ и токсиновъ сифилиса и ея цѣль объяснить различіе въ характерѣ явленій болѣзни

Относительно первыхъ двухъ періодовъ болѣзни никто не сомнѣвается, въ виду ихъ сильной заразительности, что они вызываются живымъ, организованнымъ, ядовитымъ началомъ, т. е. микробами, недоступными пока нашимъ осязательнымъ чувствамъ, но несомнѣнными и логически необходимыми, если судить по всему характеру и теченію болѣзни въ это время.

Что касается гуммъ и, тѣмъ болѣе, парасифилидовъ, то нѣкоторые ученые держатся такого мнѣнія, что на возникновеніе ихъ вліяютъ не сами бактеріи, а ихъ токсины, т. е., что тутъ перерождаютъ и разрушаютъ ткани ядовитыя вещества, вырабатываемыя микробами.

Вопросы эти разъяснятся, конечно, съ нахожденіемъ специфическаго возбудителя сифилиса, пока неуловимаго, но уже и опыты на обезьянахъ позволяютъ, вѣроятно, приблизиться къ истинѣ.

Пока же, если имѣть въ виду гуммы собственно, нѣкоторыя данныя говорятъ о ихъ заразительности, носители ихъ могутъ передавать сифились по наслѣдству, и это все аргументы въ пользу инфекціоннаго, микробнаго, а не токсиннаго характера третичныхъ явленій.

Схематически обобщая или, вѣрнѣе, имѣя въ виду случаи наиболѣе часто встрѣчающіеся, можно сказать, что

обычное теченіе сифилиса такое: появляется *Ulcus induratum*, черезъ 6—8 недѣль развиваются вторичныя явленія, возвраты которыхъ съ промежутками затишья въ нѣсколь-ко мѣсяцевъ тянутся 2—3 года. Всѣ эти явленія обяза-тельны, безъ нихъ—безъ шанкра и вторичныхъ симпто-мовъ сифилиса—нѣтъ и самой болѣзни.

Затѣмъ послѣдующія пораженія сифилитическія не обязательны и даже гораздо чаще, у большинства больныхъ совсѣмъ не наблюдаются. Рѣже, у индивидуума, перенесшаго сифились и его первичный и вторичный стадіи, черезъ три, четыре года послѣ зараженія развивается въ какомъ либо органѣ или ткани гумма или группа ихъ. Послѣднія склон-ны къ рецидивамъ.

Еще позднѣе, черезъ 8—13 лѣтъ послѣ внѣдренія ин-фекціи, въ еще болѣе ограниченномъ, можно сказать, ис-ключительно маломъ количествѣ случаевъ развиваются па-расифилиды.

Таково типичное теченіе сифилиса.

Но въ его развитіи могутъ встрѣчаться разнообраз-ныя уклоненія.

Разнообразныя
уклоненія въ
теченіи
сифилиса.

Уже первичныя явленія протекаютъ порой съ ослож-неніями—напримѣръ, присоединяется обильное нагноеніе, склерозъ частично омертвѣваетъ и заживленіе его тянется мѣсяцами. Вторичная инкубація можетъ, правда очень рѣд-ко, длиться больше ста дней. Вторичный періодъ иногда на-чинается и кончается одной мимолетной розеолой и боль-ше ничѣмъ себя не проявляетъ или же наоборотъ, съ пе-рерывами или почти безъ, вторичный сифились тянется нѣсколько лѣтъ—до десяти, иногда до двадцати.

Третичный періодъ можетъ впервые развиваться черезъ много лѣтъ послѣ зараженія, вслѣдъ за затишьемъ въ нѣсколько лѣтъ, устанавливающимся послѣ исчезновенія вторичныхъ признаковъ болѣзни. А бываютъ случаи, когда, въ присутствіи еще не зажившаго твердаго шанкра, наблю-дается много поражений разсѣянныхъ, разлитыхъ и поверх-ностныхъ, (что говоритъ за вторичный характеръ явленій) и одновременно тутъ же развиваются типичныя гуммы, ко-торыя встрѣчаются изрѣдка и при парасифилидахъ.

Словомъ, разнообразіе формъ сифилиса и ихъ сочета-ній безконечно и невозможно дать даже приблизительную схему ихъ.

Обыкновенный исходъ сифилиса—въ выздоровленіе и исчезновеніе болѣзни.

Исходъ болѣзни
— выздоровле-
ше.
Доказательство
этого и, что то-
же, излѣчи-
мости сифилиса.

Доказательства этому слѣдующія: 1) фактъ *реинфекции*, т. е. вторичнаго зараженія сифилисомъ и появленія при этомъ во всей ихъ періодической постепенности и полнотѣ шанкра, инкубаціи, вторичныхъ явленій и т. п. — у людей уже однажды перенесшихъ сифились и 2) обычныя, извѣстныя клиническія и житейскія наблюденія, говорящія за то, что большинство людей, перенесшихъ сифились и продѣлавшихъ его симптомы впродолженіи первыхъ двухъ трехъ лѣтъ, потомъ на всю остальную часть не рѣдко долгой жизни, (потому что сифилисомъ заражаются чаще въ молодости), остаются свободными отъ явленій болѣзни, имѣютъ здоровыхъ дѣтей и т. д.

Какія условія
благопріятствую-
тъ излѣченію
сифилиса?

Одно изъ важнѣйшихъ условій для исчезновенія ин-
фекціи—это специфическое лѣченіе — введеніе ртути.

Статистика показываетъ, что третичный сифились и парасифилиды развиваются чаще всего именно у тѣхъ сифилитиковъ, которые совсѣмъ не лѣчились, или плохо, или мало вводили въ свой оргнизмъ ртуть.

1) Ртуть и

2) Здоровая
наслѣдствен-
ность;

Наслѣдственность играетъ тоже немаловажную роль при развитіи позднихъ явленій сифилиса и особенно симптомовъ пораженія нервной системы, что и составляетъ главное зло и несчастіе этой болѣзни.

Во многихъ случаяхъ *Tabes* и Прогрессивнаго паралича можно наряду съ сифилисомъ найти и порочную психическую и нервную наслѣдственность и дегенеративныя явленія на этой почвѣ.

Напротивъ, здоровая, хорошая наслѣдственность облегчаетъ борьбу съ болѣзнью.

3) Правильный
образъ жизни;

Неправильный образъ жизни, умственныя и физическія переутомленія тоже служатъ предрасполагающимъ факторомъ для плохого теченія сифилиса.

4) Отсутствие
алкоголизма

Алкоголизмъ тоже, какъ ядъ нервной и сосудистой системы, можетъ лишь способствовать разрушительному теченію сифилиса.

Бываетъ, однако, что доступными намъ грубыми способами изслѣдованія не удастся уловить причину того или другого хода явленій сифилиса.

Такъ, можно наблюдать случаи, когда организмъ, повидимому, цвѣтущій, неотягченный порочной наслѣдственностью, съ уравновѣшеннымъ образомъ жизни, хорошо лѣченный поражается тѣмъ не менѣе сифилисомъ тяжело, т. е. заболѣваютъ жизненно важные органы или же симптомы сифилиса носятъ чрезвычайно разрушительный характеръ.

И, наоборотъ, бываютъ и такіе случаи, когда отсутствіе лѣченія и безпорядочный образъ жизни, казалось бы, обрекаютъ больного на тяжелыя жертвы сифилису, а между тѣмъ проявленія болѣзни у него скудны и мимолетны, быстро прекращаются и наступаетъ длинный періодъ затишья и кажущагося, а можетъ быть и дѣйствительнаго, исчезновенія инфекции.

И вслѣдствіи этого предсказаніе при сифилисѣ всегда надо дѣлать осторожно.

Предсказаніе
при сифилисѣ.

Самое затруднительное тутъ то, что мы не имѣемъ прочно установленнаго критерія, осязательныхъ признаковъ излѣчимости болѣзни, кромѣ возможности реинфекціи, что, конечно, наблюдается не часто, да такая аргументація природы для больного вовсе и нежелательна, такъ какъ врядъ ли онъ что-нибудь выиграетъ, узнавъ объ излѣченіи отъ первой болѣзни въ моментъ проявленія зараженія второй.

Періоды затишья, т. е. видимаго отсутствія симптомовъ болѣзни, тянущіеся даже цѣлый рядъ лѣтъ, не служатъ прочной гарантіей того, что сифилисъ прошелъ и окончательно исчезъ изъ организма: онъ можетъ вновь показаться и бывали случаи, когда инфекция, такъ сказать, оживала и рецидивировала послѣ 40-лѣтняго полного покоя. И потому *предсказаніе* относительно излѣченія и общаго теченія сифилиса *должно быть условное и осторожное.*

Опытъ показываетъ, что при аккуратномъ лѣченіи, при гигиеническомъ образѣ жизни, при отсутствіи порочной наслѣдственности и хорошемъ состояніи всѣхъ органовъ сифилисъ въ первые годы своего существованія протекаетъ не тяжело, поражаетъ ткани мимолетно и поверхностно и затѣмъ исчезаетъ на долго, часто на всегда. Но сказать это съ положительностью впередъ о каждомъ отдѣльномъ случаѣ невозможно, и потому всякій, перенесшій сифилисъ, долженъ оставаться потомъ долгіе годы, быть можетъ всю жизнь, подъ бдительнымъ надзоромъ врача, который повторными осмотрами черезъ извѣстные промежутки времени долженъ быть всегда освѣдомленъ о состояніи организма и всѣхъ отдѣльныхъ органовъ.

Такимъ образомъ, уже при первыхъ, вначалѣ слабыхъ, признакахъ возврата, оживанія болѣзни, врачъ сможетъ своевременно вступить въ борьбу съ обострившейся инфекціей и побѣдить ее.

Дѣло въ томъ, что, какъ общее правило, можно ска-

зять, что всѣ проявленія сифилиса, (не исключая, можетъ быть, и парасифилидовъ), если только начать на нихъ дѣйствовать ртутью съ первыхъ же моментовъ ихъ возникновенія, должны исчезнуть безслѣдно, даже если это было бы пораженіе органовъ нервной системы и органовъ чувства.

Распознаваніе сифилиса должно производиться при непремѣнномъ соблюденіи слѣдующаго условія: никогда не слѣдуетъ довольствоваться отдѣльными симптомами, какъ бы они ни казались сами по себѣ характерными*), но осматривать непремѣнно *всего* больного, *все* его тѣло и затѣмъ еще искать въ прошломъ (больного) подтвержденіе и разъясненіе для окончательнаго вывода.

Если мы встрѣчаемъ явленія, напоминающія сифилисъ, такъ сказать, въ этомъ отношеніи подозрительныя, то слѣдуетъ разспросить больного, не было ли у него язвы на половыхъ органахъ или въ другомъ мѣстѣ, и если да, то сколько времени она существовала, сопровождалась ли припуханіемъ ближайшихъ лимфатическихъ железъ и нагнаивались ли эти бубоны, (если да, то это говоритъ скорѣе противъ сифилиса); не было ли потомъ, черезъ нѣсколько недѣль пятенъ, сыпи по тѣлу, особенно по груди, выпадали ли волосы, болѣло-ли горло въ то же время и не было-ли мокнутія въ заднемъ проходѣ, производилось ли ртутное лѣченіе въ видѣ втираній или подкожныхъ впрыскиваній, не бывали ли ночныя головныя боли?

Изъ отвѣтовъ на всѣ эти вопросы удастся по большей части узнать, былъ ли у больного сифилисъ и какъ онъ лѣчился.

Затѣмъ надо поискать не найдется ли гдѣ-либо по тѣлу больного входное отверстіе болѣзни и его штемпель—твердый шанкръ—въ видѣ ли красной, гладкой, возвышенной язвы, или же только рѣзкаго затвердѣнія и оплотненія на ея мѣстѣ, или можетъ быть даже только въ видѣ плотной, безболѣзненной, не спаянной съ кожей плеяды, аггломерата железъ; и общее увеличеніе железъ, особенно локтевыхъ, заднихъ шейныхъ и расположенныхъ на сосцевидномъ отросткѣ—можетъ служить тоже подспорьемъ для распознаванія сифилиса, но нужно имѣть въ виду, что только *всеобщее* увеличеніе железъ по всему тѣлу и то

*) Развѣ только въ присутствіи лейкодермы можно рѣшиться поставить діагнозъ и сказать съ увѣренностью, что мы имѣемъ дѣло съ сифилисомъ, но такихъ патогномическихъ, отождествляющихся съ болѣзью, признаковъ, больше нѣтъ, и „Кружево Венеры“ въ этомъ отношеніи составляетъ исключеніе.

только въ связи съ другими еще явленіями, характерными для сифилиса, можетъ обезпечить діагностику сифилиса.

Послѣ этого необходимо послѣдовательно осмотрѣть остальную поверхность тѣла больного: полость рта — (оба неба, миндалины, губы, десны, языкъ) и кожу его со всѣми ея придатками—ногтями, волосами.

Если при этомъ обнаружится присутствіе сыпи, то надо проанализировать ее и разложить на составныя части. Нужно отдать себѣ отчетъ, изъ какихъ элементовъ она состоитъ—пустуль, папуль, узловъ, слизистыхъ бляшекъ, пузырей, пятенъ и т. д., и затѣмъ, какова ихъ группировка, каковъ видъ, цвѣтъ, консистенція и какіе субъективные ощущенія они вызываютъ, причемъ не надо забывать, что сифилитическія сыпи не зудятъ, что онѣ часто полиморфны,—т. е. что при нихъ на ограниченномъ пространствѣ и одновременно можно наблюдать различныя по формѣ кожные элементы:—рядомъ съ розеолой—пустулы, папулы и т. д.

Нужно имѣть въ виду, что сифилитическая сыпь можетъ быть разсѣянной или же сгруппированной и въ послѣднемъ случаѣ она образуетъ порой очень правильныя фигуры—получаются очертанія круга, почки, серпа и т. д. Цвѣтъ сифилидовъ не живой, а отцвѣтающей, увядающей—красный, воспалительныя явленія ихъ не рѣзки и рѣдко при этомъ можно наблюдать общую реакцію организма—повышеніе t^0 , плохое самочувствіе, чувство усталости, потерю аппетита и т. д.

Всѣми этими многочисленными вспомогательными признаками и пользуются, отдавая себѣ сознательный отчетъ, имѣемъ ли мы предъ собою явленія сифилитическія или нѣтъ, т. е. занимаясь дифференціальной діагностикой.

Такъ, имѣя предъ собой сифилитическую ангину, — т. е. ложно—перепончатыя налеты на миндалинахъ и дужкахъ, мы, опираясь на отсутствіе повышенной t^0 , медленное развитіе явленій, ихъ длительное теченіе и хорошее самочувствіе — мы можемъ исключить съ увѣренностью возможность существованія здѣсь дифтерита или другого какого-либо остро—инфекціоннаго процесса.

Точно также отсутствіе общей реакціи организма въ присутствіи сыпи по кожѣ сразу исключаетъ возможность острой сыпной болѣзни—кори, скарлатины и т. д. Отсутствіе зуда и мокнутія дѣлаетъ невозможнымъ предположеніе, что мы имѣемъ дѣло съ экземой и т. д.

Имѣя, на примѣръ, предъ собой узловатое, язвенно распадающееся пораженіе кожи и предполагая видѣть въ этомъ гумму, надо обосновать свое предположеніе, выяснивъ время возникновенія и продолжительность заболѣванія, иначе можно впасть въ ошибку и принять за сифились волчанку, туберкулезъ кожи, по формѣ иногда съ гуммами сходный, но развивающійся гораздо медленнѣе—годами, въ то время какъ для такого же дѣйствія и развитія пораженія такихъ же размѣровъ сифилису нужны недѣли, самое большее мѣсяцы. Если и эти данныя не даютъ возможность вполне ясно установить природу, страданія, надо анализировать дальше и съ помощью микроскопа изучить тончайшее клѣточное строеніе больной ткани и постигнуть ея внутреннюю природу. Иногда и это не помогаетъ, такъ какъ туберкулезъ и сифились оба суть хроническія инфекціи, одинаково раздражающія ткани и вызывающія въ нихъ подчасъ одинаковую реакцію. Тогда надо искать, нѣтъ ли въ тканяхъ туберкулезныхъ бациллъ и попытаться, не удастся ли привить и заразить кусочкомъ испытуемой ткани воспримчивое къ туберкулезу животное. Отрицательный результатъ прививки скорѣе будетъ говорить въ пользу сифилиса, потому что до сихъ поръ, повидимому, кромѣ обезьянъ, никто изъ животныхъ не оказался воспримчивымъ къ сифилису.

Приведенный примѣръ составляетъ одну изъ сотенъ тѣхъ діагностическихъ задачъ, которыя долженъ разрѣшить аналитическій умъ діагноста для вѣрнаго распознаванія сущности страданія. Ничѣмъ, никакой мелочью, никакимъ методомъ изслѣдованія нельзя пренебрегать, нельзя не знать ихъ въ поискахъ за сущностью болѣзни.

Діагностика сифилиса выработала при этомъ еще одно пробное испытаніе, помогающее иногда добратся до истины.

Если, предположимъ, мы имѣемъ предъ собой сыпь по тѣлу, язвы въ горлѣ или пораженіе внутреннихъ органовъ, относительно которыхъ существуетъ сомнѣніе, сифились ли произвелъ все это или нѣтъ, то назначаемъ ртутное или іодистое лѣченіе; если пораженіе сифилитической природы, то оно поддастся этому лѣченію и ослабнетъ или совсѣмъ исчезнетъ; если нѣтъ, то останется неизмѣненнымъ; конечно, для проявленія этого испытующаго дѣйствія лѣкарствъ нужно извѣстное время и извѣстная дозировка. Иначе опытъ не будетъ доказательнымъ и убѣдительнымъ.

Значить, встрѣчаясь съ какимъ нибудь отдѣльнымъ

симптомомъ, надо для вѣрнаго разслѣдованія его сифилитической природы воспользоваться всестороннимъ изслѣдованіемъ прошлаго и настоящаго организма—носителя интересующаго насъ пораженія, необходимо имѣть точное представленіе о формахъ проявленія сифилиса, нельзя обойтись безъ критическаго анализа дифференціальной діагностики. Затѣмъ, сложивъ всю сумму полученныхъ данныхъ, извлеченныхъ изъ этой собирательной и подготовительной работы, надо подвести совершенно объективно и безпристрастно вытекающіе отсюда итоги.

Импрессионизмъ и діагностика съ налету по одному симптому даже при большой клинической опытности ведутъ къ частымъ ошибкамъ и, самое главное, не увеличиваетъ, а уменьшаетъ сумму знанія и распознавательную остроту діагноста. Только правильная, логическая, постоянно само-контролируемая работа пытливаго ума ведетъ по вѣрному пути пониманія и точнаго анализа законовъ природы.

Сифились многообразенъ и много симптоматиченъ. Собрать, сложить воедино разбросанные по разнымъ тканямъ, разнымъ поверхностямъ, возникающіе въ настоящемъ и развивавшіеся въ прошломъ признаки болѣзни и по нимъ вывести безошибочное, убѣжденное, ясное заключеніе о несомнѣнномъ присутствіи сифилиса въ организмѣ,—вотъ задача всякаго, который занимается клиникой этой болѣзни.

И потому никогда не надо забывать объ основномъ требованіи—не ставить діагностики сифилиса, по отдѣльнымъ симптомамъ, а только по суммѣ ихъ.

ГЛАВА VII.

Леченіе сифилиса.

Бороться съ сифилисомъ нужно, поднимая общія силы организма и уничтожая самое инфекціонное начало специфическими лѣкарственными средствами.

Общее лѣченіе сифилиса заключается въ томъ, что сифилитики должны вести образцовый гигиенической образъ жизни физической и психической — избѣгать всяческихъ раздраженій, утомленій, волненій; хорошо питаться, остерегаться простуды и т. д. Указанія въ этомъ отношеніи могутъ быть почерпнуты въ обще-гигиеническихъ правилахъ.

Лѣченіе сифилиса.

Общія гигиеническія мѣропріятія.

При чемъ все таки надо обращать особенное вниманіе и бережливѣе всего обращаться съ нервной системой. (Избѣгать алкоголизма!).

Специфическія средства борьбы съ сифилисомъ: ртуть Hg и іодъ (въ видѣ его солей JK, JNa)

Специфическое лѣченіе сифилиса заключается въ введеніи въ организмъ ртути (во всѣхъ стадіяхъ болѣзни) и іодистаго калия (съ особеннымъ успѣхомъ при третичныхъ ея формахъ).

Что называемъ мы вообще специфическимъ средствомъ и специфическимъ лѣченіемъ?

Специфическимъ лѣченіемъ называется введеніе въ общую циркуляцію такихъ веществъ, которыя дѣйствуютъ благотворно для здоровія, непосредственно уничтожая основную причину болѣзни, и освобождаютъ отъ ея вреднаго вліянія клѣтки и соки организма. Между тѣмъ какъ *общее* лѣченіе и воздѣйствіе лѣкарственное и гигиеническое на больные органы и ткани имѣетъ цѣлью поднять силу жизненныхъ функцій организма и дать имъ возможность возстановить свое фізіологическое равновѣсіе и побороть своими, такъ сказать, природными средствами внѣдрившуюся болѣзнь.

Специфическія средства дѣйствуютъ сами отъ себя, такъ сказать, на свой страхъ и не только не повышаютъ своимъ внѣдреніемъ и своимъ воздѣйствіемъ жизнѣдѣтельности клѣтокъ организма, но иногда наносятъ имъ даже вредъ и понижаютъ ихъ силу.

Но въ то же время отсутствіе пользы, иногда даже вредъ приносимый воздѣйствіемъ специфическаго средства на самый организмъ больного, искупается сторицей радикальнымъ уничтоженіемъ болѣзнетворной причины, которая дѣлаетъ, такъ сказать, самую болѣзнь, составляетъ ея сущность и, будучи разъ уничтоженной, тѣмъ самымъ ведетъ къ исчезновенію и самого недуга.

Оставшись безъ бывшей здѣсь болѣзни, организмъ, хотя и потрясенный нѣскольکو вреднымъ вліяніемъ на свои животныя клѣтки лѣкарственнаго вещества, уничтожившаго основную причину болѣзни, приходитъ, однако, постепенно въ себя и возстанавляетъ свое нарушенное равновѣсіе.

Можно представить себѣ, однако, случай, когда специфическое средство, примѣненное въ дозахъ слишкомъ сильныхъ, настолько ослабитъ клѣтки организма, что онѣ не будутъ въ состояніи бороться съ причиной болѣзни, прійдутъ въ такое состояніе безпомощности и этимъ самымъ создадутъ для внѣдрившейся здѣсь болѣзни условія существованія настолько благоприятныя, что уже и специфическое воздѣйствіе лѣкарства съ ней не справится и не-

дугъ, неосиленный, наоборотъ, подкрѣпленный неумѣреннымъ воздѣйствіемъ при другихъ условіяхъ благотворнаго лѣкарства, безпрепятственно охватить и поразить организмъ.

Настоящихъ специфическихъ средствъ немного — это хина при маляріи, салициловый натръ при сочленовномъ ревматизмѣ, лѣчебныя сыворотки при инфекціонныхъ болѣзняхъ и—главнымъ образомъ—ртуть при сифилисѣ

1) Дѣйствіе ртути на здоровый и больной, но не сифилисомъ организмъ не повышаетъ и не усиливаетъ его жизнедѣятельности, скорѣе вредитъ всѣмъ его тканямъ. 2) Попытки повліять на сифилитическіе симптомы и уничтожить ихъ однимъ повышеніемъ общихъ силъ организма остаются безплодными, пока не прійдутъ тутъ на помощь ртуть или іодъ. 3) Сила, быстрота, избирательность воздѣйствія ртути на проявленія сифилиса составляютъ клиническое правило на столько бросающееся въ глаза, что нѣтъ сомнѣнія, что металлъ этотъ вліяетъ и убиваетъ въ корнѣ самую болѣзнь своими химическими и динамическими свойствами, а не обходнымъ путемъ подкрѣпленія природныхъ силъ организма

Насколько убѣдительно и ясно клиническое воздѣйствіе ртути на симптомы сифилиса, тѣмъ не менѣе сущность фармакологическаго вліянія этого цѣлебнаго металла на интимую сторону болѣзненнаго процесса для насъ еще не ясна.

Извѣстно, что ртуть и нѣкоторыя ея соединенія (сулема—двухлористый меркурій) суть сильныя дезинфицирующія и дѣйствуютъ губительно на низшіе организмы растительной (бактеріи) и даже животной жизни (назначеніе ртутной мази при плащицахъ, *pediculi pubis*).

Извѣстно, что металлъ этотъ образуетъ съ бѣлками организма ртутныя альбуминаты и предполагается, что въ силу того же ртути связываетъ также и гипотетическія организованныя клѣтки сифилитическаго яда.

Послѣднія, оспариваемыя но все-таки не опровергнутыя работы *Justus'*а показали при лѣченіи ртутномъ въ самыхъ высыпныхъ сифилитическихъ кожныхъ элементахъ — папулахъ — присутствіе мельчайшихъ частицъ вводимаго въ организмъ металла.

Замѣчено также, что въ началѣ ртутнаго лѣченія, (когда повидимому связываются металломъ гипотетическія бѣлковыя частицы сифилитическаго яда и бѣлки организма

Почему ртуть должна считаться средствомъ специфическимъ въ борьбѣ съ сифилисомъ?

Фармакодинамика ртути при сифилисѣ.

самого лѣкарствомъ еще не сильно измѣнены) на ряду съ быстрымъ исчезновеніемъ явленій сифилиса растутъ и силы организма—выравниваются бывающіе здѣсь въ началѣ вторичнаго періода недочеты въ составѣ крови, больной прибавляется въ вѣсѣ, исчезаетъ его блѣдность.

Но, если пресытить организмъ ртутью—это не дѣлаетъ его иммуннымъ, невосприимчивымъ къ зараженію сифилисомъ и кромѣ того, если ненадлежащимъ лѣченіемъ ртутнымъ (слишкомъ сильнымъ или слишкомъ продолжительнымъ) ослабить организмъ и довести его до отравленія, то въ такомъ случаѣ можетъ статья, что и самыя явленія сифилиса останутся внѣ вліянія ртути и не поддадутся ея дѣйствию. Можно думать, что при этомъ металлъ настолько ослабляетъ жизнедѣятельность клѣтокъ организма больного, что превращаетъ ихъ въ превосходную питательную среду для развитія сифилиса и его гипотетическихъ, но все-таки несомнѣнныхъ микробовъ, и этимъ самымъ настолько ихъ усиливаетъ, что даже губительная при другихъ условіяхъ для нихъ ртуть не можетъ тутъ съ ними справиться.

Какъ лѣчится первичное поражение сифилитическое?

Первичное поражение — шанкръ и сопутствующій ему бубонъ, лѣчатъ, обыкновенно, только *мѣстно*: язва содержится въ чистотѣ, по возможности антисептично (борныя обмыванія и примочки), подъ индифферентными присыпками или, самое большее, тутъ назначается ртуть въ видѣ мѣстнаго приложенія пластыря или мази, содержащей этотъ металлъ въ слабомъ соединеніи.

Что такое общее дѣйствіе лѣкарствъ?

Общее ртутное лѣченіе (т. е. введеніе лѣкарства такими путями и въ такомъ количествѣ, чтобы повліять имъ на всѣ ткани и органы больного и на находящіяся въ нихъ патологическія измѣненія и ихъ причину) обыкновенно при первичныхъ явленіяхъ сифилиса не назначается

Это дѣлается потому, что, *во первыхъ*, не всегда по виду шанкра можно съ увѣренностью сказать, сифились ли предъ нами или нѣтъ, и только общія конституціональныя явленія доказываютъ это непреложно (припуханіе железъ, *roseola*, *angina* и т. д.); *во вторыхъ*, опытъ показываетъ, что то обстоятельство, что начало ртутнаго лѣченія совпадаетъ (по времени) съ появленіемъ вторичныхъ явленій, не отзывается вредно на здоровьи сифилитиковъ и не подвергаетъ ихъ опасности укорененія и усиленія инфекции.

Почему при первичномъ склерозѣ не назначаютъ еще общаго ртутнаго лѣченія?

Въ третьихъ, говорятъ также, что, начиная общее

лѣченіе сифилиса и введеніе ртути въ организмъ до появленія общихъ, вторичныхъ явленій—въ присутствіи только твердаго шанкра, мы не можемъ все таки избавить организмъ отъ развитія въ немъ конституціональныхъ явленій болѣзни, въ крайнемъ случаѣ развѣ отдалить ихъ, но за то эти запоздалые симптомы инфекции теряютъ свою правильную хронологическую періодичность, появляются неожиданно, такъ сказать, не въ попадъ, во время или сейчасъ послѣ лѣченія. что разстраиваетъ терапевтическіе планы борьбы съ инфекціей и ихъ правильное проведеніе.

При этомъ лѣченіе и потребленіе ртути не можетъ, такъ сказать, попасть въ тактъ, спѣться съ болѣзнью и ея проявленіями.

Однако, есть клиницисты, которые рекомендуютъ начинать общее лѣченіе сифилиса еще въ эпоху развитія однихъ только первичныхъ явленій его и нужно согласиться, что никто не станетъ возражать противъ этого въ случаѣ, если бы, во первыхъ, діагнозъ сифилиса представлялся свободнымъ отъ всякихъ сомнѣній, что при склерозѣ первичномъ не такъ уже часто; во-вторыхъ, если теченіе шанкра, его распадъ, омертвѣніе или особенности локализациі (напр. на вѣкъ, или же конъюнктивѣ глаза, или же въ глубинѣ глотки, или же у задняго прохода) мѣшаютъ и затрудняютъ отправленіе важныхъ фізіологическихъ функцій или же беспокоятъ больного, болятъ и мѣшаютъ ему.

Обыкновенно, все-таки, въ настоящее время общее лѣченіе сифилиса начинается одновременно съ появленіемъ множественныхъ вторичныхъ явленій этой болѣзни.

Оно состоитъ въ введеніи въ организмъ разнообразными путями ртути.

Ртуть попадаетъ въ соки и ткани больныхъ четырьмя путями: черезъ пищеварительный трактъ—приемами лѣкарства внутрь—черезъ ротъ (*per os*), втираніемъ въ кожу металла, вдыханіемъ черезъ легкія и впрыскиваніемъ подъ кожу и въ другія ткани.

Методъ этотъ старинный и заключается въ проглатываніи разныхъ сироповъ и пилюль, содержащихъ ртуть. Его удобства въ томъ, что больной можетъ, не отвлекаясь отъ своихъ занятій и не тратя лишняго времени на сложныя манипуляціи другихъ способовъ введенія ртути въ организмъ, лѣчить этимъ простымъ путемъ свою болѣзнь.

Его неудобства: 1) Неизвѣстность—сколько именно

Иногда возможно и нужно начинать общее лѣченіе сифилиса ртутью до развитія конституціональныхъ признаковъ болѣзни.

Начало общаго лѣченія сифилиса.

Въ чемъ оно состоитъ?

Какіе существуютъ методы и пути введенія ртути въ организмъ?

Способъ введенія ртути *per os*.

ртути вводится въ организмъ и сколько выводится непо-
требленной экскрементами. 2) Раздраженіе пищеваритель-
ныхъ путей à la longue, а иногда и сразу отъ продолжи-
тельныхъ пріемовъ трудно варимыхъ и ѣдкихъ соединеній
этого тяжелаго металла, что выражается поносами, рво-
тами, болями и т. д.

Методъ втира-
нія ртути въ
кожу.

Черезъ кожу ртуть вводится въ организмъ посред-
ствомъ втиранія въ эпидермисъ мазей, содержащихъ этотъ
металлъ, причемъ онъ поступаетъ въ соки больного тѣла
и его ткани главнымъ образомъ, повидимому, вдыханіемъ
черезъ дыхательные пути (*легкія*) неизбѣжно образующихся
при этомъ паровъ ртути вслѣдствіе невидимаго и непрерыв-
наго испаренія ея въ окружающую атмосферу. Между тѣмъ
какъ вопросъ о всасываніи лѣкарствъ *черезъ кожу* еще не
окончательно рѣшенъ и повидимому здоровая, неповреж-
денная кожа непроницаема.

Способъ лѣче-
нія вдыханіемъ
ртутныхъ па-
ровъ.

На этомъ основаніи Стокгольмскій ученый *Welanders*
предложилъ лѣчить сифилисъ однимъ вдыханіемъ ртути,
что достигается ношеніемъ на тѣлѣ мѣшковъ, содержа-
жихъ этотъ металлъ, медленное, непрерывное и невидимое
испареніе котораго и ведетъ къ его поступленію въ орга-
низмъ больного черезъ дыхательные пути.

Способъ этотъ примѣнялся и прежде еще; между про-
чимъ онъ популяренъ въ народной медицинѣ и извѣстенъ
тамъ въ формѣ окуриваній въ парахъ киновари (HgS), ра-
скаленной на горячихъ камняхъ.

Но повидимому поступленіе ртути въ организмъ этимъ
путемъ происходитъ слабое и способъ этотъ можно реко-
мендовать лишь, какъ вспомогательный при временной не-
возможности правильно лѣчиться, напримѣръ, во время пу-
тешествій.

Способъ этотъ составляетъ наиболѣе энергичное лѣ-
ченіе сифилиса, и въ настоящее время примѣняется съ
этой цѣлью повсемѣстно и преимущественно предъ другими
методами. Онъ состоитъ въ введеніи чрезъ посредство
Працаевскаго шприца ртути и ея соединеній, въ водныхъ
растворахъ или эмульсіяхъ, въ извѣстныхъ дозахъ, черезъ
извѣстные промежутки времени, въ подкожную клѣтчатку,
мышцы (ягодичныя) или даже въ кровеносные сосуды.
При этомъ надо всегда помнить слова *профессора Посты-
лова*, что неизбѣжной травмѣ и поврежденію, какимъ
представляется несомнѣнно всякое ртутное впрыскиваніе,
предпочтительно нужно подвергать ткани низшаго порядка

Методъ под-
кожныхъ впры-
скиваній ртути
и его примѣне-
ніе при лѣченіи
сифилиса.

и охотнѣе травматизировать съ этой цѣлью подкожную клѣтчатку, чѣмъ мышечные слои, охотные мышцы, чѣмъ сосудистыя стѣнки, какъ это было предложено нѣсколько лѣтъ назадъ итальянскимъ ученымъ *Baceli* въ видѣ внутривенныхъ инъекцій сулемы.

Преимущества метода лѣченія сифилиса впрыскиваніемъ ртутныхъ соединеній: 1) точность дозировки; 2) быстрота дѣйствія лѣкарства, что особенно важно тамъ, гдѣ теченіе сифилиса и его симптомы становятся угрожающими и ведутъ къ невозстановимымъ разрушеніямъ.

Недостатки инъекцій: 1) боль развивающаяся при этомъ въ мѣстѣ „укола“; 2) необходимость частаго посѣщенія врача для производства этой маленькой операціи.

Препараты ртути, назначаемые при лѣченіи сифилиса, бываютъ очень различныя. Чаще всего примѣняется такъ называемая сѣрая мазь (*Unguentum griseum, Napolitanum*) — т. е. металлическая ртуть въ соединеніи съ разными жирами — для втираній; то же лѣкарственное вещество въ простѣйшемъ его металлическомъ состояніи можно примѣнять взвѣшеннымъ въ маслахъ и для впрыскиваній (*Сѣрое масло Lang'a*).

Какіе препараты ртути употребляются при лѣченіи сифилиса?

Внутрь принимаютъ сулему и іодистыя соединенія ртути, иногда каломель.

Впрыскиванія ртутныя дѣлаются какъ растворимыми водными солями ртути (сулемой, двуцианистой ртутью и т. д.), такъ и нерастворимыми препаратами ея (каломелемъ, салициловой ртутью, желтой окисью ея и т. д.) въ видѣ эмульсіи въ маслѣ или жидкомъ парафинѣ.

Предполагаютъ, что *растворимыя* соединенія ртути, попавъ въ организмъ, сейчасъ же соединяются съ соками его и даютъ ртутныя альбуминаты, развивающіе свое физиологическое и цѣлебное дѣйствіе.

Способъ дѣйствія и разница между воздѣйствіемъ препаратовъ ртути растворимыхъ и не растворимыхъ.

Относительно *нерастворимыхъ* меркуріальныхъ соединеній принято думать, что онѣ по введеніи ихъ въ ткани образуютъ туть складъ, депо металла, который затѣмъ постепенно оmyвается соками организма и переводится въ соединенія ртути *растворимыя* и въ свою очередь эти послѣднія ведутъ къ образованію ртутныхъ альбуминатовъ.

Въ виду этого растворимые препараты ртути вводятся въ организмъ небольшими дробными дозами, которыя видимому потребляются сразу, но за то подвозъ лѣкарства долженъ быть очень часто возобновляемъ.

Нерастворимыя соединенія меркурія приписываются

сразу большими дозами, (такъ называемыя „массивныя инъекціи“,) вводимыми черезъ большіе промежутки времени и оттуда уже, изъ этой складочной массы, по мѣрѣ надобности организмъ черпаетъ нужное ему количество металла

Однако въ дѣйствительности это не всегда бываетъ такъ, и такое предполагаемое правильное и постепенное потребленіе лѣкарства изъ органическаго депо не всегда имѣетъ мѣсто; иногда его поступаетъ въ общую циркуляцію больше, чѣмъ нужно, и порой наступаетъ даже насыщеніе организма ртутью или даже отравленіе ею.

Вотъ въ этомъ главная опасность примѣненія нерастворимыхъ ртутныхъ препаратовъ для инъекцій; между тѣмъ онѣ имѣютъ огромное удобство и преимущество въ томъ, что, пользуясь ими, больной можетъ являться для „укола“ не чаще чѣмъ разъ въ недѣлю.

Какъ обыкновенное правило лѣченіе ртутное должно поставить себѣ цѣлью и вмѣстѣ съ тѣмъ взять критеріемъ исчезновеніе видимыхъ явленій сифилиса.

При примѣненіи какого либо препарата ртути въ дозѣ достаточно сильной мы видимъ, что уже черезъ нѣсколько дней (иногда на четвертый, пятый) послѣ начала лѣченія (тутъ имѣются въ виду главнымъ образомъ, подкожныя впрыскиванія и особенно растворимыхъ препаратовъ; при втираніяхъ терапевтическій эффектъ наступаетъ нѣсколько позднѣе и еще медленнѣе дѣйствуетъ ртуть при приѣмахъ *per os*, высыпанія кожныя сифилитическія теряютъ свою живую окраску, блѣднѣютъ, увядаютъ; гнойное и сукровичное отдѣленіе ихъ присыхаетъ; корки и чешуйки отшелушиваются. Еще проходитъ нѣсколько дней—иногда недѣля и *roseola* исчезаетъ совершенно, а папулы осѣдаютъ и рассыиваются. Тоже происходитъ, только немного позднѣе, и съ другими высыпными элементами. — Всѣ они оставляютъ послѣ себя еще нѣкоторое время гиперемію и пигментацію.

Однако необходимо продолжать лѣченіе еще нѣкоторое время послѣ клиническаго исчезновенія всѣхъ симптомовъ, по поводу которыхъ и начато было введеніе въ организмъ ртути, потому что опытъ показываетъ, что, если прекратить подвозъ металла сейчасъ же послѣ „побѣлки“, какъ говорятъ французы, внѣшнихъ покрововъ и освобожденія ихъ отъ признаковъ сифилиса, то возвратъ болѣзни не заставитъ себя долго ждать; въ томъ же можемъ мы убѣдиться гистологически: если вырѣзать кусочекъ кожи, соотвѣтствующій мѣсту *только что* исчезнувшихъ подѣ

Какъ вліяетъ ртуть клинически на сифилис и его явленія?

Какъ долго надо продолжать лѣченіе отдѣльных симптомовъ?

вліяніемъ лѣченіе высыпныхъ элементовъ сифилиса, то можно убѣдиться, что здѣсь еще долго держатся специфическія измѣненія: утолщеніе кровеносныхъ сосудистыхъ стѣнокъ и мелко-клеточная инфильтрація вокругъ.

Во всякомъ случаѣ, при обычномъ теченіи болѣзни и лѣченія надо три—четыре недѣли для полного исчезновенія сыпи сифилитической и потому продолжительность отдѣльнаго ртутнаго курса должна быть мѣсяца въ полтора, въ крайнемъ случаѣ два.

Клинической опытъ показываетъ, что довольствоваться одними такими курсами лѣченія, назначаемыми только при наличности симптомовъ сифилиса, не возможно и что лучше всего болѣзнь излѣчивается и больной освобождается отъ частыхъ ея возвратовъ и гарантируется въ извѣстной степени отъ позднихъ припадковъ недуга—повторными курсами введенія ртути, продѣлываемыми съ извѣстными перерывами и по извѣстному типу въ продолженіи первыхъ трехъ—четырехъ лѣтъ послѣ зараженія и, даже больше этого, *послѣ послѣдняго проявленія сифилиса въ организмѣ.*

Какъ долго надо продолжать лѣченіе сифилиса вообще?

Методъ этотъ—повторныхъ ртутныхъ дезинфекцій организма—предложенный въ свое время прф. *Fournier*'омъ, въ настоящее время можетъ считаться общепринятымъ и обширныя наблюденія, дѣлаемая въ этомъ направленіи врачами всего міра, покажутъ со временемъ, можетъ ли ртуть примѣняемая такъ методически предохранять и излѣчивать сифились.

Дезинфекціи ртутныя по проф. А. Fournier

Въ настоящее время такой статистики еще почти не существуетъ, но клинической опытъ все-таки указываетъ на этотъ способъ лѣченія сифилиса, какъ на наилучшій.

Въ общемъ, схематически обобщая, можно сказать, что больной, заразившійся сифилисомъ и перенесшій обязательныя проявленія болѣзни—первичныя и вторичныя—аккуратно и тщательно (съ извѣстными перерывами въ приемахъ ртути и по извѣстному плану) лѣчившійся все это время и еще три-четыре года послѣ исчезновенія послѣднихъ симптомовъ инфекціи, *такой больной*, который къ тому же все это время провелъ подъ наблюденіемъ врача, и велъ гигиенической образъ жизни, и не отягченъ порочной наслѣдственностью, *долженъ быть признанъ излеченнымъ* или, выражаясь точнѣе, о немъ можно сказать, что имъ и для него сдѣлано все возможное при настоящемъ состояніи нашихъ знаній для достиженія излѣченія

сифилиса, каковое и представляется тутъ въ высокой степени вѣроятнымъ.

Такой индивидуумъ, котораго нельзя уже назвать сифилитикомъ и о которомъ можно сказать только, что у него сифились былъ, представляется въ это время уже не опаснымъ, какъ для себя, такъ и для окружающихъ, и такой человѣкъ имѣетъ право вступить въ бракъ. Однако, принимая во вниманіе отсутствіе осязательнаго критерія, который показалъ бы намъ непреложно, что болѣзни тутъ нѣтъ, что она не гнѣздится и не гложетъ гдѣ-нибудь еще здѣсь, имѣя въ виду эту шаткость доказательства излѣчимости сифилиса, всякій, перенесшій когда-либо эту болѣзнь, долженъ постоянно помнить о фактѣ своего заболѣванія, долженъ подвергаться отъ времени до времени врачебному осмотру и при всякомъ недомоганіи долженъ поставлять въ извѣстность о томъ же лѣчащаго его врача.

Все это необходимо въ виду той минимальной, ничтожной вѣроятности вспышки возврата болѣзни, какая представляется здѣсь еще возможной въ это время и послѣ такого идеальнаго лѣченія.

Исполнивъ и это послѣднее требованіе, такой индивидуумъ, перенесшій когда-либо сифились, удовлетворитъ тѣмъ самымъ всѣмъ условіямъ идеальнаго лѣченія и проявитъ высокое сознательное отношеніе къ своимъ обязанностямъ по отношенію къ себѣ и окружающимъ. Онъ обезпечитъ себѣ еще тѣмъ самымъ несомнѣнную возможность въ случаѣ (довольно невѣроятномъ, конечно,) появленія какого либо поздняго симптома—захватить его въ самомъ началѣ развитія и этимъ самымъ окончательно и радикально уничтожить его и нейтрализовать, парализовать вредъ могущій сдѣлаться непоправимымъ, если болѣзнь, оставшаяся нераспознанной, скрытой, укоренится и особенно въ органахъ, высоко-организованные ткани и клѣтки которыхъ не способны къ возрожденію и, разъ погибнувъ, замѣняются индифферентной соединительной тканью.

Во время ртутнаго лѣченія надо обращать особенное вниманіе на туалетъ полости рта и на хорошее состояніе десенъ.

Иначе можетъ развиваться очень непріятное осложненіе, препятствующее правильному ходу терапіи—ртутное пораженіе десенъ и слизистой щекъ.

Локализируются эти болѣзненные измѣненія—на деснахъ, особенно у четырехъ нижнихъ рѣзцовъ, у зубовъ

Меркуріальный
стоматитъ и
гингивитъ.

Симптомы ихъ.

мудрости, у зубовъ испорченныхъ, каріозныхъ, обломанныхъ и соотвѣтственныхъ, прилегающихъ частяхъ слизистой щекъ, губъ и боковой поверхности языка. При этомъ заболѣваніе начинается легкимъ покраснѣніемъ десенъ, набуханіемъ ихъ сосочковъ; ощущается металлическій непріятный вкусъ и появляется слюнотеченіе.

Постепенно десны становятся темнокрасными и сильно набухаютъ. То же можно замѣтить на прилегающихъ къ деснамъ слизистой щекъ и языка.

Если подавить на сосочки десенъ, они кровоточатъ или же изъ нихъ просачиваются капли гноя (*pyorrhoea alveolaris*). Онъ скопляется тутъ въ большемъ количествѣ, получается, такъ сказать, гнойное расплавленіе сосочковъ, они укорачиваются, отстаютъ отъ зубовъ и послѣдніе вслѣдствіе этого кажутся удлинненными.

Потомъ наступаетъ поверхностное эродированіе и изъязвленіе слизистой десенъ и прилегающихъ къ нимъ частей, губъ, щекъ и языка. Здѣсь развиваются грязно-бѣлыя дифтеритическія пленки. Языкъ опухаетъ, отекаетъ, увеличивается въ объемъ и не помѣщается свободно во рту. Слюнотеченіе усиливается. Зловонный запахъ изо рта, чувство сухости во рту, общее недомоганіе, потеря аппетита, иногда даже повышеніе температуры—все это явленія, которыя сопровождаютъ ртутное пораженіе слизистой рта.

Больной не можетъ ѣсть, съ трудомъ говорить, и состояніе его мучительно.

Если и послѣ этого подвозъ ртути въ организмъ продолжается (Въ настоящее время только при томъ условіи, что причина и характеръ такого стоматита не распознаны и потребленіе больнымъ ртути неизвѣстно врачу; въ прежнія же эпохи такое специфическое воспаленіе слизистой рта и отравленіе ртути считалось желательнымъ и даже обязательнымъ. Сифилитики, лѣчащіеся ртутью, должны были выплевывать извѣстное количество слюны въ день (измѣрявшееся фунтами) и это служило благопріятнымъ мѣриломъ успѣшности лѣченія), то меркуріальное отравленіе становится все значительнѣе; ткани поражаются все глубже и глубже, изъязвленіе и распадъ со слизистой десенъ переходитъ на надкостницу, зубы расшатываются и выпадаютъ.

Омертвѣваютъ даже крупные части челюстей.

Исходомъ такого стоматита, встрѣчавшагося лишь прежде, бывали секвестрація челюстныхъ костей, анкилози-

Взглядъ на
значеніе мер-
куріальнаго
стоматита для
организма
прежде и теперь

рование ихъ и грубые стягивающіе рубцы, мѣшающіе ѣсть и говорить, сильно уродующіе и причиняющіе много мученій больнымъ.

Къ счастью въ настоящее время на ртутный стоматитъ смотрятъ, какъ на явленіе нежелательное, бесполезное и вредное, и всячески избѣгаютъ его

Причины развитія меркуріализма въ полости рта.

Причины развитія ртутнаго стоматита и гингивита по видимому слѣдующія.

Тутъ вліяетъ нѣсколько факторовъ.

1) Введеніе ртути въ организмъ

Во-первыхъ, ослабленіе фізіологической силы клѣтокъ организма и въ частности слизистой полости рта отъ введенія ртути въ организмъ.

2) Механическое давленіе зубовъ.

Во-вторыхъ, механическое давленіе со стороны зубовъ на прилегающую и окружающую ихъ слизистую полости рта.

Моментъ этотъ очень важный, безусловно необходимъ и играетъ большую роль въ патогенезѣ — т. е. происхожденіи болѣзненнаго развитія ртутнаго пораженія слизистой рта.

Тамъ, гдѣ не существуетъ и самой возможности механическаго раздраженія и давленія отъ зубовъ на слизистую, тамъ не наблюдается и стоматита специфическаго. Такъ, нѣтъ его у беззубыхъ дѣтей и стариковъ, хотя бы они неумѣренно лечились ртутью. Или, еще лучше, на фабрикахъ, гдѣ обрабатывается ртуть и она служитъ матеріаломъ для работы, рабочіе страдаютъ общимъ хроническимъ меркуріализмомъ и между прочимъ и ртутнымъ стоматитомъ и гингивитомъ. Подъ вліяніемъ его выпадаютъ всѣ зубы и тогда прекращаются и исчезаютъ всѣ проявленія ртутнаго отравленія въ полости рта и на деснахъ.

И тѣмъ не менѣе, этихъ двухъ факторовъ — *общаго* — подвоза ртути въ организмъ — и *мьстнаго* — присутствія зубовъ и механическаго отъ нихъ раздраженія — еще не достаточно для возникновенія симптомовъ меркуріализма во рту. Безъ нихъ, конечно, не могутъ возникнуть всѣ описанныя пораженія, но и они одни не обусловливаютъ и не вызываютъ болѣзни. Иначе всякій сифилитикъ лѣчашійся ртутью и имѣющій зубы страдалъ бы меркуріальнымъ стоматитомъ. Но это не соотвѣтствуетъ дѣйствительности и есть, наоборотъ, цѣлый рядъ больныхъ, долго, цѣлые годы лѣчашихся ртутью и не разу не обнаружившихъ какихъ-либо лѣкарственныхъ пораженій въ полости рта. Для возникновенія меркуріальнаго стоматита и гинги-

вита необходимо присутствіе еще одного *третьяго* фактора — *плохого содержанія полости рта*.

Слизистую ея поражаетъ ртуть только при условіи, что *a)* состояніе десенъ ненормально — существуетъ піоррея альвеолярная, онѣ вялы, легко кровоточатъ и на соотвѣтствующихъ имъ поверхностяхъ зубовъ есть скопленіе виннаго камня; *b)* самые зубы кромѣ того бываютъ при этомъ каріозны, обломаны, и рѣжущіе края ихъ раздражаютъ и травмируютъ слизистую; *c)* послѣдняя къ тому же особенно охотно заболѣваетъ при ртутномъ лѣченіи у курильщиковъ, алкоголиковъ или у такихъ больныхъ, которые всячески раздражаютъ, мало ухаживаютъ и пренебрегаютъ туалетомъ своего рта.

3) Плохое содержаніе полости рта.

Всегда тамъ, гдѣ ротъ у сифилитиковъ составляетъ *locus minoris resistentiae*, и обнаруживаются охотнѣе всего мѣстные симптомы отравленія его лѣкарственнымъ и цѣлебнымъ тяжелымъ металломъ, вводимымъ въ организмъ.

Патогенезъ меркуріальнаго стоматита.

Клѣтки слизистой рта, неаккуратно содержаго, съ плохими каріозными зубами, торчащими корешками и гноящимися деснами, съ опаловидными помутнѣніями на внутренней сторонѣ щекъ отъ усиленнаго куренія и темно-краснымъ зѣвомъ отъ ожоговъ спиртными напитками, не выдерживаютъ ослабляющаго ихъ введенія ртути, выводятся изъ своего фізіологическаго равновѣсія, и тогда-то выступаютъ на первый планъ и быстро развиваетъ свое патологическое воздѣйствіе полиморфная, безчисленная бактеріальная флора полости рта, его многочисленная колонія микробовъ, всегда здѣсь присутствующая, но молчаливая, безсильная и безвредная при нормальныхъ условіяхъ и сейчасъ же становящаяся губительной, какъ только организмъ ослабѣваетъ и убавившаяся фізіологическая сила нормальной клѣтки организма съ ними не можетъ справиться.

Въ развитіи меркуріальнаго стоматита микробамъ полости рта принадлежитъ видная роль, не причинная, но способствующая, благопріятствующая и въ то же время очень постоянная и упорная. Присутствіе бактерій, ихъ размноженіе и разложеніе тканей накладываетъ на клиническую картину меркуріальнаго стоматита глубокой и характерный отпечатокъ.

Чтобы уменьшить и уничтожить это вредное вліяніе механическаго давленія зубовъ на слизистую, ослабленную *мѣстнымъ* плохимъ состояніемъ полости рта и *общимъ*

Профилактика стоматита меркуріальнаго.

введеніемъ ртути въ организмъ, надо, какъ непремѣнное правило, предъ началомъ ртутнаго лѣченія привести въ порядокъ полость рта: оживить десны, снять винный камень, удалить корешки, запломбировать каріозные зубы и уничтожить піоррею альвеолярную.

Взаимодѣйствіе
одонтологовъ и
сифилитологовъ
при лѣченіи
сифилиса.

И потому въ этой области врачъ—сифилитологъ долженъ идти рука объ руку съ одонтологомъ и безъ его помощи онъ иногда можетъ быть поставленъ въ невозможность продолжать лѣчение сифилиса.

Можетъ случиться такъ, что, начавъ ртутное лѣчение по поводу многочисленныхъ кожныхъ и другихъ проявленій сифилиса, врачъ скоро убѣдится въ невозможности его продолжать потому, что вслѣдствіе плохого состоянія полости рта—отложенія виннаго камня, присутствія каріозныхъ зубовъ, піорреи альвеолярной и т. д. — у больного развивается сильный ртутный стоматитъ и гингивитъ, требующій для своего умиротворенія полного отсутствія подвоза ртути и мѣстнаго тщательнаго лѣченія. Если туалетъ полости рта въ это время все-таки не будетъ сдѣланъ основательно и тщательно, то при первой же попыткѣ вновь ввести ртуть въ организмъ, повторится то же, а именно: меркуріальное пораженіе въ полости рта возгорится съ новой силой.

На временное и непрочное успокоеніе этихъ явленій понадобятся недѣли и больше; а тѣмъ временемъ явленія сифилиса, не сдерживаемыя и не уничтожаемыя недостаточнымъ, слабымъ дѣйствіемъ малого количества ртути, будутъ упорствовать и организмъ, пропитанный сифилитическимъ ядомъ, можетъ подвергнуться большой опасности.

Меркуріальный
стоматитъ не
есть признакъ
пресыщенія ор-
ганизма ртутью.

Мы видимъ слѣдовательно, что мѣстные симптомы меркуріальнаго отравленія—ртутный стоматитъ—не суть всегда признаковъ пресыщенія всего организма ртутью, потому что ее тутъ можетъ быть введено количество совсѣмъ малое, и во всякомъ случаѣ, недостаточное для воздѣйствія на симптомы сифилиса. И потому такое мѣстное лѣкарственное пораженіе говоритъ только о плохомъ состояніи полости рта, о томъ, что эта область составляетъ *locus minoris resistentiae* организма.

Чтобы выйти изъ этого заколдованнаго порочнаго круга (*circulus vitiosus*)—явленій сифилиса, назначенія ртутнаго лѣченія, развитія мѣстнаго меркуріализма, пріостановки лѣченія, усиленія симптомовъ сифилиса, новой попытки лѣченія, новаго взрыва меркуріализма и т. д.

— возможно только одно — привести въ надлежащій порядокъ полость рта — десны, зубы и слизистую щекъ и тогда можно смѣло приступить къ энергичному меркуріальному лѣченію и не надо бояться повторенія подобныхъ явленій.

Профилактика при ртутномъ пораженіи полости рта, значить, должна состоять въ томъ, что сифилитологъ предъ назначеніемъ общаго ртутнаго лѣченія при сифилисѣ долженъ осмотрѣть ротъ и, убѣдившись въ неисправномъ его состояніи, направить больного къ зубному врачу для приведенія его въ порядокъ, а для этого, кстати, есть очень удобное время и достаточный срокъ, въ нѣсколько недѣль, если больной обращается къ врачу съ твердымъ шанкромъ и если для выясненія окончательнаго діагноза приходится выжидать всю вторичную инкубацію, т. е. время между появленіемъ склероза и постепеннымъ проявленіемъ общихъ конституціональныхъ явленій сифилиса, когда только обыкновенно и начинаютъ ртутное общее лѣчение

Еще о профилактикѣ при меркуріальномъ стоматитѣ.

Во время самого ртутнаго леченія рекомендуется непрерывно и по нѣсколько разъ въ день прополаскивать ротъ какимъ либо дезинфицирующимъ или озонирующимъ воднымъ растворомъ — борной кислотой, Бертолетовой солью, марганцево кислымъ кали, катарроломъ и т. д. и т. д.

Необходимо, особенно при втираніяхъ, обратить вниманіе больныхъ на то, чтобы они хорошо провѣтривали комнату, въ которой проводятъ большую часть времени днемъ и въ которой спятъ. Не надо во время сна покрывать головы одѣяломъ. Иначе пары ртути, находящіяся въ воздухѣ комнаты, гдѣ больной дѣлаетъ втираніе сѣрой мази и гдѣ онъ остается потомъ цѣлый день, могутъ служить вреднымъ моментомъ для развитія стоматита.

Да и при другихъ способахъ введенія ртути пребываніе на свѣжемъ воздухѣ устраняетъ очень часто опасность развитія ртутнаго пораженія полости рта, и замѣчено, что амбулаторные больные лѣчащіеся ртутью, гораздо меньше страдаютъ меркуріальнымъ стоматитомъ, чѣмъ тѣ сифилитики, которые проживаютъ во время лѣченія специфическаго въ скученныхъ и плохо вентилируемыхъ больничныхъ палатахъ.

Вредное вліяніе ртути на полость рта и развитіе меркуріальнаго стоматита можетъ наблюдаться не только тогда, когда больной лѣчится *самъ* ртутью и вводитъ ее

Посредственное вызваніе меркуріальнаго стоматита.

въ свой организмъ, но возникаетъ и, такъ сказать, посредственно, у людей находящихся въ атмосферѣ насыщенной ртутными парами. Такого происхожденія, на примѣръ, стоматитъ меркуріальный у кошекъ, спящихъ подъ однимъ одѣяломъ съ проститутками, дѣлающими себѣ втиранія, въ Мясницкой Больницѣ въ Москвѣ.

Сюда же надо отнести меркуріальное поражение полости рта у одного господина, ножки кровати котораго были смазаны сѣрой ртутной мазью для уничтоженія клоповъ.

Лѣченіе меркуріальнаго стоматита.

Терапія уже *развившагося* ртутнаго пораженія полости рта должна заключаться: *во первыхъ*, въ прекращеніи приемовъ ртути, *во вторыхъ*, въ дезинфекціи очень тщательной полости рта, *въ третьихъ*, въ массированіи щеточкой зубной десень и помазываніи ихъ вяжущими растворами (T-rae Gallarum, Rataniae, Myrrhae и т. д.) и *самое главное*—надо больного направить къ зубному врачу для приведенія зубовъ и десень въ порядокъ.

Въ особенно тяжелыхъ и упорныхъ случаяхъ, когда стоматитъ ртутный такъ разгорается, что его трудно и невозможно унять, надобно, какъ это сразу не покажется парадоксальнымъ, прибѣгнуть къ дезинфекціи полости рта полосканіемъ растворомъ сулемы (1:4000), т. е. къ той же ртути, которая и вызвала всю болѣзненную картину пораженія.

Но тутъ мы имѣемъ въ виду несравненное сильно-бактерицидное дѣйствіе двухлористой ртути.

Дѣло въ томъ, что вредные моменты, выводящіе клѣтки слизистой изъ ихъ физиологическаго равновѣсія: общее дѣйствіе ртути, плохое состояніе десень, давленіе зубовъ, раздраженіе пищей, табакомъ, алкоголемъ—все это ведетъ къ тому, что поколебавшаяся въ своемъ питаніи слизистая полости рта дѣлается жертвой безчисленной бактериологической флоры, всегдашней обитательницы полости рта, но становящейся, такъ сказать, опасной и болѣзнетворной только тогда, когда ткани и клѣтки организма ослабѣваютъ и не въ состояніи больше нейтрализовать, какъ въ нормѣ, ея вреднаго вліянія и воздѣйствія.

И только такое незамѣнимое *desinficiens*, какъ сулема, можетъ принести дѣйствительную пользу здѣсь—въ разгарѣ этихъ ртутныхъ стоматитовъ, когда бактериальное броженіе достигаетъ необычайной силы.

Эта польза съ избыткомъ искупаетъ проблемати-

ческий и во всякомъ случаѣ ничтожный вредъ, который можетъ произойти отъ еще небольшого ослабленія вслѣдствіе *наружнаго* примѣненія ртути клѣтокъ слизистой рта, ослабленныхъ очень сильно *общими* приемами того же ртути.

Второе могущественное средство для борьбы съ сифилисомъ есть іодъ (J) и его соединенія; въ особенности JK (іодистый калий) и JNa (іодистый натръ), примѣненные въ первый разъ съ огромнымъ успѣхомъ въ первой половинѣ прошлаго столѣтія.

Іодъ и назначеніе его при лѣченіи сифилиса.

Опытъ клинической показалъ, что іодистыя соли мало дѣйствительны при симптомахъ первичнаго и вторичнаго сифилиса, но чудодѣйственны при гуммахъ, гдѣ эти лекарственныя вещества разсасываютъ чрезвычайно быстро воспалительныя инфильтраты; столь быстро распадающіеся и склонныя къ некрозу въ этомъ третичномъ періодѣ.

Хотя и при этихъ пораженіяхъ полезна и дѣйствительна и ртуть, и даже сложилось клиническое убѣжденіе, что ртуть все таки необходима и неизбѣжна для окончательнаго уничтоженія и искорененія симптомовъ сифилиса, но она дѣйствуетъ нѣсколько медленнѣе іода, который въ надлежащихъ дозахъ (отъ 2,0 до 6,0—8,0 JK или JNa pro die въ водныхъ растворахъ per os) обнаруживаетъ свое воздѣйствіе на сифилитическую ткань чуть ли не на слѣдующій день послѣ начала приема лѣкарства и производитъ по временамъ настоящія терапевтическія чудеса. И потому, такъ какъ въ виду быстраго распада нестойкой гуммозной ткани, мы должны именно считаться съ возможностью *быстраго* и *окончательнаго* разрушенія важныхъ органовъ (напримѣръ, при третичныхъ пораженіяхъ—въ мозгу) и намъ дорогъ тутъ, такъ сказать, каждый часъ, такое дѣйствіе іода, парализующее и купирующее сифилитической процессъ, для насъ драгоцѣнно.

Лучше всего назначать въ такихъ случаяхъ третичнаго сифилиса, такъ называемое, смѣшанное лѣченіе, т. е. одновременно вводить въ организмъ и ртуть, и іодъ.

Что такое смѣшанное специфическое лѣченіе?

Въ виду того, что іодъ въ его соединеніяхъ съ K и Na очень быстро выдѣляются изъ организма (по картинному выраженію французовъ *il le passe debout*—минуется организмъ стоя, не присѣвъ) и по прекращеніи приемовъ его уже черезъ нѣсколько дней въ тѣлѣ больного нѣтъ и слѣдовъ принятаго лѣкарства, приходится давать при сифилисѣ іо-

Быстрое выдѣленіе JK изъ организма.

дистыя соли непрерывно долгое время, цѣлые мѣсяцы въ противоположность ртути, которая насыщаетъ организмъ и потомъ медленно выводится изъ него въ продолженіи недѣль, иногда мѣсяцевъ.

Что такое
йодинъ?

Въ настоящее время уже нѣсколько послѣднихъ лѣтъ рекомендуется новый препаратъ іода — *йодинъ* — соединеніе іода съ сезамовымъ масломъ, который при приѣмахъ внутрь и особенно подъ кожу (въ 10% и 25% іодистой концентраціи) обладаетъ свойствомъ задерживаться въ организмѣ, скопляться въ немъ и очень медленно отсюда выводиться.

Его медленное
выдѣленіе изъ
организма.

ГЛАВА VІІІ.

Распространеніе сифилиса и социальная борьба съ нимъ.

Распростра-
неніе сифилиса.

Можно безъ преувеличенія сказать, что нѣтъ на земномъ шарѣ уголка, гдѣ бы не было сифилиса и сифилитиковъ.

Скудныя и отрывочныя статистическія данныя указываютъ на различную силу его распространенія въ различныхъ странахъ и на преобладаніе въ той или другой мѣстности, но эти цифровыя вычисленія и колебанія ихъ указываютъ скорѣе лишь на то: гдѣ, въ какихъ мѣстахъ сифились и его распространеніе изслѣдовалось лучше, дольше и больше, а гдѣ меньше и менѣе достаточно.

Не отрицая, конечно, того, что существуютъ мѣстности, гдѣ сифились распространень больше и гдѣ онъ встрѣчается рѣже, должно все таки сознаться, что бѣдность нашихъ статистическихъ свѣдѣній по этому вопросу не позволяетъ намъ составить себѣ о немъ хотя бы приблизительнаго понятія.

Достовѣрно лишь то, что, гдѣ бы мы не искали сифились, мы его находимъ и, быть можетъ, только въ немногихъ оставшихся неизслѣдованными и нетронутыми цивилизаціей уголкахъ земного шара (Центральная Африка) болѣзнь эта еще не встрѣчается.

Если въ городахъ съ ихъ скученностью, съ преобладаніемъ мужского холостого элемента населенія, съ огромной проституціей сифились очень распространенъ, то съ другой стороны встрѣчаются и глухія деревенскія мѣстности (нѣкоторыя уѣзды Россіи, Далматинское побережье

Австріи, Малая Азія), гдѣ болѣзнь эта эндемична, гдѣ она охватываетъ почти поголовно все населеніе и не щадитъ ни стараго, ни малаго.

Всегда ли сифились былъ такъ распространенъ и, такъ сказать, вездѣсущъ?

Какъ давно существуетъ сифились въ Европѣ и на землѣ вообще?

На этотъ вопросъ отвѣтить опредѣленно и увѣренно въ настоящее время еще нельзя.

Достовѣрно извѣстно, что сифились существовалъ въ Европѣ и вполне ясно тутъ обнаружился въ концѣ XV столѣтія, когда настоящая эпидемія этой болѣзни вспыхнула съ огромной силой во французской арміи Карла VIII, покорявшаго въ это время Италію, и распространилась оттуда съ ужасающей силой по всѣмъ остальнымъ странамъ этой части свѣта.

Какъ разъ въ это время происходило нѣсколько массовыхъ народныхъ передвиженій и переселенческое муссированіе народонаселенія Европы. Такъ, это была эпоха открытія Америки и экспедицій Колумба, выселенія Мавровъ и Евреевъ изъ Испаніи, походовъ въ Италію арміи по составу своихъ наемныхъ солдатъ совершенно интернаціональной.

По этому неудивительно, что болѣзнь, приобщившаяся къ этимъ потокамъ народнаго движенія, могла въ короткое сравнительно время распространиться по всѣмъ угламъ и закоулкамъ Европы, въ тогдашнее время не по теперешнему изолированнымъ и замкнутымъ. Но интересенъ вопросъ, не существовалъ ли сифились въ Европѣ и до этой подвижной эпохи и, оставаясь эндемичнымъ, очаговымъ заболѣваніемъ какой либо страны, не ускользалъ ли отъ наблюденія врачей, не выдѣлявшихъ до тѣхъ поръ его симптомовъ въ отдѣльную патологическую и характерную группу? или только тогда, въ концѣ XV вѣка впервые сифились былъ занесенъ къ намъ на материкъ?

Нѣкоторые историки медицины считаютъ наиболѣе вѣроятнымъ, что сифились занесенъ въ Европу изъ новооткрытой тогда Америки, но не всѣ такъ думаютъ, и, напротивъ даже большинство авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, не раздѣляютъ этихъ воззрѣній и полагаютъ, что сифились былъ въ Европѣ еще гораздо раньше и существовалъ во всѣ историческія эпохи ея жизни. Такъ ли это или иначе, рѣшить при теперешнихъ данныхъ по этому вопросу очень трудно.

Разность взглядовъ по этому вопросу.

Пока можно сказать лишь одно, что мы можемъ счи-

таться съ фактомъ существованія сифилиса и ученія о немъ только съ этой именно эпохи конца XV столѣтїя, совпадающей какъ разъ съ временемъ экспедицій Колумба и открытіемъ Новаго Свѣта.

Только послѣ этого вдругъ съ поразительной ясностью ученые, врачи и даже профаны (и они именно лучше всѣхъ) подмѣтили всѣ особенности болѣзни, ея ходъ, развитіе и послѣдствія и даже пути и способы зараженія. Съ этихъ поръ въ медицинскихъ сочиненіяхъ мы узнаемъ сифились, можемъ изучать его полнѣйшимъ образомъ и пользоваться скопившимися наблюденіями для выясненія природы недуга.

Все, что приводится въ примѣръ существованія сифилиса въ эпохи гораздо болѣе раннія, не больше, какъ болѣе или менѣе остроумныя догадки или гипотезы и имѣеть цѣну архивныхъ и археологическихъ этюдовъ, но не исторически провѣренныхъ и доказанныхъ фактовъ.

Разрытіе древнихъ гробницъ, пережитковъ доисторическихъ эпохъ и изученіе патологическихъ измѣненій найденныхъ при этомъ скелетовъ, тоже не дало ожидаемаго было разъясненія объ существованіи европейскаго сифилиса въ древности и никто иной, какъ *Вирховъ*, высказался въ томъ смыслѣ, что по виду этихъ сохранившихся костей и ихъ измѣненіямъ нельзя сказать, былъ ли здѣсь сифились.

Пути распространенія сифилиса, конечно, разнообразны и различны.

Въ городахъ зараженіе идетъ по преимуществу половымъ путемъ и лишь небольшой процентъ (отъ 2% до 10%) падаетъ на передачу зараженія внѣполовую.

Въ большихъ центрахъ главнымъ очагомъ заразы сифилитической является проституція, явная и тайная.

Проституткой называется женщина, продающая свои ласки и свое тѣло за деньги.

Такое опредѣленіе, конечно, очень общее и охватываетъ огромное количество женщинъ разныхъ положеній, классовъ и состояній, которыя имѣютъ между собой то общее, что извлекаютъ денежную выгоду изъ своихъ страстей.

Но, скрываясь за ширмами дѣйствительныхъ или показныхъ — для виду — занятій ремеслами, мастерствомъ, домашними услугами (прислуга), искусствомъ (артистки, актрисы) или же подъ прикрытіемъ семейнаго положенія жены или даже матери семейства — весь этотъ огромный контингентъ женскаго населенія большихъ городовъ занимается проституціей или между прочимъ, прирабатывая къ своему

Пути распространения сифилиса.

Какъ распространяется сифились въ городахъ?

Что такое проститутка?

официальному заработку недостающія для удовлетворенія нужды или прихотей деньги, или же, если и всецѣло отдаваясь этому процессу продажи себя изъ за матеріальныхъ выгодъ, то дѣлаютъ это тайно, скрыто, всячески маскируя свое униженіе. Это есть, такъ называемыя, проститутки тайныя, секретныя, не зарегистрированныя, т. е. не внесенныя полиціей въ списки женщинъ, дѣлающихъ изъ торговли собой свое официальное, открытое занятіе, своего рода ремесло.

И такъ какъ всякое предложеніе, обслуживающее широкой кругъ общественнаго спроса, находится подъ контролемъ государства и его исполнительныхъ органовъ—администраціи съ ея полицейскими, наблюдательными функциями, то и проституція, какъ профессиональное занятіе и открытое, съ цѣлями наживы, удовлетвореніе потребностямъ, такъ назыв., общественнаго темперамента, издавна не была предоставлена самой себѣ, произвольному развитію и безнаказанному процвѣтанію. Она регулируется и регулировалась администраціей, а иногда самимъ обществомъ (городскими общественными управленіями) въ томъ смыслѣ, что при посредствѣ надзора врачебнаго, по возможности, неослабнаго и принудительнаго стараются о томъ, чтобы интересы общественнаго здоровья не приносились въ жертву личной выгодѣ профессионалокъ.

Постоянный контроль надъ здоровьемъ ихъ и изоляція больныхъ венерическими болѣзнями и составляетъ единственно разумную задачу регламентаціи проституціи и образованія особаго кадра явныхъ проституттокъ. Послѣднія должны отдавать отчетъ въ безвредности, хотѣлось бы сказать—доброкачественности—для окружающихъ, нужно бы сказать—для потребителей—своихъ способовъ зарабатывать себѣ пропитаніе, короче говоря—своего ремесла.

И какъ бы, съ какой бы точки зрѣнія—соціальной, моральной, экономической—не смотрѣть на проституцію, нельзя отрицать, что тутъ есть общественный спросъ и предложеніе и что урегулированіе и физическое оздоровленіе вытекающихъ отсюда соотношеній лежитъ на обязанностяхъ общества и его исполнительныхъ органахъ.

Къ сожалѣнью исторія регламентаціи проституціи показываетъ, что эта главная цѣль ея—охраненіе общественнаго здоровья—очень часто отступала на задній планъ предъ другими посторонними задачами, которыя ставили себѣ при этомъ надзорѣ (насильственно моральныя, уголовныя,

административныя) или же преслѣдовалась такъ неумѣло и не практически, что надо сознаться, что масса нападокъ на этотъ институтъ содержитъ въ себѣ очень много правды.

Какія причины
создаютъ
проституцію?

Проститутками женщины дѣлаются вслѣдствіи стеченія очень многихъ и сложныхъ условій — соціальныхъ (безправное и безотрадное положеніе дѣвушки и женщины во многихъ слояхъ нашего общества), экономическихъ (несоотвѣтствіе между ничтожнымъ вознагражденіемъ женскаго труда во всѣхъ его сферахъ по сравненію съ потребностями и соблазнами жизни), моральныхъ (отсутствіе образованія, воспитанія, дурные примѣры окружающихъ). Меньше всего играетъ здѣсь роль, конечно, потребность женщинъ въ удовлетвореніи половыхъ инстинктовъ.

Проституція,
какъ факторъ
распространенія
сифилиса.

Всякій, кто представитъ себѣ зараженное сифилисомъ существо, имѣющее возможность приходить въ тѣсное соприкосновеніе съ большимъ количествомъ другихъ здоровыхъ организмовъ, пойметъ колоссальный вредъ, какой приноситъ проституція и ту роль, которую она играетъ въ распространенія сифилиса.

Какъ распро-
страняется си-
филісъ въ
деревняхъ?

Въ деревняхъ (въ Россіи) и мѣстностяхъ мало культурныхъ (заграницей) сифилисъ передается иначе.

На основаніи тщательнаго и документальнаго изученія вопроса большинство авторовъ приходитъ къ убѣжденію, что тутъ болѣзнь эта вслѣдствіи бѣдности населенія, его неряшливости, скученности жилья, примитивныхъ условій жизни, безпросвѣтнаго невѣжества массъ—распространяется, главнымъ образомъ, или даже почти исключительно, внѣполовымъ путемъ, и зараза, разъ появившись въ крестьянской семьѣ, переходитъ на всѣхъ ея членовъ, живущихъ въ тѣснѣйшей физической близости, что дѣлаетъ возможной и неизбежной передачу болѣзни посредственно (черезъ общіе предметы скуднаго, артельнаго обихода—ложки, кружки, одежду) или непосредственно (спать въ повалку, мыются въ банѣ вмѣстѣ въ одной и той же грязной водѣ и т. д.).

Соціальныя
условія, вызы-
вающія распро-
страненіе
сифилиса.

Послѣ всего сказаннаго причины неудержимаго распространенія сифилиса по земному шару совершенно понятны.

Проституція, поздніе браки мужчинъ, невозможность для женщинъ прокармливать себя своимъ трудомъ, соблазны и приманки роскоши и нарядовъ большихъ городовъ съ ихъ показной, бьющей въ глаза, выставочной стороной, глубокое, безпросвѣтное невѣжество народныхъ массъ, ихъ

нищета, низводящая самое существование на степень животного прозябанія—вотъ цѣпь сложная и неразрывная, вся созданная изъ соціальныхъ условій жизни, которая дѣлаетъ неминуемымъ и неискоренимымъ существование и распространение сифилиса.

Устранение и искоренение всѣхъ перечисленныхъ недостатковъ и плачевныхъ условій повело бы несомнѣнно къ уничтоженію и исчезновенію самого сифилиса.

Улучшение и изменение соціальныхъ условій жизни повело бы къ исчезновенію сифилиса.

Но это легко сказать и такъ-же трудно сдѣлать.

Все современное теченіе нашей жизни, какъ кажется, начинаетъ мало по малу стремиться, или, вѣрнѣе, только проникаться сознаниемъ, что надо стремиться къ радикальнымъ реформамъ для того, чтобы избѣжать этихъ соціальныхъ золъ и вмѣстѣ съ ними уничтожить хоть малую долю несчастья на землѣ.

Удастся ли это — вопросъ будущаго, очень далекаго будущаго.

Это есть дѣло будущаго.

Нельзя, конечно, только на томъ основаніи, что это можетъ быть не скоро, отрицать и самую возможность такихъ соціальныхъ метаморфозъ, такъ какъ мы имѣемъ уже примѣры колоссальныхъ подвиговъ человѣчества (всѣхъ приобретеній нашей культуры, всѣхъ подвиги человеческого ума, порабощеніе животныхъ инстинктовъ человеческой природы).

Но какъ-бы усердно мы не принялись за немедленную реализацію всѣхъ этихъ реформаторскихъ задачъ, успѣхи и результаты, конечно, лишь дѣло далекаго будущаго и не намъ, не нашимъ поколѣніямъ считается съ чѣмъ-либо положительнымъ въ этомъ отношеніи.

Между тѣмъ сифилисъ приноситъ слишкомъ много зла человеческому обществу и безъ борьбы съ нимъ, — немедленной, экстренной—нельзя обойтись.

И потому, кромѣ дѣйствій основныхъ, радикальныхъ, намъ надо противъ сифилиса принимать мѣры острия, временныя, хотя-бы палліативныя и крутыя, но неизбѣжныя и необходимыя въ состязаніи съ врагомъ безпощаднымъ и ненасытнымъ.

Пока же нужно бороться съ сифилисомъ другими способами.

Эти мѣры, такъ сказать, симптоматическія, суть, *во-первыхъ*, распространение въ массѣ свѣдѣній о сифилисѣ правильныхъ и возможно полныхъ и, *во-вторыхъ*, вытекающее отсюда привлеченіе возможно большаго количества больныхъ сифилитиковъ къ лѣченію своего недуга.

Какими?

1) Распространеніемъ свѣдѣній о сифилисѣ.

Кромѣ пользы *индивидуальной* (т. е. для самого боль-

2 Лѣченіемъ
его.

Наилучшая
профилактика
общественная
сифилиса-въ лѣ-
ченіи сифилиса.

Необходимо
всячески облег-
чить сифилити-
ку лѣченіе спе-
цифическое и
поощрять его
къ этому

Должно ли лѣ-
ченіе быть до-
бровольнымъ
или также и при-
нудительнымъ ?

ного) лѣченіе сифилиса приносить огромные результаты *профилактическіе, социальныя*, такъ какъ мѣшаетъ дальнѣйшему распространенію заразы. Нужно. вѣдь, имѣть въ виду, что сифилитики, лѣчащіеся аккуратно, очень быстро освобождаются отъ проявленій болѣзни, которыя единственно и заразительны, такъ какъ сифилитикъ только и можетъ заразить другого, что своимъ сифилисомъ, т. е. его явными, объективными симптомами.

И потому общество и врачи должны въ своихъ же интересахъ сдѣлать все, чтобы доставить возможно большому количеству сифилитиковъ возможность лѣчить свою болѣзнь основательно, быстро, удобно, дешево, скрытно и даже пріятно.

Учрежденіе специальныхъ больницъ и амбулаторій; вечерніе часы пріема, большое количество принимающихъ врачей; безболѣзненное скорое и рѣдкое введеніе лѣкарствъ специфическихъ; изобиліе хорошихъ врачей специалистовъ — вотъ голый перечень того, что можно тутъ сдѣлать.

Нѣтъ сомнѣнія, что *добровольное* лѣченіе по самой сущности своей, не касаясь моральной и очень важной стороны вопроса, чрезвычайно желательно и гораздо плодотворнѣе *принудительнаго*, такъ какъ очень трудно заставить кого-либо на протяженіи цѣлаго ряда лѣтъ подвергать себя врачебному воздѣйствію, и потому надо всячески стремиться къ тому, чтобы больной *самъ* искалъ врача и всегда находилъ его готовымъ помочь, но къ сожалѣнію есть извѣстныя обстоятельства, когда такой выжидательный, пассивный образъ дѣйствія не принесъ бы никакихъ результатовъ и, напротивъ, оказался бы очень вреднымъ.

Здѣсь имѣется въ виду проституція, гдѣ распространеніе зараженія потому неудержимо, что тутъ больныя сифилисомъ профессионалки вступаютъ въ конфликтъ сами съ собой—зарабатывая себѣ пропитаніе, средства къ существованію, онѣ въ то же время тѣмъ самымъ распространяютъ заразу.

Нужно много альтруизма, большая сила воли и ясное сознаніе приносимаго зла, чтобы добровольно принести въ жертву свои интересы и не продолжать свой образъ жизни, своихъ занятій только потому, что это приноситъ вредъ, не сознаваемый при томъ, окружающимъ.

Между тѣмъ вредъ этотъ огроменъ.

Какъ бы много не говорилось и не дѣлалось различій между сифилисомъ половымъ и внѣполовымъ, о путяхъ распространенія его въ семейной и совмѣстной тѣсной жизни—нужно все-таки помнить, что *источникъ* всякаго зараженія, *начало, генеалогическій родоначальникъ* развѣтвленной сифилитическихъ, разрастающихся и проникающихъ иногда очень далеко и широко—въ глухія деревни, въ организмъ неповиннаго ребенка, доживающаго свой долгій вѣкъ старика, матери семейства (*syphilis insontium*), каковы бы ни были тутъ связующія звенья болѣзни — невѣрный мужъ, легкомысленный юноша, порочная прислуга — *первоисточникъ* всякаго такого зараженія есть, по выраженію проф. Fournier'a, непременно *троттуаръ* и жрицы его—*проститутки*.

Никогда, и это надо всегда помнить, никто, никакой мужчина не можетъ количественно такъ много принести зла, не въ состояніи столько разъ передать сифилитическую заразу, такъ много разъ подарить сифились, какъ профессионалки или профессионалы разврата (тамъ, гдѣ существуетъ мужская проституція, на примѣръ, въ Китаѣ или отчасти сутенеры у насъ), принужденные имѣть дѣло съ большимъ количествомъ людей, приходитъ съ ними въ тѣсное соприкосновеніе и передавать имъ неминуемо имѣющуюся въ нихъ заразу.

И потому лѣченіе *проституткозъ* (и „проститутковъ“, тамъ, гдѣ они есть) *должно быть принудительнымъ*, такъ какъ иначе достигнуть цѣли — оздоровленія ихъ и дезинфекціи ртутью—невозможно, но въ то же время это самое принужденіе и, чтобы ни говорили, и все таки посягательство на человѣческія права и личность. можетъ и должно быть сведено на *minimum* тягости и даже приближаться насколько возможно къ типу лѣченія добровольнаго.

Дѣло въ томъ, что съ момента, когда проститутка пойметъ, что не лѣчась отъ сифилиса, она подвергнетъ свою жизнь опасности, а вводя въ себя ртуть, избавится отъ нее и въ то же время пріобрѣтетъ профессиональную выгоду добросовѣстнаго предложенія на фізіологическій спросъ—уже тогда проститутка такая станетъ охотнѣе лѣчиться.

Если къ тому же лѣченіе для нея не будетъ тягостнымъ, а, напротивъ, будетъ сдѣлано все для того, чтобы ускорить, облегчить его, сдѣлать болѣе удобнымъ и кромѣ того, и это кажется мнѣ самымъ главнымъ, если прости-

тутка будетъ знать, что за время потраченное на лѣченіе венерической заразной болѣзни, за прогуль, такъ сказать, лѣчебный ея карманъ не пострадаетъ и она будетъ вознаграждена за это изъ особаго страхового, что ли, капитала, который долженъ быть составленъ всѣми, кто желаетъ избавиться отъ опасностей сифилиса, то она въ такомъ случаѣ совершенно примирится съ необходимостью лѣченія своего сифилиса и, кто знаетъ, быть можетъ будетъ его даже искать.

Соціальная
опасность сифи-
лиса.

И такъ, симптоматически или радикально—лѣченіемъ (принудительнымъ или добровольнымъ) или измѣненіемъ соціальныхъ условій, но съ сифилисомъ необходимо бороться, потому что эта болѣзнь представляетъ изъ себя соціальную опасность, общественное зло.

Вредъ приво-
димый приобрѣ-
теннымъ сифи-
лисомъ.

Во первыхъ, если имѣть въ виду то большое количество времени и денегъ, которые сифилитики теряютъ и тратятъ на свое лѣченіе — то получится потеря экономическая не пустячная*).

Во вторыхъ, если, (что при усложненіи нашей жизни и все возрастающемъ нервномъ переутомленіи будетъ наблюдаться все чаще и чаще), имѣть въ виду всѣ тѣ случаи, когда сифились, особенно поражающій нервную систему, глубоко поражаетъ организмъ и тѣмъ самымъ выбиваетъ людей изъ ихъ трудовой колеи, дѣлаетъ ихъ инвалидами, беспомощными калѣками, паралитиками, табетиками, лишаетъ ихъ разума, то сознаніе соціальной опасности сифилиса, его общественнаго вреда и убытковъ станетъ еще яснѣе.

Вырожденіе на
почвѣ сифилиса.

Но кромѣ того, какъ показываютъ непреложно и убѣдительно наблюденія лучшихъ клиницистовъ, сифились ослабляетъ и ухудшаетъ человѣческую породу и ведетъ къ ея вырожденію. Болѣзнь эта сильно отражается на потомствѣ и ученіе о наследственномъ сифились составляетъ обширную главу патологіи.

ГЛАВА IX.

Наслѣдственный сифились.

Сколько време-
ни сифилитики
сохраняютъ спо-
собность пере-
давать свою бо-
лѣзнь по
наслѣдству?

Способность давать потомство зараженное сифилисомъ сифилитики сохраняютъ во всѣхъ трехъ періодахъ болѣзни, во всѣхъ ея фазахъ. Болѣе того, онъ передается индиви-

*) Въ одной Германіи убытки, приносимые государству венерическими болѣзнями по официальнымъ даннымъ исчисляются въ 150 милліоновъ марокъ ежегодно.

дуумами перенесшими сифились и находящимися въ періодъ затишья болѣзни и ея кажущагося отсутствія. И вмѣстѣ съ тѣмъ бываютъ случаи (правда исключительные), когда отъ сифилитиковъ цвѣтущаго періода болѣзни (т. е. съ явными симптомами ея) рождаются дѣти свободныя отъ всякихъ признаковъ этой инфекціи и остающіяся такими и впоследствии.

Можно все-таки сказать, что время и специфическое лѣчение суть лучшіе факторы умѣряющіе и уничтожающіе эту способность сифилиса передаваться по наслѣдству.

Это совершенно аналогично тому, что мы видѣли по отношенію къ способности сифилитиковъ передавать свою болѣзнь *окружающимъ*—заражать ихъ. Тамъ тоже отмѣчено было постепенное ослабленіе заразительности сифилитическаго яда и тоже подъ вліяніемъ двухъ моментовъ—лѣченія и времени.

Вся разница только въ томъ, что повидимому въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ способность индивидуальной передачи болѣзни *окружающимъ* ослабѣваетъ и исчезаетъ раньше свойства передаваться по *наслѣдству*.

Существуютъ хорошо провѣренныя, хотя и не многочисленныя данныя (проф. А. И. Постыловъ, новѣйшая статистика *Edm. Fournier*), доказывающія возможность для сифилиса передаваться въ третьемъ поколѣніи, т. е. отъ дѣда внуку черезъ промежуточное звено одного изъ родителей.

Оба родителя могутъ передать своему ребенку приобрѣтенную ими сифилитическую инфекцію.

Сифились наслѣдственный передается отъ отца плоду, конечно, только во время акта зачатія и заражаетъ онъ своего ребенка только своимъ сѣменемъ.

Сифились можетъ передаваться по наслѣдству даже въ третьемъ поколѣніи.

Сифились наслѣдуется и отъ отца и отъ матери.

Какимъ способомъ можетъ отецъ передать свой сифились своему ребенку?

Только при посредствѣ своихъ сѣменныхъ клѣтокъ.

Доказательство этого:

1) Сѣмя мужское можетъ быть заразительнымъ индивидуально для окружающихъ.

Доказывается это слѣдующими обстоятельствами:

Во первыхъ, за это говорятъ случаи приобрѣтеннаго сифилиса и зараженія окружающихъ черезъ посредство мужского сѣмени сифилитиковъ. (Шанкръ, развившійся на кожѣ живота у жены послѣ попаданія сюда спермы зараженнаго мужа. Наблюденіе *Rochon*).

Во вторыхъ, въ пользу унаслѣдованія болѣзни отъ одного отца говорятъ тѣ многочисленныя случаи, когда мать, родившая больнаго сифилисомъ ребенка, сама оставалась пощаженной инфекціей во время беременности, до и послѣ ея.

2) Матери сифилитических дѣтей часто не имѣютъ признаковъ этой болѣзни.

3) Жена и мать сифилитиковъ можетъ отъ здороваго мужчины имѣть здоровыхъ дѣтей.

4) Лѣченіемъ отъ сифилиса одного мужа можно добиться рожденія здоровыхъ дѣтей.

Не все допускаютъ возможность унаслѣдованія сифилиса отъ отца.

Доводы сторонниковъ этого взгляда:

1) Ни при какой инфекціи зараза не передается черезъ мужское сѣмя.

2) Здоровье матери сифилитиковъ можетъ быть только кажушимся.

3) Мать, кормящая сифилитика ребенка и не заражающаяся отъ него, не заболѣваетъ лишь потому, что сама уже раньше этого заражена этой же болѣзнию.

Что такое законъ Colles'a.

Въ *третьихъ*, подтверждаютъ это еще больше наблюденія надъ женами сифилитиковъ, имѣвшими отъ нихъ дѣтей наслѣдственно больныхъ той же болѣзнию, и потомъ съ другими индивидуумами производившими здоровое потомство.

Въ *четвертыхъ*, въ этомъ же смыслѣ—возможности передачи сифилиса отъ отца—можно толковать тотъ фактъ, что иногда достаточно бываетъ полѣчить сифились мужа, чтобы добиться рожденія здоровыхъ дѣтей послѣ цѣлаго ряда больныхъ отпрысковъ.

Однако уже давно и, въ особенности за послѣднее время, раздаются энергичные голоса (*Matzenauer* и другіе) противъ этой возможности отцовской передачи сифилиса.

Они говорятъ, что, *во первыхъ*, аналогія съ другими инфекціонными болѣзнями не обнаруживаетъ ни одного примѣра, когда бы зараза какая либо передавалась плоду по наслѣдству чрезъ посредство мужского сѣмени во время акта зачатія.

Во *вторыхъ*, тотъ фактъ, что здоровье женъ сифилитиковъ и матерей наслѣдственно больныхъ дѣтей сохраняется повидимому вполне, еще не доказываетъ, что и онѣ не заражены сифилисомъ. Очень часто у такихъ матерей сифилитическихъ дѣтей можно наблюдать повидимому безпричинное худосочіе и малокровіе, которое уступаетъ только ртути. Здѣсь же бывають случаи, что послѣ многихъ лѣтъ кажущагося отсутствія болѣзни неожиданно обнаруживаются явленія поздняго сифилиса.

Въ *третьихъ*, лучшее доказательство, по мнѣнію этихъ авторовъ—противниковъ унаслѣдованія отъ отца—того, что въ организмѣ такихъ матерей есть сифились—это то, что такія женщины могутъ безнаказанно кормить грудью съ потрескавшимся соскомъ своихъ дѣтей—сифилитиковъ, даже имѣющихъ пораженія по всему тѣлу и во рту, и все таки не получаютъ твердаго шанкера на груди и не заражаются сифилисомъ.

Это послѣднее явленіе—случаи, когда мать, свободная отъ признаковъ сифилиса въ настоящемъ и прошедшемъ, и родившая отъ больного мужа сифилитическаго ребенка, кормитъ его, приходитъ съ нимъ и его заразительными продуктами болѣзни въ тѣсное соприкосновеніе и все таки остается повидимому здоровой, пощаженной болѣзнию—повторяется настолько часто и правильно, что заслужило эпитетъ патологическа-

го закона, формулированнаго впервые *Colles'*омъ и, по имени его, названнаго—закономъ *Colles'a*.

Противники возможности передачи сифилиса отъ отца видятъ въ законѣ *Colles'a* доказательство своей точки зрѣнія, потому что, говорятъ они, не заражается сифилисомъ (при благопріятныхъ для заболѣванія условіяхъ) лишь тотъ, кто уже болѣлъ этой же болѣзью.

Между тѣмъ защитники взгляда о фактическомъ существованіи сифилиса, унаслѣдованнаго только отъ отца, объясняютъ законъ *Colles'a* иначе, а именно—невосприимчивостью матери къ сифилитическому яду своего ребенка, иммунитетомъ, приобретеннымъ во время беременности отъ фильтраціи сифилитическихъ токсиновъ, вырабатываемыхъ сифилитическимъ плодомъ, получившимъ свою болѣзнь съ сѣменной клѣткой отца, и проникающихъ черезъ дѣтское мѣсто, физиологическую перегородку, отдѣляющую мать отъ плода, всегда проницаемую для растворимыхъ ядовитыхъ веществъ, но, повидимому, недоступную для прохожденія организованной клѣтки гипотетическаго сифилитическаго микроба.

Но какова бы ни была разность взглядовъ на возможность наслѣдственной передачи сифилиса *непосредственно* отъ отца, нужно помнить, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ сифилисъ вноситъ въ семью *мужъ и отецъ*, непосредственно или посредственно заражая жену и та въ свою очередь передаетъ болѣзнь дѣтямъ. И потому первоисточникъ всякаго семейнаго сифилиса и наслѣдственнаго тоже—есть почти всегда мужчина—мужъ и отецъ.

Мать можетъ передать сифилисъ своему ребенку двумя путями: при зачатіи—черезъ зараженное и выдѣляемое изъ яичника яичко, зародышевую половую клѣтку женскаго организма и черезъ плаценту во время беременности.

Первый путь въ виду того, что плодъ—послѣ акта зачатія и сліянія воедино мужского и женскаго полового элемента—остается еще долгое время въ утробѣ матери, и составляетъ съ ней одно цѣлое, не можетъ быть доказанъ опытно, наглядно, но очевиденъ и допустимъ логически а priori, если только допускается зараженіе сифилисомъ отъ отца черезъ посредство его сѣмени.

Если допустить, что отецъ можетъ вмѣстѣ съ половой клѣткой своей передать плоду инфекцію, нѣтъ основанія отказывать въ такой же способности женскому зароды-

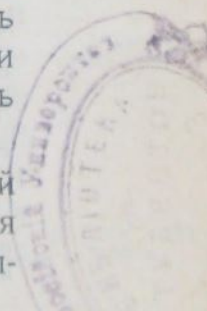
Законъ *Colles'a* (наружно здоровая мать кормитъ свое сифилитическое дитя и не заражается отъ него) можно объяснить тѣмъ:

1) что или мать тоже больна сифилисомъ (скрытымъ), или 2) что она невосприимчива къ сифилису, получивъ свой иммунитетъ во время беременности фильтраціей токсиновъ отъ плода больного.

Отецъ и мужъ чаще всего вносятъ сифилисъ въ семью.

Сифилисъ передается по наслѣдству отъ матери ребенку двумя путями:

1) Черезъ яичко, зародышевую клѣтку женскаго организма при зачатіи.



шеву элементу — яичку, физиологически вполне подобному мужскому сперматозоиду.

2) Проникнове-
нием сифили-
тической ин-
фекции от ма-
тери къ мла-
денцу во время
беременности
через дѣтское
мѣсто

Второй путь доказывается клиническимъ наблюдениемъ такихъ случаевъ, когда здоровая мать, зачавъ отъ здороваго отца, заразилась сифилисомъ впервые уже беременной и все-таки ребенокъ рождался больнымъ.

Тутъ, очевидно, зараза можетъ передаваться отъ матери плоду только черезъ кровь и черезъ дѣтское мѣсто, составляющее преграду между ними и вмѣстѣ съ тѣмъ мѣстность, прикрѣпленный къ дну матки, черезъ который поддерживается интимное и непрестанное сообщеніе и органической обмѣнъ двухъ организмовъ -- взрослога, сформированнаго, законченнаго и зародившагося, зачаточнаго, формирующагося.

Необходимо ли
для прохожде-
нія черезъ пла-
центу сифилити-
ческой инфекціи
отъ матери къ
ребенку (или об-
ратно) повре-
жденіе, наруше-
ніе цѣлости
этого органа?

Нужно-ли, для передачи во время беременности сифилитической заразы отъ матери плоду, или обратно, отъ плода матери*), какъ необходимое условіе, предшествующее заболѣванію дѣтскаго мѣста и поврежденію его цѣлости, или нѣтъ?

Вопросъ этотъ рѣшить очень трудно, такъ какъ патологическая анатомія и даже самое строеніе плаценты очень сложны и неустойчивы, и границы физиологіи и патологіи здѣсь сливаются, какъ и въ теченіи самой беременности впрочемъ.

Въ органѣ, состоящемъ по преимуществу изъ большихъ щелей и пазухъ, переполненныхъ кровью и отдѣленныхъ другъ отъ друга тончайшими перегородками соединительно-тканными, одѣтыми эндотелиемъ и эпителиемъ, подвергающемся большому травматизму при актѣ родовъ, высказаться опредѣленно о происхожденіи того или другаго анатомическаго и гистологическаго измѣненія очень трудно, часто невозможно.

Во всякомъ случаѣ можно сказать, что, если идеально нормальная и неповрежденная плацента представляетъ по всей вѣроятности естественную преграду для прохожденія отъ матери къ плоду и обратно организованной матеріи и клѣточныхъ элементовъ и доступна лишь, главнымъ образомъ, газовому обмѣну, то съ другой стороны достаточно ничтожной причины, небольшого колебанія кровяного давленія, незначительнаго болѣзненнаго измѣненія въ тканяхъ органа, чтобы

*) Такъ называемый *choc en retour* — когда больной плодъ, зачатый отъ больного сифилисомъ отца, инфицируется сифилисомъ здоровую до сихъ поръ мать. Это возможно только, если допустить зараженіе отъ отца черезъ сѣмя.

послѣдовалъ разрывъ этихъ тонкихъ внутреннихъ перегородокъ и установился непосредственный обмѣнъ соковъ двухъ организмовъ и ихъ клѣтокъ.

Но, съ другой стороны, не оправдались тѣ аргюг'ныя, теоретическія ожиданія, которыя высказывались въ томъ смыслѣ, что при заболѣваніи одного ребенка, при отцовской передачѣ болѣзни и здоровой матери должны быть болѣзненно измѣнены части дѣтскаго мѣста, прилегающія къ оболочкамъ яйца, и, напротивъ, если больна только мать, а ребенокъ родится здоровымъ, то поражены децидуальная, материнскія части плаценты.

Факты патологической анатоміи здѣсь противорѣчатъ нерѣдко ожиданіямъ клиники.

Прежде всего наследственный сифилисъ проявляетъ себя выкидышами и мертворожденіями.

Сифилисъ не влечетъ за собой бесплодія въ узкомъ смыслѣ этого слова. Женщины-сифилитички не теряютъ способности къ зачатію и больные мужчины къ оплодотворенію.

Но зародышъ, плодъ—зачатый отъ сифилитиковъ—не жизнеспособенъ и это тѣмъ болѣе чѣмъ свѣжѣе инфекція одного или обоихъ родителей, чѣмъ меньше и менѣе энергично они лѣчились.

Въ общемъ можно привести слѣдующую примѣрную и приблизительную схему порядка зачатія и рожденія у сифилитическихъ супружескихъ паръ

Сейчасъ, вскорѣ послѣ зараженія одного или обоихъ изъ производителей наблюдаются выкидыши, т. е. плодъ извергается изъ утробы матери въ первые мѣсяцы беременности еще даже не сформированнымъ. Потомъ, т. е. въ эпоху нѣсколько болѣе отдаленную отъ момента зараженія сифилисомъ родителей, или при недостаточномъ лѣченіи, слѣдуютъ дѣти мертворожденныя, хотя и болѣе доношенныя, но мацерированныя и разложившіеся уже въ утробѣ матери. Еще позднѣе рождаются дѣти недоношенныя до предѣльнаго срока нормальной беременности, съ признаками сифилиса неспособные къ жизни внѣутробной и сейчасъ по рожденіи погибающія. Затѣмъ, если проходитъ еще нѣсколько лѣтъ и сифилисъ родителей, такъ сказать, старится, появляются у нихъ младенцы хотя и слабые, но жизнеспособные и являющіеся на свѣтъ съ признаками сифилиса или иногда, еще позже, въ моментъ рожденія—безъ нихъ и симптомы его проявляются впервые

Въ чемъ же?
Какими явленіями проявляетъ себя наследственный сифилисъ?

Аборты

1) Выкидыши.

2) Мертворожденныя

3) Недоношенныя дѣти.

4) Дѣти сифилитички.

б) Вырождающа-
щееся
потомство.

только въ первые недѣли внѣутробной жизни. И, наконецъ, въ организмѣ родителей инфекция совсѣмъ ослабѣваетъ въ своемъ вліяніи на производительную ихъ способность или даже исчезаетъ, и дѣти рождаются совершенно безъ признаковъ болѣзни и не обнаруживаютъ ея больше никогда. Только иногда это бываютъ дѣти слабыя и по типу вырождающіяся, съ органами легко ранимыми, скоро изнашивающимися и невыносливыми въ жизненной борьбѣ.

Такое потомство ускользаетъ, повидимому, отъ непосредственнаго и активнаго воздѣйствія сифилитическаго яда родителей, какъ таковаго, а только нѣкоторое время (до половой зрѣлости и то не всегда) сохраняетъ пріобрѣтенную невосприимчивость къ сифилитическому яду и его внѣдренію извнѣ.

Это послѣднее обстоятельство ведетъ къ фактамъ, которые составляютъ какъ бы pendant къ закону Colles'a.

Послѣдній состоитъ, какъ извѣстно, въ томъ, что мать родившая отъ больного отца больного ребенка, носителя явныхъ признаковъ сифилиса и сама не имѣющая ихъ, т. е. видимо свободная отъ инфекции — все-таки можетъ безнаказанно кормить своего ребенка и никогда отъ него не заразится.

Что такое за-
конъ Profeta?

Положеніе обратное называется закономъ *Profeta* (по имени итальянскаго клинициста, формулировавшаго его) и указываетъ на то обстоятельство, что ребенокъ, родившійся отъ матери сифилитички, ко времени рожденія имѣвшей явныя признаки болѣзни, но самъ пощаженный болѣзью, можетъ безнаказанно питаться грудью больной матери, хотя-бы на ней были сифилитическія папулы, а у него трещины на губахъ и сифилисомъ не заболѣваетъ.

Чѣмъ вызы-
ваются всѣ эти
явленія?

Законы эти и составляющія ихъ явленія объясняются невосприимчивостью къ сифилису обѣихъ сторонъ (въ законѣ *Colles'a* матери, а у *Profeta* — ребенка), пріобрѣтенной во время беременности — производительницей и въ утробной жизни — плодомъ и обусловленной фильтраціей токсиновъ и выработкой антитоксиновъ въ этихъ организмахъ.

Всѣ эти объясненія, конечно, только гипотезы и спеціальная литература указываетъ намъ въ настоящее время, что существуетъ уже собранными около 50-ти тщательно прослѣженныхъ клиническихъ наблюдений, опровергающихъ законѣрность положеній, формулированныхъ Colles'омъ, т. е. такихъ, когда мать, не имѣющая признаковъ сифилиса и кормящая своего ребенка — наслѣдственнаго сифи-

Исключенія изъ
законовъ Colle-
s'a и Profeta.

литика — заражается отъ него при этомъ и получаетъ твердый шанкръ, напимъръ, соска или губъ.

Законъ же *Profeta* даетъ очень много исключеній, и невосприимчивость къ болѣзни ребенка, родившагося отъ сифилитиковъ и свободнаго ко времени рожденія и потомъ отъ признаковъ болѣзни, представляется настолько непостоянной и непрочной, что многіе отказываются даже смотрѣть на эти явленія, какъ на закономѣрные факты патологіи.

Нельзя также сказать, чтобы сифились, приобрѣтенный индивидуумами, рожденными отъ сифилитиковъ (представлявшими въ свое время при рожденіи признаки болѣзни или нѣтъ—все равно, потому что вообще перенесенный въ дѣтствѣ наслѣдственный сифились можетъ легко совершенно исчезнуть, какъ таковой т. е. инфекция покидаетъ организмъ и не оставляетъ послѣ себя даже невосприимчивости, чѣмъ еще разъ доказывается наглядно возможность реинфекціи, гораздо болѣе рѣдкой при приобрѣтенномъ сифились), протекалъ мягче и легче. чѣмъ у субъектовъ съ почвой въ этомъ отношеніи, такъ сказать, дѣвственной, восприимчивой, т. е. происходящихъ изъ такихъ семей, гдѣ не было сифилиса въ нѣсколькихъ восходящихъ поколѣніяхъ.

Большая, прекрасная послѣдняя работа проф. Тарновскаго, опирающаяся на драгоцѣнный подборъ многолѣтняго клиническаго матеріяла, превосходно прослѣженнаго, доказываетъ, что такъ называемый *binar*'ный сифились—т. е. приобрѣтенное заболѣваніе сифилисомъ у такихъ индивидуумовъ, которые въ дѣтствѣ уже перенесли по наслѣдству переданную инфекцію или же во всякомъ случаѣ родились отъ сифилитическихъ родителей—что такое сложное, двойное, наложенное, перекрестное инфицированіе ведетъ къ вырожденію семьи *binar*'наго сифилитика и гибели отдѣльныхъ индивидуумовъ.

Что такое
Syphilis binaria?

Эти данныя идутъ въ разрѣзъ съ ученіемъ, объясняющимъ тотъ несомнѣнный фактъ, что первая, достовѣрно описанная и прослѣженная эпидемія сифилиса въ Европѣ, вспыхнувшая въ концѣ XV вѣка, была по силѣ своей гораздо болѣе ужасной теперешняго теченія этой болѣзни. Тогда это была молніеносная, острая инфекция, приводящая въ короткія недѣли, много мѣсяцы къ смерти или инвалидности.

Сифились и его
теченіе прежде
и теперь.

Разницу между нынѣшнимъ, постепеннымъ, затяжнымъ ходомъ сифилиса, его относительной доброкачественностью и тѣмъ, чѣмъ онъ былъ, когда сталъ свирѣпствовать въ Италіи въ войскахъ Карла VIII и быть можетъ былъ только что завезенъ изъ Америки спутниками Колумба по возвращеніи изъ первой или второй экспедиціи съ острова Гаити, и объясняютъ нѣкоторые ученые тѣмъ, что въ настоящее время почти всѣ въ Европѣ и на землѣ вообще перезаразились, такъ сказать, на протяженіи вѣковъ сифилисомъ и почти у всѣхъ, въ каждой семьѣ выработалось вслѣдствіи этого относительное привыканіе и невосприимчивость къ этой болѣзни.

Прежде сифилисъ протекалъ злокачественнѣе, болѣе бурно.

Какія тому причины?

Конечно, благодаря случайному сочетанію и подбору могутъ существовать семьи, пощаженныя на протяженіи вѣковъ и избѣгнувшія внѣдренія сифилиса.

Нѣкоторые объясняютъ это вѣковой иммунизацией перенесеннаго заразящагося сифилисомъ населенія.

Если же въ концѣ концовъ ктонибудь изъ представителей этихъ поколѣній и заразится сифилисомъ, то окажется, какъ думаютъ нѣкоторые, что восприимчивость къ яду тутъ наибольшая и теченіе болѣзни у такихъ индивидуумовъ будетъ особенно злокачественнымъ и по силѣ своей напомнитъ то, что описано въ старой медицинской литературѣ, какъ грозная эпидемія, бичъ поразившій Европу, разрушавшій въ короткое время организмъ человѣка и убивавшій его.

Что такое злокачественный сифилисъ (Syphilis maligna)?

Подъ именемъ *злокачественнаго сифилиса* не подразумевается локализція яда въ какихъ либо жизненно важныхъ органахъ, приносящая больнымъ также огромное зло и инвалидирующая ихъ, но такое теченіе болѣзни, которое отражается на общемъ состояніи организма, ослабляемого повышеніемъ t^0 , пораженіемъ многихъ органовъ сразу, чрезвычайно распространенными и упорными кожными явленіями, по характеру своему склонными къ распаду и разрушенію, къ образованію гуммъ, при чемъ обнаруживается большое упорство и неподатливость по отношенію къ специфической ртутной и, иногда, и къ іодистой терапіи.

Дѣйствительныя причины развитія злокачественнаго сифилиса гораздо сложнѣе.

Но причины, вызывающія злокачественный сифилисъ и его теченіе, въ дѣйствительности очень сложны и лежатъ чаще всего въ индивидуальности больнаго, въ его общихъ силахъ, наслѣдственныхъ особенностяхъ и зависятъ не мало и отъ образа жизни (алкоголизмъ, пребываніе въ тропикахъ), отъ предшествовавшихъ и сопутствующихъ заболѣваній (malaria).

Еще разъ здѣсь приходится сказать, что только тонкое и дѣтальное изученіе химизма тканей и ихъ біологической индивидуальности могло бы намъ дать опредѣленный отвѣтъ, почему сифилисъ у того больного протекаетъ тяжело, а у этого легко и облегчить намъ въ этой области пророчество хотя бы съ нѣкоторымъ сознаниемъ обоснованности нашей прогностики.

Возвращаясь къ вопросу о наслѣдственномъ сифилисѣ можно сказать, что ослабленіе силы сифилитическаго яда и его способности передаваться потомству—выражающееся постепеннымъ чередованіемъ въ рожденіи выкидышей, мертворожденныхъ и, послѣ только, живыхъ съ признаками сифилиса и потомъ безъ нихъ и даже безъ позднихъ его проявленій—что это вѣрно, какъ общее правило, но тутъ бываютъ исключенія, конечно, законосообразныя и имѣющія въ природѣ своей глубокое основаніе, но намъ кажущіеся нарушеніемъ нормальнаго и правильнаго теченія патологическихъ явленій.

Дѣло въ томъ, что можетъ случиться такъ, что послѣ нѣсколькихъ выкидышей у сифилитиковъ-супруговъ родится ребенокъ крѣпкій и здоровый безъ признаковъ инфекціи, не имѣющій ея и въ послѣдствіи, но потомъ опять слѣдуютъ выкидыши и больныя дѣти.

Чтобы понять это, надо вспомнить, что послѣ длиннаго ряда лѣтъ кажущагося исчезновенія болѣзни и полнаго затишья сифилиса иногда вдругъ наступаетъ рецидивъ или даже цѣлый рядъ ихъ. Съ другой стороны надо имѣть въ виду, что по ученію Вирхова, неопровергнутому новѣйшими данными и до сихъ поръ, а лишь расширенному и обоснованному фактически—сифилитическій ядъ не циркулируетъ обязательно и во все время болѣзни во всѣмъ организмѣ, а хранится въ извѣстныхъ тканяхъ его, по *Вирхову* въ лимфатическихъ желѣзахъ, по *Neumann'у* и другимъ въ мѣстахъ бывшихъ высыпей, тамъ, гдѣ располагался шанкръ и т. д.

Зародыши сифилитической инфекціи могутъ выйти въ любое время изъ своихъ депо, распространиться по всему организму, осѣсть съ особой силой и постоянствомъ въ какомъ либо органѣ, и этимъ и объясняютъ мѣстные и общіе рецидивы болѣзни.

Точно также мы можемъ разсматривать рожденіе больнаго сифилисомъ плода не болѣе, какъ признакъ, симптоматическое заболѣваніе, проявленіе сифилиса въ одной

Не всегда способность сифилиса передаваться по наслѣдству ослабѣваетъ такъ постепенно и правильно.

изъ тканей инфицированнаго этой болѣзнью организма родителей—половыхъ клѣткахъ, крови и проч.

И рожденіе больного ребенка послѣ здороваго есть не болѣе, какъ *мьстный* рецидивъ болѣзни у родителей.

Какія же ткани поражаются у наслѣдственнаго сифилитика?

Чѣмъ *раньше* — въ періодъ внутриутробной жизни и первое время внѣутробной—проявляется сифилисъ наслѣдственный, тѣмъ болѣе и сильнѣе сифилитическій ядъ локализируется и поражаетъ *внутренніе* органы; чѣмъ *позднѣе* внѣдряется и охватываетъ инфекция организмъ ребенка и чѣмъ позднѣе проявляетъ она тутъ свою губительную силу, тѣмъ меньше сифилисомъ затрогиваются полостные органы, а больше *внѣшніе* покровы—кожа и видимыя слизистыя.

Чѣмъ объясняется эта преимущественная локализациа болѣзни во внутреннихъ органахъ?

Особенности кровообращенія плода въ утробѣ матери.

Преимущественная локализациа наслѣдственнаго сифилиса во внутреннихъ органахъ въ первые періоды формации плода объясняется особенностями кровообращенія ребенка во время утробной жизни и беременности. Надо вспомнить, что кровь отъ—большею частью больной—матери подходитъ къ плоду черезъ пуповину — шнуръ, тянущійся отъ дѣтскаго мѣста и заключающій въ себѣ пупочныя артеріи и вену—и идетъ вънемъ, черезъ *v. cava inferior, v. porta* и печень въ правое сердце, которое сохранило еще въ это время сообщеніе съ лѣвой своей половиной при посредствѣ *Ductus Botalii*; отсюда весь потокъ, минуя нерасправленные и не работающія еще легкія, и по промежуточному каналу между аортой и *ar. pulmonatis* стремится въ большой кругъ артеріальнаго кровообращенія и, орошая опять-таки внутренніе органы, уходитъ изъ организма ребенка къ сокамъ матери черезъ тотъ же шнуръ пуповины и ея артеріи. Естественно, что органы наиболѣе орошаемые и питаемые больной, инфицированной кровью окажутся и наиболѣе пораженными и больными сифилисомъ.

Какіе именно органы полостные заболѣваютъ при наслѣдственномъ сифилисѣ?

Особенно часто измѣнены при наслѣдственномъ сифилисѣ печень, селезенка, легкія (ихъ, такъ называемое, *бѣлое опечененіе*), *glandula thymus* (ея нагноеніе), кишки, почки и т. д.

Въ чемъ заключаются эти патологическія измѣненія?

Въ самой реакціи тканей этихъ органовъ на внѣдреніе сифилитическаго яда часто не имѣется ничего характернаго, и здѣсь можно наблюдать только мелко-клѣточную воспалительную инфильтрацію иногда даже безъ рѣзко выраженнаго измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ.

Интересно отмѣтить, что прежде на всѣ проявленія наслѣдственнаго сифилиса смотрѣли, какъ на симптомы

третичнаго періода, основываясь на классификаціи Ricord'a, относящаго всѣ пораженія внутреннихъ органовъ въ силу одной такой локализациі къ гуммоэнымъ проявленіямъ инфекции.

Между тѣмъ проявленія наследственнаго сифилиса могутъ по характеру своему быть отнесены и къ вторичнымъ, и къ третичнымъ. Здѣсь нѣтъ, конечно, первичнаго періода приобрѣтеннаго сифилиса, такъ какъ здѣсь нѣтъ твердаго шанкра, развивающагося на мѣстѣ внѣдренія инфекции въ организмъ и сифились, сообщаясь плоду съ кровью матери или половыми клѣтками родителей, становится съ момента возникновенія своего конституціональнымъ, разлитымъ по всему организму — его діатезомъ.

И въ первое время своего наследственнаго развитія въ организмъ сифились — по множественности одновременной симптомовъ, по реакціи ихъ на ртуть, по заразительности своихъ наружныхъ проявленій и по патолого-анатомической картинѣ — долженъ быть приуроченъ ко вторичной, кондилломатозной фазѣ своего развитія.

И, дѣйствительно, новообразованная, воспалительная сифилитическая инфильтрація здѣсь не отличается наклономъ къ распаду, клѣтки ея не умираютъ стремительно, какъ гуммоэныя, а напротивъ все носитъ характеръ ирритативный, гиперемическій, довольно устойчивый и вотъ почему въ случаѣ стеченія благопріятныхъ обстоятельствъ — выносливости организма и надлежащаго специфическаго лѣченія — всѣ органы, изъ числа пораженныхъ, остаются не поврежденными, ихъ функціи возстанавливаются и наступаетъ полное *restitutio ad integrum*.

Если же все-таки такъ часто наследственный сифились ведетъ къ вырожденію и при нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ условіяхъ (въ пріютахъ для подкидышей и сиротъ, гдѣ существуетъ для сифилитиковъ только искусственное вскармливаніе) процентъ смертности здѣсь достигаетъ 100%, то это объясняется тѣмъ, что поражаются сифилисомъ органы и ткани такіе жизнено-важные, какъ органы кровотоенія (печень и селезенка) и заболѣваютъ они при этомъ тогда, когда находятся въ періодъ своего эмбриональнаго развитія, въ то время, какъ они, такъ сказать, формируются, закладываются, складываются, набираются силъ на всю остальную внѣутробную жизнь.

Симптомы наследственнаго сифилиса могутъ быть по характеру своему вторичными или третичными.

Пораженіе внутреннихъ органовъ въ періодъ внутриутробной жизни носятъ характеръ явленій вторичныхъ.

Наследственный сифились опасенъ пораженіемъ органовъ кровотоенія.

Притокъ крови, гиперемія, наблюдающаяся тутъ, у этихъ органовъ въ это время, привлекаетъ, конечно, особенно большое количество яда болѣзни.

И безъ того неустойчивыя еще здѣсь клѣтки очень быстро выводятся изъ своего физиологическаго равновѣсія и прежде всего пріостанавливаются въ своемъ ростѣ, формации, развитіи и вслѣдствіе этого *первымъ и важнымъ послѣдствіемъ вреднаго вліянія сифилиса на зародышевой организмъ — это остановка, въ лучшемъ случаѣ временная, въ эмбриологическомъ развитіи плода.* Въ результатѣ ребенокъ — наследственный сифилитикъ извѣстнаго возраста обладаетъ, (что обнаруживается при вскрытіяхъ въ случаѣ смерти) внутренними органами, по виду и строенію своему соотвѣтствующими періодамъ развитія организма гораздо болѣе раннимъ.

Наслѣдственный сифилисъ характеризуется остановкой эмбриологическаго развитія органовъ плода

Въ чемъ состоитъ теорія Hochsinger'a?

На этомъ основаніи *Hochsinger* и построилъ свою теорію.

Онъ говоритъ, что можно найти объясненіе для причинъ той или другой локализациі сифилитическаго яда при наследственныхъ формахъ этой болѣзни въ томъ весьма вѣроятномъ обстоятельствѣ, что болѣзнетворныя вещества особенно изобилуютъ тамъ, въ такихъ органахъ, гдѣ есть особенно обильный притокъ крови — гиперемія ихъ усиленная.

Въ такомъ состояніи усиленнаго снабженія кровью и ускореннаго подвоза ея находятся въ извѣстные сроки утробной жизни по очереди всѣ внутренніе органы плода и такое полостное полнокрое совпадаетъ съ періодами наибольшаго развитія эмбриологическаго и формировки отдѣльныхъ тканей, находящихся въ періодъ своей формации. Вмѣстѣ съ кровью и ея усиленнымъ подвозомъ въ формирующійся, вырабатывающійся органъ поступаетъ большее количество сифилитическаго яда, который неминуемо нарушаетъ питаніе тканей и самый процессъ ихъ образованія.

Эмбриологія человѣческаго зародыша изучена хорошо и всѣ послѣдовательныя фазы развитія плода и образованія его отдѣльныхъ частей пріурочены къ извѣстнымъ строго опредѣленнымъ срокамъ — недѣлямъ и мѣсяцамъ утробной жизни. Мы, *зная это*, а также и то, что сифилисъ съ особенной охотой — благодаря обильному приливу болѣзнетворныхъ веществъ — поражаетъ органы въ моментъ ихъ наиболѣе сильнаго и рѣзко выраженнаго развитія и ускоренной формации, и, встрѣчаясь въ организмѣ даннаго наследственнаго сифилитика съ преимущественнымъ, какъ бы

избирательнымъ поражениемъ тѣхъ или другихъ частей его, *можемъ на этомъ основаніи вывести обратное заключеніе: такой-то органъ боленъ, пораженъ сифилисомъ,—значитъ въ моментъ его формаціи, наивысшаго эмбриологическаго развитія, когда его ткани изобиловали приливомъ крови, съ ней вмѣстѣ притекало и много сифилитическаго яду и можно съ увѣренностью сказать, что моментъ наиболѣе сильнаго захвата организма инфекціей сифилитической совпадалъ здѣсь хронологически съ періодомъ утробной жизни плода и именно такимъ его моментомъ, когда по эмбриологическому порядку вещей наступаетъ очередь развитія и формаціи именно того органа, который и оказался наиболѣе пораженнымъ. И потому изъ факта преимущественнаго заболѣванія при наслѣдственномъ сифилисѣ того или другаго органа, *Hochsinger*, выводитъ заключеніе о времени внѣдренія сифилитическаго яда въ организмъ плода или, по крайней мѣрѣ, объ эпохѣ наибольшей вирулентности сифилитическаго яда.*

Для примѣра возьмемъ какую-либо ткань или органъ, на примѣръ, зубы.

Какъ извѣстно молочные и постоянные зубы откладываютъ свою эмалевую и зубную пластики въ сроки зачаточной жизни очень ранніе, но строго опредѣленные, причемъ каждый зубъ въ отдѣльности имѣетъ въ этомъ отношеніи свой, такъ сказать, хронологическій предѣлъ и предопредѣленіе. Процессъ дентификаціи вызываетъ здѣсь усиленный притокъ крови и съ нею вмѣстѣ повышенное количество сифилитическаго яда, если только онъ находится въ это время въ организмѣ зародыша и, вполнѣдствіи, ребенка.

Поэтому по наличности пораженія зубовъ наслѣдственно сифилитическаго происхожденія (о чемъ будетъ сказано ниже—какъ о *Гетчинсоновыхъ зубахъ*) даже *въ эпоху жизни позднюю*—рѣже въ первые годы ея, чаще гораздо въ періодъ, приближающійся къ половой зрѣлости, — можно судить о распространеніи, бывшемъ пребываніи и вліяніи сифилитическаго яда во время жизни организма *утробной*.

Итакъ, пораженія внутреннихъ органовъ характерны для сифилиса, такъ сказать, утробнаго и первыхъ мѣсяцевъ внѣутробной жизни наслѣдственно больного младенца. Если же ребенокъ выживаетъ, эти патологическія измѣненія быстро выравниваются, исчезаютъ и становятся черезъ нѣсколько мѣсяцевъ незамѣтными. Заболѣванія полостныхъ

По измѣненіямъ зубовъ, выступающимъ рельефо въ періодъ внѣутробной жизни поздній, можно судить о вліяніи сифилиса на организмъ во время жизни утробной.

Заболѣванія внутреннихъ органовъ при наслѣдственномъ сифилисѣ въ жизни внѣутробной носятъ характеръ гуммозный.

органовъ при наслѣдственномъ сифилисѣ могутъ возникать, конечно, и позднѣе, но принимаютъ тогда форму гумозную, третичную.

Железы лимфатическія при сифилисѣ наслѣдственномъ не припухаютъ.

Железы при наслѣдственномъ сифилисѣ поражаются рѣдко, что и не удивительно, такъ какъ путь распространенія болѣзни тутъ не тотъ, что при приобрѣтенномъ сифилисѣ: инфекція проникаетъ въ организмъ не черезъ лимфатическую систему, а непосредственно черезъ кровь или сидитъ въ немъ съ перваго момента зачатія.

Внѣшнія наружныя симптомы сифилиса выступаютъ въ первые годы жизни внѣтробной.

Въ первые годы жизни наслѣдственнаго сифилитика, болѣзнь проявляется, какъ и при приобрѣтенной формѣ ея, симптомами, такъ сказать, наружными и тутъ страдаетъ, повидимому, больше всего кожа, слизистыя и кости.

Чѣмъ выражается пораженіе кожи при наслѣдственномъ сифилисѣ?

На кожѣ, кромѣ обычныхъ и описанныхъ уже при приобрѣтенномъ сифилисѣ высыпей (папуль, пятенъ, пустуль и т. д.), есть проявленія очень своеобразныя и характерныя, а именно: развитіе на подошвахъ и ладоняхъ пузырей, наполненныхъ мутной жидкостью. Такъ называемый, *Pemphigus syphiliticus*.

Другіе симптомы болѣзни:

Иногда у больныхъ сифилисомъ дѣтей бросается въ глаза грязно-бурый цвѣтъ кожи лица и скопленіе темно-сѣрой жирной смазки у бровей ребенка

Все это заставляеть подозрѣвать здѣсь присутствіе сифилиса.

Сифилитическій ринитъ и лириинитъ.

Насморкъ и наслоеніе корочекъ въ носу мѣшаетъ ребенку сосать безостановочно и заставляеть его постоянно бросать грудь и кричать осиплымъ, сдавленнымъ голосомъ. Все это дополняетъ картину наслѣдственнаго сифилиса въ первые дни внѣтробной жизни младенца.

Сифилиды слизистой оболочки рта.

У угловъ рта наблюдаются лучистыя трещины, мокнуція папулы, наслоеніе корочекъ, и, какъ исходъ и послѣдствіе этихъ явленій, мелкіе атрофическіе рубцы. Эти послѣдніе, и такія же атрофическія линіи вокругъ глазъ и задняго прохода (тоже послѣдствія мокнущихъ и дающихъ глубокія трещины слизистыхъ бляшекъ) тоже, по мнѣнію нѣкоторыхъ, довольно характерны и могутъ служить довольно убѣдительнымъ ручательствомъ присутствія въ прошломъ (иногда далекокомъ) даннаго индивидуума наслѣдственнаго сифилиса.

Слизистыя бляшки въ полости рта встрѣчаются рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, но развиваясь, ничѣмъ по виду своему не отличаются отъ вида ихъ у сифилитиковъ съ инфекціей не врожденной, а приобрѣтенной.

При наследственномъ сифилисѣ заболѣваютъ нерѣдко большія кости и внѣдреніе болѣзнетворнаго начала тутъ ведетъ къ отдѣленію ихъ периферическихъ частей—эпифизовъ — отъ центральныхъ — діафизовъ, при чемъ получается картина, такъ называемаго, „Ложнаго паралича“, когда ребенокъ при попыткахъ сдѣлать движеніе кричитъ и конечности его лежатъ неподвижно и беспомощно, какъ плети.

Пораженіе костей при наследственномъ сифилисѣ.

Что такое „ложный дѣтскій параличъ“?

Если взять одну изъ такихъ конечностей въ руки и подвигать въ обратномъ направленіи діафизъ и эпифизъ, то получается характерный трескъ отъ передвиженія плохо обызвествленнаго хряща кости.

Въ дальнѣйшемъ теченіи своемъ наследственный сифилисѣ можетъ продѣлывать ту же эволюцію, какъ и пріобрѣтенная инфекция, и принимать характеръ настоящихъ гуммозныхъ поражений, при чемъ нерѣдко заболѣваютъ и разрушаются кости носа.

Дальнѣйшее теченіе наследственного сифилиса.

Послѣдній осѣдаетъ и переносица его уплощается, получается, такъ называемый, *nez en lorgnette* или бараній носъ.

Западеніе носа.

Сифилитическіе періоститы и неправильное развитіе костей въ періодъ ихъ роста въ связи съ одновременнымъ давленіемъ туловища на большія кости нижнихъ конечностей,—придаютъ голенямъ характерную *саблевидность*: онѣ заострены и выгнуты впередъ по передней своей поверхности.

Саблевидныя tibia.

Въ полости рта гуммозные процессы при наследственномъ сифилисѣ могутъ повести къ разрушенію мягкаго и твердаго неба, при чемъ заболѣваніе можетъ также, какъ при пріобрѣтенныхъ формахъ болѣзни, брать свое начало, какъ съ мягкихъ тканей—подслизистой и слизистой, такъ и съ надкостницы и костей, сюда прилежащихъ.

Прободеніе твердаго и мягкаго неба.

Въ исключительныхъ случаяхъ при наследственномъ сифилисѣ наблюдаются и пораженія нервной системы, и иногда даже по характеру своему парасифилитическія,— а именно: развиваются сухотка спинного мозга и прогрессивный параличъ.

Нервные формы наследственного сифилиса.

ГЛАВА X.

Измѣненія зубовъ при наслѣдственномъ сифилисѣ.

О поражениі
зубовъ при
наслѣдствен-
номъ сифилисѣ

Мы видѣли, что при приобрѣтенномъ сифилисѣ зубы какъ таковые, не поражаются болѣзненнымъ процессомъ и сами по себѣ сифилисомъ не болѣютъ.

Не то при сифилисѣ наслѣдственномъ.

Здѣсь этого сказать нельзя и есть явленія, указывающія на непосредственное вліяніе сифилитическаго, унаслѣдованнаго яда на эти образованія.

Сифилисъ не
можетъ пора-
зить тканизуба
уже сформиро-
ваннаго; онъ
можетъ только
вліяты на его
развитіе.

При этомъ, по справедливому выраженію *Edmond'a Fournier'a* „сифилитическій (наслѣдственно) зубъ не есть зубъ, который, зародившись здоровымъ и хорошо сформированнымъ, измѣнился потомъ вслѣдствіе пораженія сифилитическаго характера. Наоборотъ, это зубъ, который въ самый моментъ своей формировки подвергся наслѣдственному сифилитическому вліянію, задержавшему его развитіе; его несовершенство—происхожденія врожденнаго, доврожденнаго даже, скажу я, потому, что эта уродливость развитія зародилась въ эпоху, которая даже предшествуетъ рожденію. когда зубъ содержался въ своей альвеолѣ“.

Тотъ же *Edm. Fournier* (сынъ знаменитаго клинициста *Alf. Fournier'a*), въ своей докторской диссертациі разработавшій по вопросу о наслѣдственномъ сифилисѣ драгоцѣнный матеріалъ, собранный долгимъ клиническимъ опытомъ своего отца, высказывается по тому же поводу еще болѣе ясно и опредѣленно.

„Зубъ, положимъ, находится въ періодъ своей формациі; въ этотъ самый моментъ является болѣзнетворная причина (сифилисъ), которая нарушаетъ питаніе и процессъ образованія органа. Подъ вліяніемъ этой причины зубъ поражается, питаніе его нарушается, онъ испорченъ въ своей формѣ, въ своемъ строеніи, подвергся неправильному процессу обызвествленія. Однимъ словомъ, въ моментъ своего развитія, онъ былъ захваченъ дистрофическимъ пораженіемъ, которое благодаря именно этому моменту и оставило на немъ неизгладимый слѣдъ“.

Словомъ, зубъ готовый, выросшій, образовавшійся—сифилисъ поражать своимъ ядомъ и вызывать въ немъ специфическія измѣненія не можетъ, а въ состояніи только воспрепятствовать, измѣнить и повредить его развитію въ моментъ его формациі, отложенія известковыхъ солей и

дентификаціи зубной и эмалевой пластинки, заложенной въ бороздахъ нижней и верхней челюсти.

Развитіе и отложеніе молочныхъ и постоянныхъ зубовъ и, представляющихъ ихъ въ самомъ началѣ зародышевой жизни плода, эмалевыхъ органовъ зубныхъ пластинокъ, (возникающихъ по 2—3 мѣсяцу утробной жизни)—совершается почти одновременно.

Дентификація постоянныхъ зубовъ для каждаго изъ нихъ въ отдѣльности по *Michalkovics* совершается въ сроки слѣдующіе: для первыхъ большихъ коренныхъ зубовъ на 5—6 мѣсяцѣ жизни внѣутробной, для внутреннихъ рѣзцовъ немного позднѣе; на 8—9 мѣсяцѣ для наружныхъ рѣзцовъ и клыковъ; на второмъ году для первыхъ и вторыхъ малыхъ коренныхъ, на шестомъ году для вторыхъ моляровъ и на двѣнадцатомъ году жизни для третьихъ моляровъ.

Наслѣдственный сифились, какъ мы уже знаемъ, поражаетъ съ наибольшей силой и распространяется по *всему* организму зародыша и младенца во время жизни утробной, также сейчасъ послѣ рожденія и особенно въ первые шесть мѣсяцевъ послѣ этого. Онъ охватываетъ въ это время своимъ болѣзнетворнымъ вліяніемъ всѣ ткани, всѣ органы и между прочимъ и зубы, находящіяся въ это время какъ разъ въ періодѣ своей формаціи и дентификаціи.

Вслѣдствіе этого становится понятнымъ, почему зубы при наслѣдственномъ сифилисѣ деформируются и по виду такъ сильно уклоняются отъ нормы.

Естественно также послѣ всего сказаннаго (дентификація постоянныхъ зубовъ совершается въ то время, когда организмъ цѣликомъ захваченъ вліяніемъ наслѣдственной сифилитической инфекціи), что признаки этой деформаціи и болѣзненныхъ измѣненій подъ вліяніемъ сифилитическаго яда наблюдаются особенно часто и рѣзко на зубахъ постоянныхъ и особенно тѣхъ, обызвествленіе которыхъ совершается въ первое время послѣ рожденія т. е. главнымъ образомъ на рѣзцахъ внутреннихъ и верхнихъ (дентифицируются на 6—7 мѣсяцѣ внѣутробной жизни) и отчасти на рѣзцахъ наружныхъ и клыкахъ (оплотнѣвающихъ отъ отложенія солей минеральныхъ на 8—9 мѣсяцѣ той же эпохи).

Въ 1858 году англійскій, и понынѣ здравствующій, сифилидологъ *Hutchinson* обратилъ вниманіе на слѣдующія

Развитіе постоянныхъ и молочныхъ зубовъ совершается одновременно.

Сроки отложенія известковыхъ солей для постоянныхъ зубовъ.

Расцвѣтъ сифилитическаго яда въ организмѣ наслѣдственно больного плода и время формировки зубовъ—совпадаютъ.

Особенно страдаютъ отъ сифилитическаго яда наслѣдственнаго рѣзцы и клыки.

Гетчинсонова триада.

три явленія, по его мнѣнію, очень характерныя, патогномичныя (т. е. отождествляющіеся) даже для наслѣдственнаго сифилиса и которымъ впослѣдствіи *Al. Fournier* далъ эпитетъ — памятникъ ихъ творцу-наблюдателю — *Гётчинсоновой Тріады*.

Изъ чего же состоитъ эта тріада?

Симптомы, ее составляющіе суть слѣдующіе: 1) *Keratitis parenchymatosa* (воспаленіе роговицы глза, выражающееся своеобразнымъ помутнѣніемъ ея) развивающееся въ разные сроки жизни наслѣдственнаго сифилитика, иногда и послѣ достиженія половой зрѣлости 2) разстройство слуха — глухота, анатомически очень плохо изученная, быть можетъ, зависящая отъ пораженія слухового лабиринта и склероза проходящихъ здѣсь кровеносныхъ сосудовъ, и развивающаяся въ періодъ половой зрѣлости и, наконецъ, 3) измѣненіе двухъ верхнихъ среднихъ рѣзцовъ.

Что такое зубы Гётчинсона?

Гётчинсонъ самъ (въ 1868 г.) далъ слѣдующее описаніе *своихъ* зубовъ.

„При наслѣдственномъ сифилисѣ зубы эти (внутренніе верхніе рѣзцы) обыкновенно бываютъ коротки и узки съ перпендикулярно поставленнымъ выгибомъ (зарубкой) по рѣзущему краю ихъ и закругленными тутъ краями. Поперечныя зарубки и углубленія можно (на рѣзцахъ) встрѣтить часто, но чаще всего эти послѣднія измѣненія не имѣютъ ничего общаго съ сифилисомъ (наслѣдственнымъ)“.

И Гётчинсонъ считаетъ, что, если эти измѣненія зубовъ (рѣзцы внутренніе и верхніе, короткіе и узкіе съ полунной выемкой по рѣзущему краю — *echancrure arciforme* профессора *Fournier*) выражены рѣзко и опредѣленно, то по одному этому симптому можетъ быть безошибно поставленъ діагнозъ наслѣдственнаго сифилиса и признаковъ этотъ слѣдовательно въ глазахъ англійскаго клинициста патогномиченъ т. е. отождествляетъ собой присутствіе сифилиса въ организмѣ.

Если этотъ типъ измѣненія зубовъ не рѣзко выраженъ, то можно въ такомъ случаѣ лишь подозрѣвать сифилисъ, но увѣренно высказаться въ этомъ отношеніи нельзя (*Hutchinson. A clinical memoir London 1863*).

И все-таки *Гётчинсонъ* для постановки діагноза и характеристики сифилиса всегда выдвигалъ необходимость факта существованія своей симптоматической тріады (кератита, пораженія слухового лабиринта и зубовъ), что одно уже показываетъ, что онъ считалъ не лишнимъ для по-

становки безошибочнаго діагноза сифилиса кромѣ измѣненій рѣзцовъ имѣть въ наличности еще другіе болѣзненные признаки, характерные для болѣзни, въ другихъ органахъ.

Но практически можно сказать, что рѣдко удается одновременно и на одномъ и томъ же больномъ наблюдать всѣ эти три признака, такъ какъ всѣ они и каждый въ отдѣльности достигаютъ полнаго и наиболѣе типичнаго развитія своего въ періоды жизни больного индивидуума разные.

Измѣненія характерныя для зубовъ Гётчинсона наблюдаются во всей своей типичности въ первое время послѣ смѣны молочныхъ зубовъ постоянными; съ годами эти характерныя полукруглыя углубленія по краю рѣзущему рѣзцовъ сглаживаются, потому что и вся нижняя половина рѣзцовъ тутъ представляется нерѣдко истонченной сравнительно съ объемомъ верхней половины зуба. Если мы себѣ представимъ, что нормальные рѣзцы состоятъ какъ бы изъ двухъ пластинокъ костныхъ, передней и задней, тѣсно и неразрывно слившихся и повсюду равномерныхъ, то нерѣдко *Гётчинсоновскіе* рѣзцы въ своей нижней половинѣ истончены и состоятъ какъ бы только изъ одной пластинки—задней, въ то время какъ верхняя половина сохраняетъ нормальный объемъ. Въ этой непрочной и тонкой нижней половинѣ и прорѣзано полукруглое вѣдреніе—зарубка, характерная для Гётчинсоновыхъ зубовъ. Съ годами вся эта хрупкая костная пластинка крошится отъ травматизма и механическихъ инсультовъ при ѣдѣ, и потому естественно исчезаетъ и сглаживается и вся дуга выемки по рѣзущему краю. Случается, что къ 25 годамъ жизни зубъ, представлявшій изъ себя вначалѣ типъ сифилитическаго пораженія, описаннаго англійскимъ ученымъ, имѣетъ уже видъ рѣзца наполовину укороченнаго, съ рѣзущимъ краемъ выровненнымъ въ линію, лишь съ легкимъ, можетъ быть, намекомъ на сводчатую вогнутость.

И потому, совершенно естественно, что ко времени достиженія половой зрѣлости типичные зубы Гётчинсона найти труднѣе, чѣмъ въ дѣтствѣ, въ возрастѣ послѣ 10-ти лѣтъ.

Глухота же, какъ послѣдствіе специфическаго пораженія лабиринта и, можетъ быть, склероза сосудистыхъ стѣнокъ его, выступаетъ наиболѣе рѣзко именно въ періодъ половой зрѣлости.

Практическія затрудненія при пользованіи Гётчиновской триадой симптомовъ для цѣлей распознаванія сифилиса.

Зубы Гётчинсона особенно типичны до половой зрѣлости.

Глухота при наследственномъ сифисисѣ развивается во время половой зрѣлости.

Воспаленіе ро-
говицы наблю-
дается во
всѣхъ
возрастахъ.

Паренхиматозный кератитъ можетъ развиваться въ сроки очень разные и встрѣчается, какъ послѣдствіе наслѣдственнаго сифилиса, иногда очень поздно, у взрослыхъ людей.

И тѣмъ не менѣе совпаденіе и сочетаніе этихъ симптомовъ, если таковые встрѣчаются, очень характерно для наслѣдственнаго сифилиса и составляетъ драгоцѣнный діагностическій матеріалъ.

Судьба ученія
Гётчинсона о
зубахъ при на-
слѣдственномъ
сифилисѣ.

Зубы *Гётчинсона* имѣютъ свою исторію въ медицинско-й литературѣ.

Первоначальная характеристика Гётчинсона—(зубы постоянные, рѣзцы внутренніе и верхніе, узкіе, короткіе, съ перпендикулярно поставленными и снабженными закругленными краями углубленіями по рѣзущему ихъ краю)—была забыта и не точно интерпретировалась.

Зубами Гётчинсона называютъ и обозначаютъ всѣвозможныя измѣненія и неправильности въ строеніи этихъ образований, которыя на этомъ основанія и приписываются наслѣдственному сифилису.

И обратно, по нимъ, по этимъ невѣрно истолкованнымъ измѣненіямъ зубовъ ставится діагнозъ этой болѣзни.

Между тѣмъ еще недавно въ Французскомъ Дерматологическомъ Обществѣ *A. Fournier* заявилъ, что онъ по этому поводу и въ виду такого смѣшенія и злоупотребленія терминомъ «Зубъ Гётчинсона» обратился къ самому творцу и инициатору этого ученія, къ англійскому клиницисту за разъясненіемъ, „что надо считать, Гётчинсоновскимъ сифилитическимъ зубомъ“ и получилъ въ отвѣтъ ту же характеристику (нами уже приведенную) „его“ зуба, какую онъ ему давалъ въ 1858 и 1863 г.г.

Разность взгля-
довъ на понятіе
объ измѣнені-
яхъ зубовъ при
наслѣдствен-
номъ сифилисѣ.

Въ то же время ученіе объ измѣненіи зубовъ при наслѣдственномъ сифилисѣ усердно разрабатывается въ спеціальной литературѣ и на основаніи своего клиническаго опыта у различныхъ авторовъ выработались на этотъ вопросъ различные взгляды.

А именно: 1) есть такіе, которые по этому вопросу вполне солидарны съ Гётчинономъ и считаютъ сифилитическими зубами только его зубъ.

2) Нѣкоторые, кромѣ признанія за сифилитическія этихъ измѣненій, полагаютъ, что и разныя другія деформаціи зубовъ тоже самое возникаютъ отъ вліянія на развитіе и ростъ этихъ образований сифилитическаго яда. Къ такому имъ причисляютъ—зубныя эрозіи, аномаліи объема (микро—и макродонтизмъ), зубы аморфные, отсутствіе ихъ

врожденное, невыпаденіе своевременное молочныхъ зубовъ, пороки развитія челюстей и преждевременную порчу зубной ткани, ея быструю изнашиваемость, неустойчивость, недостаточную живучесть и сопротивляемость.

Все это ученіе получило особенно яркое выраженіе въ работѣ *Edmond Fournier* — сына—въ его интересной диссертации, имѣющейя и на русскомъ языкѣ (*Уклоненіе въ развитіи при наслѣдственномъ сифилисѣ*, переводъ Ельциной подъ редак. проф. Тарновскаго. 1899. Петербургъ).

3) Группа клиницистовъ придерживается того взгляда, что измѣненія зубовъ, описанныя Гётчинсономъ, можно наблюдать не только при наслѣдственномъ сифилисѣ, но и при другихъ заболѣваніяхъ—(болѣзни обмѣна веществъ и питанія, стоматиты, рахитъ и т. д.).

4) Фрацузскій клиницистъ *Magitot* полагалъ, что сифилисъ совсѣмъ не можетъ вызвать такихъ измѣненій въ строеніи зубовъ и что ихъ развитіе обусловлено только эклампсіей (судорожными припадками у дѣтей, наблюдающимися въ грудномъ возрастѣ).

Мнѣніе Magitot.

Мнѣніе это въ настоящее время имѣетъ только историческій интересъ.

Мнѣ лично, однако, извѣстенъ одинъ хорошо прослѣженный случай, когда у мальчика, перенесшаго въ дѣтствѣ очень раннемъ эклампсическія припадки, въ семьѣ котораго никогда не было сифилиса, выросли постоянные верхніе средніе рѣзцы съ типичными полукруглыми выемками по рѣзущему краю. Правда зубы эти не могутъ быть названы короткими и узкими и потому не совсѣмъ подходятъ къ строго - выдержанному типу Гётчинсона.

5) Наконецъ, еще другая группа наблюдателей за такими измѣненіями зубовъ не признаетъ вообще какого-либо патологическаго значенія и считаетъ ихъ выраженіемъ и продуктомъ постепеннаго регресса и расовой атрофіи органовъ человѣческаго организма

Дѣло въ томъ, что по мнѣнію антропологовъ (т. е. людей, изучающихъ всѣ особенности человѣческой породы, какъ самостоятельной единицы животнаго царства, на протяженіи вѣковъ и на пространствѣ всего земнаго шара) и зоологовъ—въ доисторическія, первобытныя времена челюсти человѣческія были болѣшихъ размѣровъ, чѣмъ у теперешняго человѣка и соотвѣтственно этому были снабжены болѣшимъ количествомъ зубовъ и именно рѣзцовъ (наверху ихъ было всего 5, а внизу 6). Затѣмъ съ теченіемъ вре-

Мнѣніе
антропологовъ.

мени кореннымъ образомъ измѣнились условія жизни и вмѣстѣ съ ними способы борьбы за существованіе. Не пришлось человѣку больше пользоваться своими челюстями для добыванія себѣ средствъ къ жизни, а часто и защиты ея, органамъ этимъ досталась въ историческую эпоху только малодѣятельная, по сравненію съ прошлымъ, роль жевательныхъ машинъ.

Большія размѣры челюстей оказались излишними и природа вѣковымъ разумнымъ приспособленіемъ свела ихъ на тепершній объемъ и нынѣшнее количественное вооруженіе зубами. Но и оно въ свою очередь—за ненужностью относительной—идетъ, такъ сказать, на смарку и это именно цѣлесообразное пониженіе численнаго вооруженія челюстей и начинается съ рѣзцовъ, атрофирующихся и отстающихъ въ своемъ развитіи, и дающихъ форму зубовъ Гётчинсона.

Мнѣніе проф.
А. И. Поспѣлова.

Проф. А. И. Поспѣловъ указываетъ и приводитъ еще сравненіе и сопоставленіе зоологическое — ссылается на форму зубовъ, наблюдающуюся иногда у лошадей и схожую съ типомъ рѣзцовъ Гётчинсона. Между тѣмъ эти животныя не восприимчивы къ сифилису, стало быть существуютъ еще помимо сифилиса условія, вызывающія развитіе такой формы этихъ органовъ.

Общій выводъ.

Изъ всего вышесказаннаго видно, что вопросъ объ измѣненіи зубовъ при наслѣдственномъ сифилисѣ не окончательно выясненъ, что вокругъ него мнѣнія значительно расходятся и что даже присутствіе рѣзко и опредѣленно выраженныхъ измѣненій рѣзцовъ типа Гётчинсона, по мнѣнію очень многихъ клиницистовъ, еще не знаменуетъ собой непременно фактъ существованія у ихъ носителя настоящаго или бывшаго сифилиса, и въ глазахъ даже англійскаго творца этого ученія нуждается для усиленія несомнѣнности своей діагностической патогномичности въ вспомогательномъ подкрѣпленіи еще двухъ болѣзненныхъ симптомовъ изъ его тріады—глухоты и воспаленія роговицы.

Меня лично поражала всегда сравнительная частота Гётчинсоновыхъ зубовъ у женщинъ, что не говоритъ, конечно, само по себѣ противъ ихъ сифилитическаго происхожденія, такъ какъ, несомнѣнно, есть извѣстные симптомы сифилиса, чаще встрѣчающіеся у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ, напримѣръ, *Leucoderma* (Кружево Венеры — бѣлыя пятна по потемнѣвшей, какъ бы загрязненной, кожѣ) и, наоборотъ, есть явленія сифилиса, которыя обычно болѣе

рѣзко выражены у мужчинъ, а у женщинъ мало развиты — на примѣръ: специфическое припуханіе железъ.

Но любопытно то, что маленькіе, узкіе и короткіе, верхніе, внутренніе рѣзцы съ полулунной выемкой по рѣжущему краю — мнѣ не рѣдко приходилось видѣть именно у женщинъ съ приобрѣтеннымъ сифилисѣмъ, или же у такихъ, у которыхъ нельзя найти никакихъ рѣшительно указаній на бывшій наследственный сифилисъ и оставляемые имъ въ извѣстныхъ случаяхъ прочные, неизгладимые слѣды.

Между тѣмъ можно было бы ожидать, что, если дѣйствительно Гѣтчинсоновскіе зубы суть выраженіе перенесеннаго въ дѣтствѣ наследственнаго сифилиса, носители и носительницы его будутъ этимъ самымъ въ значительной степени застрахованы и невосприимчивы къ приобрѣтенію новаго зараженія сифилисомъ, и потому наблюденіе большого количества взрослыхъ сифилитичекъ съ приобрѣтенной инфекціей и съ вырождающимися рѣзцами, какъ бы противорѣчить этому.

Съ другой стороны странно, что встрѣчаются такъ много индивидуумовъ, которые отъ перенесенной въ раннемъ дѣтствѣ и охватывавшей тогда всѣ ткани ребенка, плода и зародыша инфекціи не сохранили ни малѣйшаго слѣда, кромѣ порочнаго развитія зубовъ.

Во всякомъ случаѣ нужно помнить, что всѣ эти вопросы объ измѣненіи зубовъ при наследственномъ сифилисѣ еще открыты и на первомъ Всероссійскомъ Съѣздѣ Одонтологовъ въ Петербургѣ проф. *О. Петерсенъ* высказалъ пожеланіе, чтобы зубные врачи, имѣющіе возможность въ этомъ отношеніи собрать большой матеріалъ, постарались выяснить хотя бы относительную частоту такихъ измѣненій, какъ Гѣтчинсоновскіе зубы, и это послужило бы несомнѣнно солиднымъ основаніемъ для дальнѣйшей разработки этого важнаго и интереснаго вопроса.

Зубы Гѣтчинсона или даже, расширяя рамки, всякіе другіе дистрофическіе зубы, если только они дѣйствительно зависятъ отъ воздѣйствія наследственно приобрѣтеннаго сифилитическаго яда на организмъ, *не могутъ* служить выраженіемъ *поздняго* сифилиса, т. е. болѣзни, проявившейся не сейчасъ послѣ рожденія и не въ первые годы жизни ребенка, а значительно позже. Напротивъ, это, такъ сказать, застоявшійся, задержавшійся, всегда присутствующій, до извѣстной степени неизмѣняемый и неподвижный, неизгладимый признакъ разстройства питанія, вызваннаго

Призывъ проф.
О. Петерсена.

сифилисомъ, охватившаго ткани зуба въ моментъ его формации и эмбриологической, зародышевой жизни организма.

Зубы Гётчинсона, слѣдовательно, есть *поздно выступающій и обнаруживающійся* (въ моментъ послѣ смѣны молочныхъ зубовъ и проростанія постоянныхъ) *признакъ зародышеваго или, вообще, очень ранняго проявленія болѣзненнаго влiянiя* сифилитическаго яда на организмъ.

Резюмируя, можно сказать, что сифилитическое измѣненiе зубовъ, есть, такъ сказать, *ретроспективный симптомъ* наслѣдственнаго сифилиса, пережитокъ его зародышевыхъ влiянiй, послѣднiй и позднiй очевидецъ его первоначальныхъ воздѣйствiй на плодъ.

Да и самый терминъ—*позднiй сифилисъ*—понимать нужно въ томъ смыслѣ, повидимому, что, если мы наблюдаемъ, на примѣръ, симптомы сифилиса на 10 — 12 году жизни ребенка, во время половой зрѣлости или еще позднѣе,—что бываетъ, конечно, не часто, потому что съ теченiемъ времени и наслѣдственный сифилисъ, подобно приобрѣтенному, ослабѣваетъ въ своей силѣ и не проявляетъ себя больше ничѣмъ, быть можетъ, часто совсѣмъ исчезаетъ, — что это запоздалое болѣзнетворное влiянiе сифилиса есть лишь *возвратъ* болѣзни, проявившей себя и существовавшей уже сейчасъ послѣ рожденiя.

Дѣло въ томъ, что многолѣтнiй опытъ цѣлаго ряда клиницистовъ показываетъ, что ребенокъ, находящiйся, такъ сказать, въ подозрѣнiи на сифилисъ (рожденный отъ родителей сифилитиковъ), проявляетъ признаки унаслѣдованной инфекции сейчасъ же послѣ рожденiя, во всякомъ случаѣ не позднѣе шести недѣль, и въ исключительныхъ случаяхъ до конца перваго полугодiя внѣтробной жизни.

Правда, иногда эти симптомы или, вѣрнѣе, ихъ внѣшнее проявленiе бываютъ мимолетны и, какъ показалъ недавно еще *Hochsinger*, существуютъ формы наслѣдственнаго сифилиса, выражающiяся только пораженiемъ внутреннихъ органовъ, безъ сыпей и измѣненiй наружныхъ покрововъ, а мы слишкомъ еще привыкли искать болѣзнь эту по поверхности и не научились еще легко извлекать и стыскивать полостныя ея локализации.

И потому легко допустить, что первые, раннiе, мимолетные и мало замѣтные признаки сифилиса въ его первоначальныхъ стадiяхъ могутъ быть при невнимательномъ или недостаточно компетентномъ врачебномъ осмотрѣ и надзорѣ пропущены, а потомъ при наличности въ возрастѣ го-

Зубы Гётчинсона не есть симптомъ Syphilis tarda.

Что такое Syphilis tarda?

раздо болѣе позднемъ бросающихся въ глаза, слишкомъ очевидныхъ явленій гуммозныхъ, опираясь на такой поверхностный анамнезъ, врачи выводятъ заключеніе о позднемъ сифилисѣ въ томъ смыслѣ, что будто бы эти послѣдніе признаки болѣзни и есть единственные и первые за все время существованія болѣзни въ организмѣ, такъ сказать, позднее пробужденіе и проростаніе сифилитическаго начала, унаслѣдованнаго еще клѣтками зародыша и плода, но недвижимо и безучастно пробывшаго въ немъ цѣлые годы, иногда десятки ихъ.

Отрицать *a priori* возможность такого запоздалаго и все-таки первоначальнаго проявленія наслѣдственнаго сифилиса въ организмѣ, конечно, окончательно нельзя, но до сихъ поръ такихъ, въ этомъ отношеніи доказательныхъ наблюденій не опубликовано и до тѣхъ поръ, пока это не будетъ сдѣлано, на поздній наслѣдственный сифилисъ не нужно смотрѣть, какъ на *возвратъ* болѣзни послѣ длиннаго, многолѣтняго антракта кажущагося исчезновенія болѣзни, а въ сущности его латентности, неощутимаго прозябанія сифилитическаго контагія.

ГЛАВА XI.

Сифилисъ и врачебная тайна.



Въ заключеніи необходимо коснуться практически важнаго вопроса въ ученіи о сифилисѣ, а именно соблюденія медицинскаго секрета при лѣченіи этой болѣзни.

Врачебная тайна и сифилисъ.

Врачебной тайной называется нравственное и закономъ гарантированное обязательство для врача не разглашать свѣдѣній и фактовъ, которые больной, а въ данномъ случаѣ сифилитикъ, довѣрилъ и обнаружилъ передъ нимъ съ необходимой цѣлью получить врачебный совѣтъ для борьбы съ этимъ самымъ своимъ недугомъ.

Что такое врачебный секретъ?

Въ виду направленія и особенностей нашей общественной морали, смотрящей на сближеніе половъ, несанкціонированное церковью и государствомъ, какъ на нарушеніе и пренебреженіе своими основными устоями, все, что ведетъ къ публичному обнаруженію и раскрытію этихъ интимныхъ сторонъ жизни и связано съ ними—въ нашемъ обществѣ считается позорнымъ и низкимъ.

Общественная мораль и сифилисъ.

Мимоходомъ скажемъ, что въ такомъ взглядѣ есть и ложь, и правда.

Ложь та, что естественный и великій физиологическій актъ природы—половое сближеніе и тѣсное слитое съ нимъ дѣторожденіе и продолженіе рода человѣческаго — становится чѣмъ-то нежелательнымъ, неумѣстнымъ, больше даже, постыднымъ и потому чуть ли не противоестественнымъ.

Получается странная коллизія, въ которой люди, т. е. жизнь—идутъ противъ природы, т. е. той же жизни, и является несообразная возможность называть незаконнымъ то (терминъ—*незаконорожденный* ребенокъ), что составляетъ законѣрнѣйшее явленіе нашего естества и самое основаніе его.

Это было прекрасно понято классическимъ міромъ, и въ глазахъ Грековъ и Римлянъ половые инстинкты, какъ и прочія другія способности души и тѣла, имѣли по праву свое свободное, нестѣсненное, естественное мѣсто въ жизни и даже свой культъ (поклоненіе Афродитѣ).

Христіанство, со своимъ аскетическимъ идеаломъ, смотрѣло на половые инстинкты, какъ на необходимое зло и не видя возможности уничтожить ихъ, отвело имъ тѣсныя рамки брака.

Правда—въ этомъ неодобрительномъ взглядѣ на свободу и сближеніе половъ—та, что половое чувство, одинъ изъ сильнѣйшихъ стимуловъ для нашего тѣла и души, можетъ при извѣстныхъ условіяхъ стать опаснымъ орудіемъ, человѣческой страстью, которая порой заглушаетъ въ людяхъ все, оттѣсняетъ разумъ, вытѣсняетъ волю и создаетъ въ отдѣльномъ индивидуумѣ для общества не малую опасность.

И потому, подавляя половые инстинкты свои, или, по крайней мѣрѣ, строго регулируя ихъ, мы одновременно съ этимъ сдерживаемъ многое, что въ насъ есть дурного.

Какъ бы то ни было, хорошо или дурно, половое внѣбрачное сближеніе въ нашемъ обществѣ считается постыднымъ, и сифились, понятіе въ глазахъ не врачей исключительно венерическое, т. е. связанное съ разнузданностью половыхъ инстинктовъ, пользуется также репутацией болѣзни постыдной, послѣдствія распутной жизни.

Это, конечно, не вѣрно, потому что мы уже видѣли, какъ часто болѣзнь эта, (такъ называемый „сифились невинныхъ“—внѣполовые зараженія, наслѣдственное приобрѣтеніе инфекціи), передается путями, ничего общаго не имѣющими съ удовлетвореніемъ половыхъ инстинктовъ, и кро-

Сифились въ
глазахъ обще-
ства — болѣзнь
позорная

Ложность этого
взгляда.

мѣ того, даже пріобрѣтеніе сифилиса половое не знаменуетъ собой еще нисколько испорченности натуры и даже не указываетъ на учащенное и неумѣренное удовлетвореніе половыхъ инстинктовъ.

Чтобы заразиться сифилисомъ необходима лишь несчастная случайность; роковое, хотя бы и мимолетное, столкновение, соприкосновение и встрѣча съ сифилитическимъ ядомъ, каковы бы и чѣмъ бы ни были его носители.

Прошли тѣ времена, когда на болѣзни смотрѣли, какъ на кару небесную за грѣхи людскіе, и все-таки девять десятыхъ современнаго общества при словахъ „сифились“ и „сифилитикъ“ рисуютъ себѣ сейчасъ же что-то грязное, постыдное и непремѣнно развратное.

Бороться съ этимъ невѣрнымъ взглядомъ нужно всѣми силами,—путемъ личныхъ разъясненій врачей, чтеніемъ публичныхъ, популярныя лекцій на эту же тему, и особенно печатнымъ словомъ, пробивая дорогу *вѣрному сужденію* о сущности сифилиса повсюду и въ учебникахъ, и въ произведеніяхъ народной, популярной медицины, и въ чисто литературныхъ твореніяхъ, и даже на сценѣ.

Необходимо бороться съ этимъ предрасудкомъ

Чтобы представить себѣ, насколько вреденъ такой взглядъ на сифились, какъ на позорный недугъ, нужно обратить вниманіе, какъ сифились, именно потому, что стыдно болѣть такой грязной болѣзью, замалчивается, скрывается и какъ больные—сифилитики не останавливаются ни предъ чѣмъ, лишь бы только утаить свой, по ихъ мнѣнію, позоръ.

Такія несчастныя жертвы предрасудка иногда отрицаютъ фактъ существованія у нихъ сифилиса и лгутъ, явившись къ врачу — сифилидологу, призванному и могущему имъ помочь и такое упорное отнѣкиваніе ставитъ иногда врача, имѣющаго слишкомъ мало данныхъ для объективнаго діагноза болѣзни, въ тупикъ, направляетъ его на ложную лѣчебную дорогу и сбиваетъ съ вѣрнаго пути специфическаго воздѣйствія ртутью, что приводитъ иногда къ трагическимъ результатамъ.

Чтобы показать, какъ глубоко укоренился въ обществѣ взглядъ на сифились, какъ позорную болѣзнь, и къ какимъ печальнымъ результатамъ можетъ привести вытекающее отсюда замалчиваніе компрометирующей инфекции, приведу одинъ только примѣръ, но онъ стоитъ цѣлыхъ страницъ разсужденій по этому поводу.

Вредныя послѣдствія замалчиванія и сокрытія сифилиса, какъ постыдной болѣзни.

Дѣло идетъ объ одномъ врачѣ, пораженномъ мозговымъ ударомъ, кровоизліяніемъ и послѣдующимъ параличомъ. На всѣ вопросы собравшихся его лѣчить товарищей-врачей больной медикъ упорно отрицалъ фактъ существованія у него въ прошломъ сифилиса и ни за что не соглашался на все-таки предложенное ему специфическое отъ этой болѣзни лѣченіе, которое въ случаѣ дѣйствительнаго сифилитическаго происхожденія пораженія нервной ткани, поставило бы его быстро на ноги и излѣчило бы его.

Видя упорное и сознательное сопротивление и отрицаніе больного—врача, ртути и іода не дали, и больной остался навѣки калѣкой съ атрофированными и безжизненными конечностями и заплетающимся языкомъ.

И вотъ прошли года, врачъ—инвалидъ встрѣтился съ незнакомымъ ему лично специалистомъ—сифилидологомъ, которому и признался, что у него былъ дѣйствительно сифились, но онъ не могъ этого сказать тогда и этимъ во время спасти себя, потому что объ этомъ неизбежно узнала бы его жена и мысль о томъ, какъ она приметъ это, страшила его больше, чѣмъ вѣчная потеря силъ и здоровья.

Этотъ примѣръ можетъ наглядно показать, какъ глубоко укоренился въ обществѣ этотъ предрасудокъ и невѣрный взглядъ на сифились, какъ на болѣзнь позорную и потому необходимо сказать себѣ, что какъ бы усердно мы не боролись съ этимъ и не старались его искоренить, врядъ ли удастся скоро справиться съ этимъ зломъ, и пока волей—неволей надо съ нимъ считаться, и строго хранить въ тайнѣ секретъ больного, который довѣряетъ врачу попеченіе о своемъ здоровіи, охваченномъ сифилисомъ.

Ничто не можетъ заставить врача нарушить довѣренную ему тайну больного, даже въ томъ случаѣ, если онъ сознаетъ, что своимъ молчаніемъ приноситъ вредъ окружающимъ и что завѣдомо ему извѣстный сифилитикъ, на глазахъ его, такъ сказать, сѣетъ вокругъ себя болѣзнь, напр. молодой чело-вѣкъ, заразившійся, мало или совсѣмъ не лѣчившійся, не смотря на увѣщанія врача, этого не дѣлать, женится, заражаетъ жену, производитъ больное потомство и т. д.

Многіе, даже среди медицинскаго сословія возстаютъ противъ такой безстрастной, пассивной, выжидательной роли врача, находятъ ее чуть ли не преступной и стремятся къ тому, чтобы законъ обязалъ врача въ такихъ случаяхъ нарушить обѣтъ профессиональной тайны и заставилъ

Врачебная тайна должна свято соблюдаться.

его своимъ вмѣшательствомъ пресѣчь завѣдомо для него распространяемое зло.

Между тѣмъ единственно полезный путь борьбы со зломъ—сифилисомъ и его властью—есть именно и только профессиональное молчаніе врачей и строгое храненіе до вѣранныхъ имъ тайнъ больного челоуѣчества.

Кто же пойдетъ лѣчиться къ врачу? Кто повѣдаетъ ему интимнѣйшіе факты и данные изъ своей жизни, необходимые для яснаго уразумѣнія болѣзни и совокупности ея вреднаго вліянія на организмъ, если больной не будетъ увѣренъ, что они никому не будутъ сообщены и разглашены?

Если бы больные знали, что врачи обязаны не только не молчать о фактѣ существованія у нихъ сифилиса, но должны его довести до свѣдѣнія всѣхъ близкихъ своего пациента, нѣтъ сомнѣнія, мало кто сталъ бы лѣчиться. а мы знаемъ, что только въ лѣченіи *сифилиса индивидуальное и социальное спасеніе отъ него.*

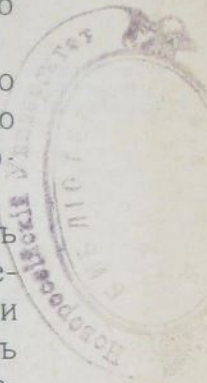
И такъ, мы видимъ, что главное обоснованіе, разумная причина незыблемости врачебной тайны, лежитъ въ мотивахъ *чисто практическихъ, утилитарныхъ*, въ той пользѣ, которую приносятъ это сознаніе увѣренности, безопасности и сохранности самыхъ интимныхъ, щекотливыхъ секретовъ дѣлу безбоязненнаго и потому толковаго и основательнаго специфическаго лѣченія и вытекающаго отсюда оздоровленія населенія отъ сифилиса.

Къ тому же, и не нарушая объѣта молчанія, врачи могутъ принести много пользы, увѣщая сифилитиковъ лѣчиться и разъясняя имъ вредъ, который можетъ принести себѣ и окружающимъ всякій такой больной, который не аккуратно борется со своимъ недугомъ ртутью и іодомъ и одновременно съ этимъ приходитъ въ тѣсное и неосторожное соприкосновеніе съ близкими своими.

И въ этомъ отношеніи врачи должны быть безконечно настойчивы и неутомимы.

Не переставая, слѣдуетъ имъ твердить желающимъ и не желающимъ ихъ слушать больнымъ, объ опасностяхъ сифилиса—индивидуальной, половой, семейной, социальной и расовой.

Ничто не исчезаетъ, все оставляетъ въ жизни свой слѣдъ, и эта неутомимая проповѣдь противъ сифилиса, этотъ крестовый походъ авторитетнаго слова и опытной мысли противъ зла распространенія болѣзни по невѣдѣнію,



Безъ врачебной тайны никто не сталъ бы лѣчить свой сифилисъ.

Роль врача—разъяснять больному вредъ его сифилиса личный и общественный.

легкомыслию и злой волѣ все-таки сдѣлаетъ свое дѣло и спасетъ отъ несчастій сифилиса не мало жертвъ.

Зубные врачи
и борьба съ
сифилисомъ.

И зубные врачи, въ своей практической дѣятельности имѣющіе случай не разъ встрѣчаться съ сифилисомъ и его заразительными симптомами, должны дѣлать то же.

Гарантируя больному полную и безусловную тайну всего, что касается его болѣзни вообще, они, подозрѣвая существованіе сифилиса, должны осторожнымъ и умѣлымъ разпросомъ, а иногда и осмотромъ, убѣдиться въ основательности своихъ догадокъ, въ сомнѣніи (и даже внѣ его) должны сумѣть направить больного къ спеціалисту.

Постоянно должны они проповѣдывать пользу гигиеническаго содержанія полости рта и предохранительнаго—отъ всевозможныхъ зараженій и между ними и сифилиса—значенія культурныхъ привычекъ въ домашнемъ обиходѣ (не ѣсть изъ общей миски, не имѣть артельныхъ деревянныхъ ложекъ, не пользоваться чужими зубными щеточками, бывшими въ употребленіи зубочистками, папиросками и т. д. и т. д.).

Такимъ образомъ, и зубные врачи внесутъ свою, на бѣглый взглядъ, небольшую, но въ сущности—взятую въ цѣломъ—очень существенную лепту на общее и великое дѣло—борьбу со зломъ, приносимымъ сифилисомъ человѣчеству.

11-го Сентября 1904 г.



10317

ОГЛАВЛЕНІЕ.

	Стран.
Глава I. Общія понятія о сифилисѣ	3
Глава II. Первичный періодъ сифилиса.	12
Глава III. Вторичныя явленія сифилиса.	23
Глава IV. Третичный періодъ сифилиса.	35
Глава V. Парасифилиды	43
Глава VI. Общее теченіе сифилиса.	50
Глава VII. Лѣченіе сифилиса	57
Глава VIII. Распространеніе сифилиса и соціальная борьба съ нимъ	74
Глава IX. Наслѣдственный сифилисѣ.	82
Глава X. Измѣненіе зубовъ при наследственномъ сифилисѣ. . .	98
Глава XI. Сифилисѣ и врачебная тайна	107

