

Къ вопросу о сосудодвигательныхъ невросахъ конечностей. (Случай *asphyxie locale symmétique*¹⁾).

В. Н. Образцова.

Существуютъ заболѣванія, въ симптомокомплексѣ которыхъ преобладаютъ или даже составляютъ ихъ сущность сосудодвигательныя явленія, при чемъ, однако, мы не въ состояніи сказать ничего опредѣленнаго объ основѣ или исходной точкѣ страданія. Въ этихъ случаяхъ говорятъ о *сосудодвигательныхъ* невросахъ, или *ангионеврозахъ*.

Такой взглядъ, высказываемый въ настоящее время, напр., проф. *Oppenheim*'омъ²⁾, справедливо отмѣчаетъ недостаточность нашихъ знаній, когда дѣло касается патологіи сосудодвигательной нервной системы. Встрѣчаясь съ болѣзненными явленіями подобнаго рода, мы не въ состояніи иногда разрѣшить вопросъ, имѣется ли передъ нами лишь наиболѣе ярко выступающій симптомомъ основнаго страданія или же мы имѣемъ дѣло съ самостоятельнымъ строгоопредѣленнымъ поражениемъ, а до окончательнаго рѣшенія этого вопроса неволью прихо-

¹⁾ Доложено въ засѣданіи Общества невропатологовъ и психіатровъ 29 октября 1902 г.

²⁾ Prof. Н. Oppenheim. Руководство по нервнымъ болѣзнямъ. Переводъ подъ ред. Говсѣва 1896 г., стр. 774.

дится пользоваться терминомъ „неврозъ“, не дающимъ намъ понятія объ анатомической основѣ страданія.

Къ числу заболѣваній, занимающихъ только-что указанное положеніе въ невропатологій, должна быть отнесена и такъ называемая „*мѣстная асфиксія конечностей*“, „*симметричная гангрена*“, или *болѣзнь Raynaud*, случай которой я имѣлъ возможность наблюдать въ прошломъ академическомъ году, посѣщая нервное отдѣленіе Казанскаго Военнаго Госпиталя ¹⁾.

Я сообщу сначала тѣ свѣдѣнія, которыя были получены нами отъ больного о его прошломъ и началѣ заболѣванія, что было сдѣлано имъ безъ особенныхъ затрудненій, довольно ясно и опредѣленно.

Больной Б., крестьянинъ Казан. губ., до заболѣванія жилъ постоянно въ деревнѣ и занимался хлѣбопашествомъ. Мѣсяца 4 тому назадъ, какъ зачисленъ въ солдаты и въ настоящее время находится на службѣ въ одномъ изъ мѣстныхъ резервныхъ баталіоновъ. Его отецъ и мать живы до сихъ поръ, въ общемъ люди небогѣзненные, но и тотъ и другой уже давно, по словамъ больного, злоупотребляютъ спиртными напитками; сильно пьютъ и родной братъ больного; самъ больной также пьетъ водку, но нечасто и умѣренно. Ближайшіе родственники не отличаются болѣзненностью, среди нихъ нѣтъ душевно-больныхъ, нѣтъ падучихъ, глухонѣмыхъ или идиотовъ.

Обращаясь къ личному анамнезу больного, мы получили свѣдѣнія, что ему 22-й годъ, онъ холостъ.

¹⁾ Считаю своимъ долгомъ принести благодарность главному врачу Воен. Госпиталя д-ру П. В. Покровскому за разрѣшеніе воспользоваться этимъ случаемъ для доклада, д-ру А. Д. Никольскому за любезно изготовленные имъ фотографическіе снимки съ больного и д-ру М. М. Красину, въ отдѣленіи котораго находился больной, за совместное наблюденіе за теченіемъ болѣзни.

Въ воспоминаніяхъ о своемъ дѣтствѣ и отрочествѣ онъ не можемъ остановиться ни на одномъ заболѣваніи, оставившемъ какой-либо слѣдъ въ дальнѣйшей жизни, всегда отличаясь порядочнымъ здоровьемъ; четырегода тому назадъ одно время страдалъ болями въ животѣ, при утомительной работѣ случались головокруженія, но онъ никогда не терялъ сознания. Въ послѣдніе годы былъ совершенно здоровъ, охотно работалъ, былъ доволенъ своей деревенской жизнью, обладая характеромъ спокойнымъ и уравновѣшеннымъ. Половой жизнью пользовался умѣренно и сифилисомъ не страдалъ.

Военной службой больной не тяготится, но въ первое время трудно было привыкнуть къ новой жизни и необычайной для него обстановкѣ; къ тому же во время строевыхъ занятій испытывалъ и физическое утомленіе. Такъ, оставаясь долго съ вытянутыми по швамъ руками и со слегка приподнятой головой, онъ ощущалъ усталость и легкую болѣзненность въ области шейныхъ мышцъ, но эти явленія, мало по малу исчезли и не беспокоили больного. Причина же, приведшая его въ госпиталь, заключается единственно въ болѣзненныхъ явленіяхъ на концахъ пальцевъ рукъ, что, лишивъ его возможности работать, и заставило обратиться къ врачебной помощи, а затѣмъ (22 марта 1902 г.) помѣститься въ Военный Госпиталь.

Больной могъ сообщить довольно послѣдовательно, какъ развилось страданіе. Оно развилось не сразу, а постепенно. Онъ хорошо помнитъ, какъ съ нѣкоторыхъ поръ, когда онъ уже находился на службѣ, начала появляться *„блѣдность концевъ пальцевъ“* на рукахъ. Явленіе это наступало, однако, лишь тогда, когда ему долго приходилось оставаться съ оцущенными руками (напр., въ строю), но стоило измѣнить положеніе рукъ, сдѣлать нѣсколько движеній пальцами, какъ явленіе это исчезло; на него онъ не обращалъ особеннаго вниманія, такъ какъ оно болѣзненностью не сопровождалось. Спустя нѣкоторое время къ блѣдности стало присоединяться

какъ бы легкое *покалываніе* въ пальцахъ, сопряженное съ желаніемъ почесать руку, въ которой ощущался *зудъ*, а дней за 5—6 до поступленія въ госпиталь онъ замѣтилъ, что пальцы *синютъ* и при прикосновеніи къ нимъ испытывается *боль*.

Болѣзненные явленія ограничивались четырьмя пальцами, за исключеніемъ большихъ, на каждой рукѣ. Черезъ 2—3 дня однако дѣло нѣсколько измѣнилось въ томъ отношеніи, что нѣкоторые пальцы пришли къ нормѣ, но указательный и средній правой руки, оставаясь безъ перемѣнъ, заставили больного обратиться къ врачу.

Лично мнѣ пришлось встрѣтиться съ больнымъ въ первый разъ 24 марта, т. е. черезъ 2 дня послѣ поступленія въ Госпиталь, при чемъ, осматривая больного совмѣстно съ д-ромъ М. М. Краснымъ, любезно указавшимъ мнѣ на этотъ случай, нами были обнаружены довольно рѣзкія явленія, уже вновь появившіяся, какъ на той, такъ и на другой рукѣ.

На правой рукѣ оказались особенно рѣзко пораженными указательный и средній пальцы.

Область ногтевыхъ фалангъ была *синеваго цвѣта*, который ясно выступалъ подъ ногтями, гдѣ можно было видѣть по краю какъ бы *точечныя кровоизлиянія*, ясно выступающія на синевагомъ фонѣ темно-малиновымъ цвѣтомъ. На мягкой сторонѣ, нѣсколько опухшей, ногтевой фаланги кожа оказалась блѣдно-синяго цвѣта, мѣстами съ аспиднымъ оттѣнкомъ; границы ненормальной окраски постепенно переходили въ нормальную и занимали участокъ выше перваго фаланговаго сгиба пальца.

Тѣ же самыя явленія наблюдались и въ остальныхъ пальцахъ правой руки, за исключеніемъ большого, отличающагося лишь интенсивностью болѣзненного процесса.

На лѣвой рукѣ процессъ не былъ столь обширенъ; онъ занималъ лишь мизинецъ и безымянный палецъ будучи выраженъ совершенно отчетливо; на указательномъ же пальцѣ мы могли

наблюдать начальную стадію страданія, выражающуюся легкой ціанотической окраской и болѣзненностью при дотрогиваніи. Больной замѣтилъ, что степень болѣзненныхъ явленій (окраска и боль) можетъ подвергаться колебаніямъ въ теченіе дня, но указательный и средній пальцы правой руки мало измѣняются; лѣвый же указательный палецъ медленно идетъ къ ухудшенію, о чемъ больной заключаетъ на основаніи усиливающейся боли и окраски (рис. I ¹⁾).

Черезъ 3 дня я опять посѣтилъ больного и наблюдаемая картина болѣзни еще разъ подтвердила, что симптомы не могутъ считаться постоянными, а наклонны къ колебаніямъ въ своей силѣ и довольно обширными. На мизинцѣ и безымянномъ пальцѣ правой руки мы уже не наблюдали прежнихъ явленій: они были нормальны; указательный же и средній оставались по прежнему; на лѣвой—указательный палецъ ухудшался, тогда какъ процессъ на мизинцѣ и безымянномъ видимо шелъ на убыль. (рис. II).

Я не буду описывать дальнѣйшихъ колебаній процесса. Колебанія эти наблюдались въ теченіе болѣзни, это являлось несомнѣннымъ; притомъ нужно замѣтить, что тамъ, гдѣ процессъ зашелъ болѣе или менѣе далеко, наклонность къ колебаніямъ была выражена слабо, какъ это мы наблюдали на указательномъ и среднемъ пальцахъ правой руки; большіе же пальцы на той и другой рукѣ оставались во все время наблюденія совершенно нормальными.

Къ только что сказанному мы считаемъ нужнымъ добавить еще нѣсколько замѣчаній. Въ виду указаній самого больного на употребленіе имъ водки, хотѣлось выяснитъ,—не стоитъ ли заболѣваніе въ близкой зависимости отъ спиртныхъ злоупотребленій. Прежде всего мы затруднимся отвѣтить,—было ли здѣсь вообще злоупотребленіе; болѣзнь развилась, по словамъ больного, въ то время, когда онъ не пилъ; находясь

¹⁾ Рисунокъ былъ изготовленъ по раскрашеннымъ мною фотографическимъ снимкамъ.

же у себя въ деревнѣ, онъ иногда выпивалъ, но не замѣчалъ, чтобы пальцы въ это время чѣмъ-либо себя проявляли. Что же касается вліянія какихъ-либо периферическихъ раздраженій (физическаго, химическаго или термическаго свойства), то, довольно подробно знакомясь съ образомъ жизни нашего больного, намъ не удалось найти здѣсь производящихъ моментовъ. Добавлю еще, что въ мѣстности, гдѣ жилъ больной, въ его деревнѣ, онъ ни у родственниковъ, ни у знакомыхъ не встрѣчалъ такой болѣзни, какъ у него; нѣтъ тамъ болѣзни, известной подъ названіемъ „злой корчи“; въ баталіонѣ же, гдѣ онъ служилъ, его заботѣваніе было единичнымъ явленіемъ.

Мы остановимся сначала на изслѣдованіи той области, гдѣ сосредоточился болѣзненный процессъ.

Кромѣ вышеуказанной ненормальной окраски концевъ пальцевъ мы наблюдали здѣсь и еще отклоненія отъ нормы, стоящія, видимо, во взаимной связи и расположенныя какъ бы параллельно. Это касается кожной чувствительности. На тѣхъ мѣстахъ, гдѣ имѣлось посинѣніе кожи, тактильная чувствительность оказывалась пониженной по сравненію съ здоровымъ большимъ пальцемъ и съ другими частями кисти, но уже легкое надавливаніе на концы пораженныхъ пальцевъ воспринималось, какъ рѣзкое болевое ощущеніе. Разстроеннымъ, въ смыслѣ пониженія, оказалось и температурное чувство. На ощупь концы пальцевъ были замѣтно холодны и *влажны*. Непораженные пальцы отклоненій отъ нормы не представляли.

Взаимная связь этихъ явленій и зависимость ихъ отъ степени цианоза устанавливалась тѣмъ, что, наблюдая у больного улучшеніе процесса вплоть до нормы, мы путемъ изслѣдованія устанавливали параллельное возстановленіе чувствительности, уменьшеніе похолоданія и потливости.

Переходя къ изслѣдованію общаго состоянія здоровья, мы должны сказать, что костная и мышечная системы у на-

шего больного развиты хорошо и вполне правильно. Область ручной кисти, предплечье и плечо той и другой руки не представляютъ уклоненій отъ нормы, сохраняя нормальную кожную чувствительность, при отсутствіи атрофическихъ процессовъ; ни мышцы, ни нервные стволы не болѣзненны при напавливаніи; пульсъ въ лучевой артеріи ясно прощупывается. Вполнѣ нормальными оказались и остальные области тѣла.

Рефлекторная мышечная возбудимость въ предѣлахъ нормального; явленій дермографіи не наблюдается; свѣтовая реакція зрачковъ нормальна, равно какъ и величина ихъ. Со стороны внутреннихъ органовъ какихъ-либо уклоненій не найдено.

Со стороны нижнихъ конечностей ничего ненормального нами не обнаружено.

Вотъ свѣдѣнія, полученныя нами путемъ разспроса и послѣдованія больного.

О теченіи страданія приходится сказать не многое. Больной находился подъ нашимъ наблюденіемъ приблизительно два мѣсяца (съ 22 марта по 20 мая). За этотъ промежутокъ времени не разъ наблюдалась вышеуказанная нами наклонность процесса къ временнымъ обостреніямъ, лишь лѣвый указательный палецъ болѣе стаціонарно оставался пораженнымъ; большіе же пальцы на той и другой рукѣ все время были вполне нормальными.

Послѣдній разъ я имѣлъ возможность видѣть больного за нѣсколько дней до выхода изъ Госпиталя. Болѣзненные явленія почти отсутствовали, лишь указательный палецъ лѣвой руки сохранялъ еще слѣды легкаго ціаноза; остальные пальцы не представляли ничего особеннаго, были неболѣзненны и съ нормальной чувствительностью. Хорошее состояніе, длившееся нѣкоторое время, и постепенная убыль ціаноза на лѣвомъ указательномъ пальцѣ, позволили больному выписаться и начать снова свои служебныя обязанности. Дня черезъ три больной покинулъ госпиталь и болѣе туда не возвращался.

Общее состояніе здоровья за время пребыванія въ госпиталѣ было вполнѣ удовлетворительно.

Что касается леченія, то оно было весьма не сложно. Нашъ больной получалъ теплыя ароматическія (28—29°R) ручныя ванны (раза 2 въ день) и на рукахъ носилъ согревающую повязку. По его словамъ, подобныя мѣропріятія значительно облегчали боли и улучшали состояніе пальцевъ. Кромѣ того, д-ромъ М. М. Красинымъ сдѣлана была проба смазывать концы пальцевъ *t-rae iodi*; смазыванія не оставались безъ результатовъ: послѣ нихъ больной чувствовалъ себя лучше. Примѣненіе же рекомендуемыхъ въ этихъ случаяхъ массажа и электризаціи было оставлено, такъ какъ и то и другое оказалось болѣзненнымъ.

Мы позволимъ себѣ въ настоящую минуту уклониться отъ разбора имѣющихся у нашего больного симптомовъ и остановимся на указанной выше діагностики страданія, надѣясь въ дальнѣйшемъ изложеніи найти подтвержденіе поставленному діагнозу, а представимъ тѣ свѣдѣнія, которыя почерпнуты нами изъ доступной для насъ литературы о болѣзни *Raynaud*, однако, не смѣя рассчитывать на ихъ полноту уже потому, что интересующая насъ болѣзнь нашла себѣ пріютъ для изученія въ области различныхъ спеціальностей, дерматологіи, невропатологіи и хирургіи, наблюдающихъ, весьма возможно, лишь разныя стадіи одного и того же процесса.

Заболѣваніе, о которомъ идетъ рѣчь, въ первый разъ описанное въ 1862 г. *M. Raynaud*, (1839—1881 г.) подъ названіемъ „мѣстной асфиксіи и симметричной гангрены конечностей“, и до сего времени сохранило имя автора.

Въ основу клинической картины страданія *Raynaud*¹⁾ ставилъ спазмъ мелкихъ сосудовъ на периферіи конечностей, который, продолжаясь долгое время, при хроническомъ теченіи, разстраивалъ питаніе тканей и влекъ за собою симме-

¹⁾ M. Raynaud. De l'asphyxie locale et de la gangrène symmetr. des extrémités. Thèse de Paris. 1862 г.

тричную гангрену; этому заключительному періоду предшествовали: періодъ яростанія припадковъ, періодъ стаціонарный и наконецъ гангренозный, завершающийся рубцеваніемъ. Симптомы болѣзни, по мнѣнію *Raynaud* находились въ зависимости отъ чрезмѣрной возбудимости сосудодвигательныхъ центровъ въ сѣромъ веществѣ спинного мозга, а страданіе отнесено имъ къ группѣ сосудодвигательныхъ неврозовъ.

Съ тѣхъ поръ въ продолженіи 40 лѣтъ накопившіяся наблюденія, правда не многочисленныя, а въ особенности въ русской литературѣ, не даютъ еще права отрицать взглядъ высказанный *Raynaud*, и въ лицѣ нѣкоторыхъ авторовъ мы имѣемъ преверженцевъ его теоріи.

Мы опишемъ сначала симптомы и теченіе болѣзни *Raynaud* такъ, какъ они представляются въ наблюденіяхъ лицъ, діагностировавшихъ въ своихъ случаяхъ это страданіе.

Самъ *Raynaud* ¹⁾, *Frentzel* ²⁾, проф. *Поспѣловъ* ³⁾, *Navas* ⁴⁾ и др. допускаютъ дѣленіе симптомовъ на группы, или на степени ихъ развитія. Въ первой степени наблюдаются легкія расстройства кровообращенія въ конечностяхъ. Пальцы принимаютъ блѣловато-мраморную окраску, холодѣютъ и дѣлаются малочувствительными. Эта стадія „мѣстной синкопе“ (*Raynaud*), „мертвый палецъ“, „doigt mort“ (*Reil*'я), относимый сюда проф. *Поспѣловымъ*, или „участковая ишемія“ по *Weiss*'у. Слѣдующая стадія представляетъ дальнѣйшее усиленіе болѣзненныхъ явленій: кожа принимаетъ цианотическую окраску, дѣлается синевато-чернаго цвѣта съ аспиднымъ оттѣнкомъ; это—„мѣстная асфиксія“ (*Raynaud*) или „участковый цианозъ“ (*Weiss*). Пораженныя части становятся еще болѣе холодными, нечувствительными, субъективно

¹⁾ Raynaud. Dictionnaire de medicine et de chirurgie т. XV. 1872 г.

²⁾ Frentzel. Цит. по Jahresberichts Mendel's 1898 г.

³⁾ Поспѣловъ. Краткій учебникъ кожныхъ болѣзней 1896 г.

⁴⁾ Navas. Ueber Raynaud'sche Erkrankung, Asphyxia localis und Symm. gangrän. Feф. см. Jahresbericht Mendel'я. 1898 г.

больные испытываютъ въ нихъ покалываніе, а временами и сильныя боли. Постепенное, а въ иныхъ случаяхъ рѣзкое неожиданное, усиленіе болѣзненныхъ явленій служитъ переходомъ къ третьему стадію страданія—къ омертвѣнію, по завершенію котораго на мѣстѣ отпавшихъ частей остаются бѣлесоватые рубцы.

Такова въ общихъ чертахъ картина страданія и теченіе болѣзни.

Въ большинствѣ случаевъ пораженіе располагается болѣе или менѣе симметрично по своей локализаци, но по степени выраженности симптомовъ можетъ и не существовать соответствія: одна изъ пораженныхъ конечностей представляетъ картину заключительнаго стадія, тогда какъ въ другой—процессъ ограничивается періодомъ нарастанія симптомовъ.

Конечности не есть исключительное мѣсто локализаци процесса. Существуютъ наблюденія, когда болѣзненные явленія располагались на ягодицахъ и бедрахъ или дѣло начиналось съ ушей и кончика носа, имѣя такимъ образомъ наклонность локализоваться въ наиболѣе отдаленныхъ отъ центра кровообращенія мѣстахъ. Просматривая казуистику болѣзни *Raynaud*, намъ пришлось вынести впечатлѣніе, что пораженіе ушныхъ раковинъ и носа какъ бы болѣе присущи цѣльному дѣтскому возрасту (*Berend*¹⁾, *Neurath*²⁾ у 3-лѣтняго, *Barlow*—3¹/₂, *Monro*,—7 лѣтъ, *Kroner*³⁾—9 лѣтъ, *Southey*—9 л. и пр.), хотя подобная же локализаци отмѣчалась и у взрослыхъ (*James*). Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдалось развитіе болѣзни на кожѣ груди (*Petri*). Чаше однако поражаются конечности, главнымъ образомъ пальцы и почти исключительно поктевыя фаланги; рѣже процессъ распространяется на среднія и основныя.

¹⁾ Berend. Symmetrische Gangraen (Raynaud'sche Krankheit) bei einem Kinde. Pester. Med. Pr. № 18 Цит. по Jahresbericht. Mendel's 1899 г.

²⁾ Neurath. Raynaud'sche Krankheit. Wien. Med. Wochen. 1899. № 50.

³⁾ Kroner. Jahresbericht Mendel's. 1899 г.

Болезнь слагается изъ отдѣльныхъ пароксизмовъ; зѣсь нѣтъ, строго говоря, постепеннаго развитія симптомовъ по крайней мѣрѣ въ самомъ началѣ страданія. Первый стадій можетъ наступать по многу разъ, отдѣляясь періодами полнѣйшаго здоровья, и больные лишь потомъ, при развитіи угрожающихъ явленій, вспоминаютъ, что съ нѣкоторыхъ поръ, а иногда и очень давно, въ конечностяхъ наблюдались болѣзненные явленія мало тогда ихъ беспокоившія. Приступы съ переходомъ отъ перваго стадія ко второму могутъ продолжаться отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ и дней, колеблясь и въ этотъ промежутокъ времени то въ сторону ослабленія припадковъ, то въ сторону усиленія. Эта клиническая особенность—течь пароксизмально—считается однимъ изъ важныхъ діагностическихъ признаковъ болѣзни *Raynaud* (*Monro*). Гангрена предшествуетъ періодъ стационарный (*Raynaud*), гдѣ симптомы не дѣлаютъ уже значительныхъ колебаній, а имѣютъ наклонность къ усилению. Въ иныхъ случаяхъ періодъ этотъ болѣе или менѣе продолжителенъ, но иногда гангрена развивается очень быстро, напр., въ 2, 5 дней. (*Введенскій*, *Рахманиловъ*¹⁾, *Струевъ*²⁾).

Что касается разстройствъ чувствительности, то обыкновенно она такъ или иначе оказывается разстроенной. Поражаются то все виды чувствительности, то избирательно (болевая и термическая), то наблюдается диссоціація чувствительныхъ разстройствъ и замедленіе проводимости (*Kornfeld*³⁾).

Явленія парестезій, наблюдаемыя въ первомъ стадіи, по своему характеру разнообразны: въ видѣ ползанія мурашекъ

¹⁾ Рахманиновъ. Къ ученію о дегенеративной атрофіи периферическихъ нервовъ и т. д. М. Об. 1891 г., № 10:

²⁾ Н. А. Струевъ. Къ казуистикѣ болѣзни *Raynaud*. М. Об. 1901 г., июнь.

³⁾ Случай *Kornfeld*'а относится къ больному страдавшему *tabes*'омъ; при сохраненіи тактильнаго, ослаблено болевое и термическое чувство, проводимость замедлена.

(*Postelovъ*), легкаго жженія (*James*), зуда (*Oppenheim*) и т. д. На ряду съ этимъ наблюдаются и ломящія, стрѣляющія боли во всей конечности, иногда предшествующія приступу въ продолженіи нѣсколькихъ дней. Иногда исчезаетъ пульсъ въ артеріяхъ (*Bernhardt, Musser* и др.).

Помимо аномалій въ сферѣ сосудодвигательной и чувствительной наблюдается цѣлый рядъ трофическихъ явленій. Сюда относятъ пораженіе ногтей (*Lassar*), ихъ обезображеніе (*Berend*), симметричное выпаденіе бровей (*Berend*), мышечныя атрофіи, главнымъ образомъ мелкихъ мышцъ конечностей; кромѣ того наблюдались кожныя сыпи (*Sinkler*), отеки, атрофіи жировой кѣтчатки (*Lesser*), трофическія разстройства въ области суставовъ — *sinovitis acuta*; сюда же относятъ быстро появляющіяся язвы на различныхъ мѣстахъ тѣла (*Leloir*). Къ рѣдкимъ явленіямъ при болѣзни *Raynaud* нужно отнести разстройства зрѣнія, зависящее, какъ полагаетъ *Oppenheim*, отъ судороги артерій сѣтчатки, тугодъ слуха, шумъ въ ушахъ, аномаліи вкуса и явленія паралича симпатическаго нерва — главозрачковый симптомъ; особенно рѣдкимъ явленіемъ считается афазія (*Oppenheim*).

Обыкновенно болѣзнь протекаетъ безлихорадочно и лишь мѣстныя явленія, подчасъ весьма мучительныя, разстраиваютъ общее состояніе больного, лишаютъ его сна, аппетита и т. д. Однако, указываютъ на случаи, когда болѣзнь сопровождалась повышеніемъ температуры до 41°С (*Эйхюрстъ*) увеличеніемъ селесенки (*Petri*), появленіемъ сахара въ мочѣ (*Hameau*), а въ случаѣ *Tannabill* приступы чередовались съ гематуріей.

Общая продолжительность страданія не одинакова. Въ острой формѣ, по *Эйхюрсту*, дѣло кончается 8—11 дней, но болѣзнь можетъ принять подострое теченіе или хроническое. Въ послѣднемъ случаѣ дѣло затягивается на долго. Мы можемъ указать случаи, продолжающіеся 10 (*Crocker*) и даже 15 лѣтъ (*Goupp*).

Что касается прогноза, то можно сказать, что непосредственно жизни болѣзнь не угрожаетъ, но заставляетъ серьезно опасаться за цѣлость пораженныхъ органовъ.

Исходъ страданія не всегда одинаковъ. Тамъ, гдѣ болѣзнь достигаетъ второго стадія симптомовъ и эта стадія принимаетъ хроническое теченіе дѣло завершается гангреной. Второй исходъ, на который указывается наблюдателями также при длительномъ теченіи второго стадія—эта атрофія кожи¹⁾ и подкожной клетчатки, а также склеродермія. Наконецъ третій исходъ, въ болѣе легкихъ случаяхъ, благополучное разрѣшеніе припадковъ.

Обратимся теперь къ этиологіи.

Отдѣлъ причинъ болѣзни *Raynaud* крайне разнообразенъ. Въ одномъ рядѣ случаевъ вмѣстѣ съ болѣзью *Raynaud* мы встрѣчаемъ и другія заболѣванія, съ которыми этотъ своеобразный симптомокомплексъ можетъ быть поставленъ въ ту или другую генетическую связь, въ другомъ—страданіе стоитъ какъ бы болѣе изолированно и этиологическій моментъ остается мало выясненнымъ, загадочнымъ. (*Поспльогъ, Эйхгорстъ*).

Въ формѣ мѣстной асфиксіи или симметричной гангрены болѣзнь *Raynaud* была наблюдаема во время или послѣ инфекціонныхъ страданій. Указаны случаи когда симптомокомплексъ этотъ наступалъ послѣ брюшного тифа (*Brauardel* и *Thoinot*), послѣ сыпного (*Введенскій, Рахмановъ, Н. Fischer*), маляріи (*Разумовскій, Хмьлевскій, Colleville*), дифтерія (*Powell*), наслѣдственнаго сифиласа (*Krisowski*), туберкулеза (*Струевъ, Wanen*), инфлуенцы (*Эйхгорстъ, Гусаревъ*), оспы (*Defraence*), рожи (*Angelesco*) и т. д. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сама болѣзнь производитъ впечатлѣніе инфекціи и въ ея этиологіи отмѣчается инфекція *sui generis*.

Кромѣ того вмѣстѣ съ болѣзью *Raynaud* мы встрѣчаемъ указаніе на существованіе болѣзни сердца (*Mendel, Kornfeld*), слабость сердечной дѣятельности, заболѣваніе почекъ въ видѣ остраго или хроническаго нефрита, гематуріи

¹⁾ Г. И. Мещерскій. Объ идиотической прогрессивной приобрѣтенной атрофіи кожи. М. 06. 1901 г. февраль.

(*Dickinson* и *Hubler*), хлороза и анэміи (*Monro*), діабета (*Mendel*, *Эйхорстъ*), заболѣванія сосудовъ (*Dehio*), страданіе половыхъ органовъ (*Monro*), менопауза (*Monsbach*), *angina pectoris* (*Monro*). Болѣзнь *Raynaud* по мнѣнію *Fuchs*'а ¹⁾ часто совпадаетъ со склеродерміей или склеродактиліей, на что уже въ 1845 году въ первый разъ указалъ *Thirial*, а затѣмъ *Vidal*, *Blachez*, *Legroux*, *Hardy*, а въ послѣднее время *Gracher*, *Bernhardt*, *Monro* и др.

Болѣе опредѣленную группу причинъ представляютъ отравленія, гдѣ прежде всего слѣдуетъ упомянуть объ отравленіи спорыньей, именно въ формѣ гангренозной. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи не такъ давно даже была попытка всѣ случаи болѣзни *Raynaud* трактовать какъ рафанію. Такъ думалъ д-ръ *Ehlers* ²⁾, но трудами другихъ излѣдователей напр., *Mongour*'а ³⁾ было установлено, что болѣзнь эта можетъ встрѣчаться и тамъ, гдѣ о рафаніи нѣтъ и рѣчи. Изъ другихъ отравленій отмѣчаютъ морфій и хлораль (*Oppenheim*).

Но интересующая насъ болѣзнь не рѣдко встрѣчается при функциональныхъ невросахъ и прежде всего при истеріи, обиліе и разнообразіе вазомоторныхъ, трофическихъ, секреторныхъ аномалій при которой общеизвѣстно (напр. *G. de la Tourette*, *Armaingaud*, *Ierer* и мн. др.). Отмѣчаютъ мѣстную асфиксію на ряду съ неврастеніей, эпилепсіей, *chorea min.*, а также и при душевныхъ страданіяхъ, напр. при меланхоліи (*Monro*) и при вторичныхъ формахъ въ видѣ слабоумія. Далѣе, какъ на особую группу можно указать на органиче-

¹⁾ *Fuchs*. *Raynaud'sche Krankheit und Sklerodactylie*. Wiener klinische Wochenschrift. 1896 г. № 39.

²⁾ *E. Ehlers*. *L'Ergotisme* (Encyclopédie Scientifique des Aide-memoire Léaute) 1896 г. Цитир. по *Archiv. cliniques de Bordeaux*.

³⁾ *C. Mongour*. *Ergotisme et asphyxie locale des extrémités*. Arch. de Bordeaux. 1897 г.

скія пораженія нервной системы, гдѣ она встрѣчалась, сопутствуя пораженіямъ головного мозга, спинного (при *tabes*, *сирингоміэліи*) и периферической нервной системы, при невритахъ.

Однако, находясь въ большинствѣ случаевъ въ той или иной зависимости отъ существующаго уже заболѣванія, иногда болѣзнь *Raynaud* являлась самостоятельно, какъ сосудодвигательный неврозъ *suí generis* съ неясной этиологіей (*Oppenheim*).

Помимо только-что перечисленныхъ условій, среди которыхъ наблюдалось это страданіе, невропатическую наследственность по преимуществу считаетъ обязательнымъ *Raynaud*, *Oppenheim* и др., а *Эйхгорстъ*¹⁾ прибавляетъ—нѣжное тѣлосложеніе и малокровіе.

Къ числу причинъ предрасполагающихъ должно быть отнесено вліяніе пола и возраста. По статистики *Monro*²⁾, имѣвшего возможность собрать 180 случаевъ безусловно вѣрныхъ болѣзни *Raynaud* на долю женщинъ приходится около 60% ; ту же приблизительно цифру (64,1%) указываетъ *Weiss*. Что касается возраста, то чаще поражаются люди молодые въ періодъ отъ 20—30 лѣтъ.

Къ числу причинъ такъ сказать ближайшихъ, производящихъ, съ настойчивостью относятъ (*Monro*, *Oppenheim*) психическія волненія въ видѣ испуга или длительное психическое угнетеніе, физическое утомленіе и поверхностныя поврежденія кожи.

Подтвержденіе этому мы дѣйствительно нашли въ цѣломъ рядѣ случаевъ. Но нельзя умолчать, что и простуда отмѣчается довольно часто, какъ ближайшая причина заболѣванія.

Если мы теперь сдѣлаемъ сопоставленіе нашего случая съ описаніемъ симптомовъ болѣзни *Raynaud*, то врядъ

¹⁾ Эйхгорстъ. Руководство частной патологіи и терапіи т. 3.

²⁾ Monro. См. Jahresbericht. 1899.

ли придется доказывать, что мы имѣли дѣло именно съ мѣстной симметричной асфиксией конечностей. Въ этомъ насъ убѣждаетъ и характерное начало и характерное теченіе.

Нашъ случай является весьма чистымъ въ симптоматическомъ отношеніи, такъ какъ на первомъ планѣ выступали сосудодвигательныя явленія. По степени выраженности клиническихъ явленій мы должны отнести его ко 2-й стадіи, причемъ, какъ видно, границы, проводимыя между этими степенями мало уловимы, такъ какъ гангрена, ожидаемая съ минуты на минуту; однако не наступила.

Въ этомъ отношеніи мы отмѣтимъ, между прочимъ, мнѣніе *Zerbes*, что кожа при спазмѣ сосудовъ можетъ долго противостоять вліянію асфиксии, гангрена же наступаетъ отъ пораженія трофическихъ нервовъ, но не будемъ дѣлать какихъ-либо выводовъ изъ этого, такъ какъ вопросъ объ отношеніи сосудодвигательной инервациі къ трофической не является окончательно выясненнымъ.

Что касается исхода, то страданіе благополучно разрешилось; однако, мы считаемъ болѣе справедливымъ воздержаться отъ безусловно благопріятной прогностики, такъ какъ можетъ быть имѣемъ дѣло лишь со свѣтлымъ промежуткомъ страданія.

Еще объ одной клинической особенности нашего случая, мы считаемъ долгомъ упомянуть, это о потливости концевъ пораженныхъ процессомъ пальцевъ. Д-ръ *Шабадъ*¹⁾ въ своемъ случаѣ ангионевроза на основаніи „чрезмѣрной потливости“ (у насъ потливость не была чрезмѣрной) исключаетъ болѣзнь *Raynaud*, говоря „что у авторовъ, описавшихъ различныя формы этой болѣзни отъ мѣстной анэмии до мѣстной асфиксии—нигдѣ объ этомъ симптомѣ не упоминается“ и, допуская спазмъ артерій въ механизмъ происхожденія, слѣдуетъ ожидать сухости кожи (*anhidrosis*). Нашъ случай не подтверждаетъ этого мнѣнія. Кромѣ того мы можемъ указать напри-

¹⁾ Ш а б а д ъ. Случай ангионевроза всѣхъ конечностей, въ особенности верхнихъ, и слоновости нижнихъ. Мед. Об. 1901 г., апрѣль.

мѣръ на случай *Gaupp*'а ¹⁾, гдѣ вмѣстѣ съ явленіемъ ціаноза пальцевъ рукъ и ногъ было наблюдаемо увеличенное потоотдѣленіе, а также сошлемся и на проф. *Постѣлова* ²⁾, который мѣстную синюху и потливость наблюдалъ совмѣстно. Да и самъ *Raynaud* ³⁾ въ своей работѣ о симметричныхъ гангренахъ отмѣчаетъ, что ціанотичность можетъ быть одновременно съ увеличеніемъ потоотдѣленія.

Уже на основаніи разнообразія условій, среди которыхъ возникаетъ болѣзнь *Raynaud*, мы должны придти къ заключенію, что это страданіе въ большинствѣ случаевъ является, какъ своеобразный симптомокомплексъ въ клинической картинѣ другихъ заболѣваній. Имѣя это въ виду, мы, касаясь этиологии нашего случая, путемъ исключенія постараемся выяснить вопросъ, не находится-ли страданіе нашего больного въ какой-либо генетической зависимости отъ имѣющейся у него основной болѣзни.

Нѣтъ ровно никакого основанія думать, что въ основѣ наблюдаемыхъ нами симптомовъ находится перенесенное ранѣе или существующее въ настоящее время инфекціонное заболѣваніе. Отрицательно мы должны отозваться и о существованіи заболѣванія сердца.

Допускать интоксикацію, указываемую въ этиологии этой болѣзни, въ данномъ случаѣ было бы также лишено основаній.

Остановимся на органическихъ пораженіяхъ нервной системы и вслѣдствіе явнаго преобладанія сосудодвигательныхъ явленій вмѣстѣ съ тѣмъ проведемъ и топическую дифференціальную діагностику.

Симметричность страданія, заставляющая предполагать таковую же въ области головного мозга, при полномъ отсут-

¹⁾ Gaupp. Ein Fall von Raynaud'sche Krankheit. Ref. см. Jahresbericht. Mend. 1900 г.

²⁾ Проф. А. П. Постѣловъ. Новый признакъ мѣстной синюхи конечностей, или болѣзни Raynaud. М. Об. 1901, июнь.

³⁾ M. Raynaud. Op. с.

ствіи какихъ-либо другихъ симптомовъ со стороны коры, внутренней капсулы или мозговой ножки исключаетъ возможность органическаго пораженія въ этихъ областяхъ; то же мы должны сказать и по отношенію продолговатаго мозга; трудно представить, чтобы органическимъ процессомъ былъ захваченъ лишь строго симметрично тотъ небольшой участокъ, который вѣдаетъ сосудодвигательной функціей при отсутствіи другихъ характерныхъ бульбарныхъ явленій. Что касается спинного мозга, именно сегмента, соотвѣтствующаго иннервация верхнихъ конечностей, то за подобную локализацию процесса могла бы говорить симметричность. Мы должны упомянуть здѣсь объ одномъ органическомъ пораженіи, о сирингоміэліи, типѣ Morgan'a, уже потому, что нѣкоторые лица, напр. *Eulenburg*¹⁾, болѣзненнымъ формамъ съ преобладаніемъ вазомоторныхъ аномалій (мѣстной асфиксіи и симметрической гангрены) приписываютъ общее происхожденіе съ сирингоміэліей. Объ этомъ мы скажемъ подробнѣе, касаясь патогенеза мѣстной асфиксіи. Но діагносцировать здѣсь сирингоміэлію по крайней мѣрѣ въ той формѣ, въ какой она встрѣчается обыкновенно, мы не можемъ въ виду отсутствія другихъ характерныхъ симптомовъ: у насъ нѣтъ ни атрофій, ни паралича чувствительности въ собственномъ смыслѣ, нѣтъ и трофическихъ расстройствъ. Если не стоять только на предположеніи, то и эту форму мы должны исключить.

Изъ страданій периферической нервной системы мы могли бы остановиться на множественномъ невритѣ, мысль о которомъ прежде всего приходитъ въ голову. Однако нельзя не согласиться, что подъ эту рубрику онъ можетъ быть подведенъ лишь при желаніи признать своеобразную форму множественнаго неврита, гдѣ на первый планъ выступаютъ сосудодвигательныя явленія, гдѣ процессъ ограничивается лишь самыми периферическими частями и способенъ появляться на нѣкоторое время съ тѣмъ, чтобы уничтожившись, унести

¹⁾ Eulenburg. Ueber Erythromelalgie. Deutsch. Med. Wech. 1893. № 50.

съ собою признаки, на основаніи которымъ мы могли бы его діагноцировать, а затѣмъ вновь явится и тамъ много разъ.

Такимъ образомъ мы не можемъ настаивать на существованіи у нашего больного органическаго страданія нервной системы, исключая таковое частью съ положительностію, а частью изъ боязни предположеній, не достаточно или не ясно подтверждаемыхъ картиной страданія.

Но можетъ быть наблюдаемый нами симптомокомплексъ стоитъ въ зависимости отъ функціональнаго невроза? Однако и на существованіи этой причинной зависимости мы не въ состояніи настаивать. Изслѣдованіе больного какъ со стороны физической, такъ и со стороны душевной даютъ отрицательные результаты для истеріи и неврастеніи, и было-бы несправедливо лишь на основаніи сосудодвигательнаго симптома, не находя ясной почвы для его объясненія, признать у больного истерію.

Въ виду этого мы склонны отнести нашъ случай именно къ тому виду сосудодвигательныхъ неврозовъ, на который указываетъ *Oppenheim*, говоря, что страданіе является какъ-бы самостоятельно, внѣ какой-либо оцутимой зависимости отъ основнаго пораженія, указывая лишь на функціональныя аномаліи сосудодвигательной нервной системы, т. е. такъ, какъ смотрѣлъ на него и *Raynaud*.

Признавая съ большимъ вѣроятіемъ въ данномъ случаѣ самостоятельный функціональный сосудодвигательный неврозъ, мы въ анамнезѣ больного находимъ дѣйствительно указанія на тѣ моменты, которые считаются существенными для возникновенія заболѣванія.

Больной происходитъ изъ семьи отягченной алкоголизмомъ и потому нѣтъ ничего невѣроятно, что онъ является невропатически предрасположеннымъ.

Далѣе, какъ видимъ, заболѣваніе начало развиваться въ ту эпоху жизни больного, когда онъ изъ деревенской обстановки, съ которой сжился и былъ доволенъ, перешелъ въ иныя условія, поступилъ въ солдаты, что являлось безъ сомнѣ-

нія причиной разнаго рода душевныхъ эмоцій. Наконецъ третье условіе, на которое указываетъ больной, это утомляемость при служебныхъ обязанностяхъ; и дѣйствительно, первыя признаки болѣзни, въ видѣ побѣленія пальцевъ, наступали въ строю при напряженно вытянутомъ положеніи конечностей.

Можно оспаривать значеніе этихъ условій лишь по отношенію къ степени ихъ вліянія на организмъ больного, но совершенно игнорировать ихъ мы не можемъ, такъ какъ подобныя моменты настойчиво отмѣчаются и другими лицами.

Переходя къ патогенезу страданія, мы остановимся на его патологической анатоміи.

Не въ достаточной мѣрѣ ясное происхожденіе болѣзни *Raynaud* нельзя сказать, чтобы освѣщалось подлежащимъ образомъ путемъ изученія патолого-анатомической литературы. Въ этомъ отношеніи, нужно замѣтить, сдѣлано вообще не много; кромѣ того изслѣдованія относятся главнымъ образомъ къ тѣмъ случаямъ, гдѣ дѣло завершалось явленіями гангрены. Это же послѣднее обстоятельство, на нашъ взглядъ, можетъ существенно измѣнить патолого-анатомическую картину и тѣмъ затемнить истинное пониманіе происхожденія болѣзни; является довольно труднымъ выяснять, что слѣдуетъ отнести на долю первичнаго процесса и что нужно считать явленіями послѣдовательными въ зависимости отъ самой гангрены.

Изъ нашей русской литературы мы должны указать на обстоятельную работу, насколько извѣстную первую, д-ра *И. М. Рахманинова*¹⁾, изслѣдовавшаго патолого-анатомически случай симметричной гангрены, равнѣ клинически описанный д-ромъ *А. А. Введенскимъ*²⁾.

Лишь въ самыхъ краткихъ чертахъ мы сообщимъ исторію болѣзни этого случая.

¹⁾ И. М. Рахманиновъ. Къ ученію о дегенеративной атрофіи периферическихъ нервовъ: случай симметрической гангрены и два случая алкогольнаго паралича. Мед. Обоз. 1891 г. № 10.

²⁾ А. А. Введенскій. Лѣтопись Москов. Хирург. Общ. за 1890 г. № 3.

У 17-ти лѣтнаго крестьянина въ теченіе 3 дней развилась гангрена на обѣихъ стопахъ. За 2 года до этого онъ перенесъ сыпной тифъ и съ тѣхъ поръ не считалъ себя поправившимся, сталъ блѣднѣть, а временами испытывалъ зябкость въ рукахъ и ногахъ и онѣмѣніе пальцевъ, смѣнявшееся подергиваніями и стрѣляющими болями. За три дня до поступления въ больницу онъ почувствовалъ болѣзненную зябкость въ ногахъ и ломящую боль; явленія эти смѣнились вскорѣ ощущеніемъ жара, появилась сине-багровая краснота, опухоль и исчезновеніе чувствительности; температура оказалась повышенной до 41°.

Сдѣлана была ампутація и несмотря на то, что заживленіе шло хорошо, больной черезъ 3—4 дня послѣ операціи сталъ лихорадить, появилась боль въ правомъ боку, кашель, сонливость и упадокъ силъ; черезъ 16 дней послѣ операціи больной скончался.

Вскрытіе обнаружило фибринозный плевритъ, фибринозную пневмонію праваго и отека лѣваго легкаго.

При макроскопическомъ изслѣдованіи ни въ головномъ, ни въ спинномъ мозгу ничего не найдено, кромѣ отекаго состоянія этихъ органовъ.

Микроскопически были изслѣдованы nn. *tibialis anterior et posterior*, въ которыхъ половина волоконъ въ иныхъ пучкахъ была поражена паренхиматознымъ и интерстиціальнымъ невритомъ. Въ крупныхъ артеріальныхъ стволахъ (*art. tib. anterior et posterior*) измѣненій не обнаружено; въ артеріяхъ же мелкаго калибра, тамъ, гдѣ онѣ проходятъ между полосокъ соединительной ткани (*endoneurium, fissura intrafascicularis*) наблюдались измѣненія; сосуды представлялись въ видѣ довольно толстаго, по сравненію съ нормальными, гомогеннаго кольца, высланнаго внутри ядрами; рѣже встрѣчались почти облитерованные сосуды болѣе крупнаго калибра, кнаружи отъ *perineurium*'а.

Что касается спиннаго мозга, то бѣлое и сѣрое вещество не представлялись измѣненными. Правда, замѣчаетъ

авторъ, встрѣчались изрѣдка гангліозныя клѣтки какъ бы нѣсколько разбухшія, мутноватая, съ неясными ядрами; въ корешкахъ ни малѣйшихъ измѣненій.

Случай д-ра *И. М. Рахманинова* имѣеть особенную цѣнность еще потому, что имъ были изслѣдованы нервы и верхнихъ конечностей, гдѣ гангрены не наблюдалось, но въ прошломъ больного существовали указанія, что и здѣсь имѣлись болѣзненные явленія (зябкость, онѣмѣніе, стрѣляющія боли), наступившія послѣ перенесеннаго имъ тифа.

Въ нервахъ и сосудахъ верхнихъ конечностей были при изслѣдованіи найдены имъ тѣ же измѣненія, что и въ нижнихъ, значительно отличаясь лишь количественно; мышцы ручной кости оказались не рѣзко утонченными, съ хорошо сохранившейся поперечной исчерченностью и умѣреннымъ размноженіемъ ядеръ.

Д-ръ *И. М. Рахманиновъ* на основаніи своего изслѣдованія ставитъ симметричную гангрену въ зависимость отъ неврита, развившагося на почвѣ тифозной инфекціи; измѣненія же въ сосудахъ онъ считаетъ вторичными. Этотъ взглядъ дѣйствительно находитъ подтвержденіе какъ въ данныхъ исторіи болѣзни, такъ и въ результатахъ изслѣдованія случая д-ра Рахманинова, т. е. еще разъ доказываетъ, что пораженіе нервныхъ стволовъ такъ или иначе должно отозваться на функціи иннервируемаго имъ участка.

Симметричную гангрену „нервнаго происхожденія“ наблюдалъ также въ 1885 г. *Pitres et Vaillard*¹⁾, гдѣ въ двухъ случаяхъ былъ ими констатированъ паренхиматозный невритъ безъ измѣненій со стороны сосудовъ. Въ 1887 году *Wiglesworth*²⁾ описалъ случай гангрены рукъ и ногъ, въ которомъ при изслѣдованіи былъ обнаруженъ интерстиціальны невритъ, атрофія нервныхъ волоконъ и перерожденіе

¹⁾ Pitres et Vaillard. Contr. à l'étude des gangrènes massives des membres d'origine nevritique. Arch. de physiol. 1885 г. p. 106.

²⁾ Wiglesworth. Peripheral Neuritis im Raynaud's disease. Brit. med. Journ. 1887 г. Цит. по раб. Рахманинова.

первыхъ элементовъ. Въ случаѣ *Coupland*¹⁾ имѣлся также невритъ, а кромѣ того были найдены измѣненія и въ столбахъ Кларка. Наконецъ *Affleck*²⁾ указываетъ въ своемъ изслѣдованіи на периферическій невритъ, какъ на патолого-анатомическую основу болѣзни *Raynaud*; сосуды же въ его случаѣ оказались не измѣненными.

Такимъ образомъ патолого-анатомическія изслѣдованія, произведенныя въ случаяхъ симметричной гангрены, указываютъ, что пораженіе первыхъ стволовъ можетъ сопровождаться нарушеніемъ функции иннервируемыхъ ими участковъ не только въ сферѣ разстройствъ движенія или чувствительности, но и въ сферѣ вазомоторной и трофической. Уже *Rillroth* и *Winiwarter*, а затѣмъ *Zoege-Manteuffel* высказали мнѣніе, что вызывающій гангрену конечностей *endoarteriitis* стоитъ въ тѣсной зависимости отъ пораженія соответствующихъ нервовъ. Путемъ экспериментальныхъ изслѣдованій *Brawn-Sequard*, а въ послѣднее время *A. Fraenkel*'я³⁾ является доказаннымъ появленіе изъясненій въ зависимости отъ травматическихъ поражений нервныхъ стволовъ, а равнымъ образомъ нахожденіе неврита въ участкахъ кожи, пораженныхъ цемфигусомъ, витилиго, герпесомъ, ихтиозомъ и пр. (*Dejerine, Leloir, Fitres* и *Vaillard, Dubler, Erlenmeyer* и др.); кромѣ того появленіе пролежней, „mal perforant“ признается нѣкоторыми (*Duplay, Morat, Pitres* и *Vaillard*), какъ слѣдствіе неврита. Но съ другой стороны та же патологическая анатомія доказываетъ, что и пораженіе центральной нервной системы могутъ повлечь за собою разстройство сосудодвигательной и трофической иннервации, вслѣдствіе чего является гангрена (*Cruveiller, Samuel, Charcot, Eulenburg, Joffroy* и мн. др.).

¹⁾ Coupland. The Lancet 1887 г. См. Neurolog. Centralb. 1887.

²⁾ Affleck. Observations on two cases of Raynaud's disease. Brit. Med. Journ. 1888 г. р. См. Neurolog. Centrall. 1888 г.

³⁾ A. Fraenkel. Ueber neurotische Angiosclerose. Wiener Klinische Wochenschr. 1896 г. № 9 и 10.

Разнообразіе условій, среди которыхъ было наблюдаемо страданіе, діагносцированное какъ болѣзнь *Raynaud*, заставляетъ предполагать не менѣе разнообразный и способъ воздѣйствія причинъ, а равнымъ образомъ и мѣсто локализаціи, тѣмъ болѣе, что наблюденія, направленные на измѣненія въ периферическихъ частяхъ нейрона въ одинаковой степени должны бы были быть направлены и на изученіе центральной и симпатической нервной системы и тѣхъ периферическихъ нервныхъ приборовъ, которыя ближе всего стоятъ къ артеріальному или венозному сосуду. Но въ этомъ отношеніи нужно сказать сдѣлаво весьма и весьма немного и какія-либо выводы преждевременны.

Нельзя умолчать о томъ, что патолого-анатомическая картина въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ потребовать надлежащаго выясненія, что именно является существенно важнымъ съ точки зрѣнія патогенеза страданія. Такъ случай д-ра Рахманова, являясь чистымъ въ этиологическомъ отношеніи въ то же время допускаетъ возможность вмѣшательства побочныхъ условій въ той или иной степени измѣняющихъ патолого-анатомическую картину. Мы вполнѣ допускаемъ, что въ основѣ страданія лежалъ инфекціонный невритъ, но помимо этого нужно принять во вниманіе и то, что гангрена развилась при повышенной температурѣ (очевидно инфекція), а послѣ операціи, спустя 3—4 дня, большой лихорадиль до самой смерти; если прибавить къ этому, что и сама гангрена должна была оказать вліяніе на нервныя стволы, то является трудно разрѣшимымъ, въ какой мѣрѣ эти явленія покрыли собой первоначальную картину тифознаго неврита, проявлявшаго себя на ряду съ другими симптомами при жизни больными и сосудодвигательными явленіями. Самъ авторъ по поводу изслѣдованныхъ имъ двухъ случаевъ алкогольнаго неврита, въ которыхъ пораженіе было выражено „несравненно сильнѣе“, чѣмъ въ случаѣ съ симметричной гангреной, выражаетъ удивленіе, что гангрена въ нихъ однако не наступила, и отмѣчаетъ это какъ фактъ, пока не объяснимый. По-

добный фактъ является дѣйствительно необъяснимымъ только потому, что въ первомъ пучкѣ мы не можемъ отличать волоконъ по ихъ функциональному значенію, а можемъ лишь сдѣлать вполнѣ естественное предположеніе, что въ силу определенной избирательности были поражены волокна несущія функцію сосудодвигателей или трофическую и что въ болѣзни *Raynaud* невритическаго происхожденія именно поражаются такого рода волокна. Съ другой стороны зависимость сосудодвигательныхъ явленій и отъ пораженія центровъ даетъ основаніе предполагать, что къ существующему невриту могло присоединиться страданіе кѣлки въ центральной нервной системѣ и измѣнить функцію принадлежащаго ей волокна.

Высказанные выше взгляды, что въ основѣ невритической симметричной гангрены лежитъ первичное пораженіе периферической нервной системы однако оспаривается другимъ рядомъ изслѣдователей, ставящимъ въ основу первичное пораженіе сосудовъ. Работы эти относятся къ такъ называемой самопроизвольно гангренѣ, но въ иныхъ случаяхъ гангрены была симметричной, и лишь не одновременной, съ предшествующими явленіями, свойственными болѣзни *Raynaud*'а; кромѣ того и сами авторы сопоставляютъ свои изслѣдованія со случаями гангрены симметричной.

Изслѣдованія сосудовъ были произведены *Волковичемъ*¹⁾, *Лавровскимъ*²⁾, *Федоровымъ*³⁾, *Кандаратскимъ*⁴⁾, а ранѣе *Winiwarter*'омъ, *Burou*'омъ и др., при чемъ артеріи (папр., а. а. tib. ant., tib. post, peronea, plantaris et dorsalis pedis въ случаяхъ Федорова) вмѣстѣ съ сопровождающими ихъ

¹⁾ Волковичъ. Хирургич. вѣстникъ 1890 г.

²⁾ Лавровскій. Хирургич. лѣтопись 1892.

³⁾ Федоровъ. Хирургич. лѣтопись 1894 г. Три случая самопроизвольной гангрены.

⁴⁾ М. Кандаратскій. Объ омертвѣніи вслѣдствіе зарощеній сосудовъ. Лѣтопись русской хирургіи 1896 г. кн. 6.

нервами оказались спаенными соединительной тканью, просвѣтъ ихъ уничтоженъ и замѣненъ соединительной тканью; *membrana elast.* утолщена и въ закупоренномъ сосудѣ видны вновь образованные сосуды, подвергнувшіеся облитерирующему эндартерииту; адвентиція также утолщена и инфильтрирована; въ меньшей степени оказались пораженными вены.

Случай д-ра *Федорова*, изслѣдованные имъ въ отношеніи сосудовъ, были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію нервныхъ стволовъ д-ромъ *В. В. Муравьевымъ*¹⁾, который измѣненія въ нервныхъ волокнахъ склоненъ признать за вторичныя, какъ *névrite périphérique d'origine vasculaire* по *Joffroy* и *Achard*'у. По мнѣнію Муравьева наступаетъ какъ бы простая атрофія перваго волокна вслѣдствіе недостаточнаго питанія съ одной стороны, а съ другой вслѣдствіе сдавливанія перваго волокна развивающимися въ нервномъ стволѣ соединительно-тканными перекладинами, среди которыхъ лежатъ нервныя трубки. Такимъ образомъ дѣло сводится къ интерстиціальному невриту, особенность котораго заключается въ первичномъ пораженіи сосуда. Въ основу подобнаго взгляда легли слѣдующія соображенія. Измѣненія въ нервахъ были находимы тамъ, гдѣ оказывались глубоко пораженными и сосуды, однако иногда и при значительномъ пораженіи сосудовъ въ нервѣ еще нельзя констатировать ясныхъ измѣненій (*Dutil* и *Lamy*). Это служитъ, по мнѣнію *Муравьева*, яснымъ доказательствомъ первичнаго пораженія сосудовъ. Далѣе, по длинѣ нерва наблюдаются измѣненія тѣмъ интензивнѣе, чѣмъ ближе нервъ къ мѣсту наибольшаго пораженія сосудовъ (периферія). Болѣзнь сосудовъ, являясь общей болѣзнію организма, ведетъ къ *endoarteriitis obliterans* (процессъ воспалительный) или *endoarteriitis deformans* (процессъ дегенеративный), явленія же въ нервахъ и въ томъ и другомъ случаѣ одинаковы; очевидно, нужно

¹⁾ В. В. Муравьевъ. О склерозѣ нервныхъ стволовъ при самопроизвольной гангренѣ. Мед. Об. 1895. № 16.

лишь утолщеніе стѣнки сосуда, отъ чего бы оно не зависело, чтобы получить заболѣваніе перваго волокна. Наконецъ, экспериментально до сихъ поръ не удалось вызвать путемъ манипуляцій съ нервомъ измѣненій въ сосудахъ, похожихъ на атероматозъ или облитерирующій артеритъ.

Мы не будемъ входить въ оцѣнку вышеприведенныхъ мнѣній, но считаемъ необходимымъ указать на нихъ для того, чтобы взглядъ на патологическую анатомію интересующаго насъ страданія не былъ одностороннимъ. Мы не считаемъ возможнымъ отрицать, что страданіе сосуда можетъ быть первичнымъ, но это обстоятельство должно отозваться такъ или иначе на функціи тѣхъ нервныхъ аппаратовъ, которыя являются необходимыми для сосуда, ставя ихъ въ инныя условія путемъ новаго раздраженія или органически измѣняя. Съ другой стороны, вѣ всякаго сомнѣнія, что поврежденіе перваго волокна или ему принадлежащей клѣтки должно неминуемое отозваться на функціи того органа, цѣлямъ котораго она служить, въ данномъ случаѣ сосуда, и поставить его въ условія ненормальныя. Мы охотно допускаемъ поэтому, что мѣсто первичной локализаціи причины можетъ быть различно (сосудъ, нервы, центральная нервная система, периферическія окончанія въ самомъ сосудѣ), но тѣсная связь сосуда съ нервомъ, безъ которой мы не можемъ и представить сосуда, заставляетъ насъ думать, что и страданіе ихъ должно быть въ той или иной степени общимъ, проявляясь органически или функціонально.

Что касается мышцъ пораженныхъ конечностей, то и онѣ были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. Работы на эту тему не многочисленны и результаты ихъ сходны въ томъ отношеніи, что явленія наблюдаемыя здѣсь признаются вторичными, однако въ деталяхъ авторы и не сходятся во мнѣніяхъ. Такъ *Schlesinger*, первый работавшій въ этомъ направленіи, находилъ въ мышцахъ явленія жирового перерожденія. Другіе изслѣдователи, напр. *Marinesco*¹⁾ видятъ

¹⁾ Marinesco. Sur l'angiomyopathie (myopathie l'origine vasculaire). Sem. medic. 1896 г. № 9 стр. 65.

здѣсь атрофію, которую предлагаетъ назвать l'angiomyopathie d'origine vasculaire, но *Верзиловъ*¹⁾ считаетъ этотъ терминъ совершенно излишнимъ, такъ какъ въ основѣ лежитъ „некрозъ“ отъ прекращенія питательнаго матеріала. Къ тѣмъ же результатамъ, къ которымъ пришелъ *Marinesco*, приходитъ и *Муравьевъ*²⁾.

Вопросъ о патогенезѣ болѣзни *Raynaud* является наиболѣе труднымъ и мало выясненнымъ въ настоящее время, хотя сами по себѣ сосудодвигательныя явленія вообще далеко не рѣдки какъ въ невропатологіи, такъ и въ другихъ спеціальностяхъ.

Мы касаемся лишь „ангіоневрозовъ“ конечностей. Въ этомъ отношеніи была попытка классифицировать вазомоторныя явленія, дѣля ихъ на группы. Такъ, къ первой изъ нихъ³⁾ относятъ легкія случаи анэміи отдѣльныхъ пальцевъ— „мертвый палецъ“ (*Reil*); болѣе тяжелое страданіе, съ судорогой артерій, было описано въ 1867 г. *Nothnagel*'емъ, а еще ранѣе *Martin*'омъ. Ко второй группѣ относятъ болѣзнь *Raynaud*, обнимающую собою симптомы первой группы, т. е. „мертвый палецъ“ *Reil*'я, „мѣстную синкопѣ“ *Raynaud* или „участковую анэмію“ по *Weiss*'у; эти явленія переходятъ въ „мѣстную асфіксию“ (*Raynaud*) или „участковый ціанозъ“ (*Weiss*), что можетъ повлечь за собою и гангрену. Наконецъ, въ третью группу отнесены неврозы съ симптомами „ангіонареза“, какъ противоположность двумъ первымъ группамъ, гдѣ выступали явленія ангіоспазма. Представительницей этой послѣдней группы является болѣзнь, описанная въ 1878 г. *Weir-Mitchell*'емъ подъ именемъ *Erythromelalgia* и французами (*Lannois*, *Paget* и др.) подъ названіемъ „paralysie vasomotrice des extremités“, а въ 1893 г. на нѣмецкомъ *A. Eulenburg*'омъ.

¹⁾ Верзиловъ. Русскій архивъ патологіи 1897 г. апрѣль.

²⁾ Муравьевъ. Объ измѣненіи мышцъ при самопроизвольномъ омертвѣніи нижнихъ конечностей. Мед. Обзор. 1897 г., сентябрь.

³⁾ См. Шабать. Op. cit.

Участь этого страданія во многомъ напоминаетъ участь болѣзни *Raynaud*. Это также мало изученная форма съ загадочной этиологіей и не яснымъ пока патогенезомъ. Говоря о болѣзни *Raynaud*, невольно приходится упоминать и о ней, такъ какъ обыкновенно принято противопоставлять эти два страданія. Дѣйствительно, клиническая картина *erythromelalgia* обладаетъ какъ бы противоположными чертами. Болѣзнь поражаетъ чаще почему-то мужчинъ; начинается она болями въ одной или обѣихъ конечностяхъ, въ ступняхъ, рѣже въ кистяхъ рукъ; отъ теплоты боли усиливаются. Нѣкоторое время спустя присоединяется приливая краснота, въ легкихъ случаяхъ появляющаяся временно, въ тяжелыхъ—отличающаяся стойкостью и различной интенсивностью; вены замѣтно набухаютъ, артеріи рѣзко пульсируютъ, температура на пораженныхъ конечностяхъ повышается. Болѣзнь протекаетъ хронически, многими годами; исходъ мало выясненъ. Сущность болѣзни, какъ полагаютъ, сводится къ параличу сосудосуживающихъ нервовъ.

Если мы попытаемся найти надлежащее мѣсто въ вышеупомянутой классификаціи нашему случаю, то невольно столкнемся съ нѣкоторыми неудобствами распредѣленія ангионеврозовъ на группы на основаніи клиническихъ симптомовъ. Такъ первая и вторая группы, связанныя между собою правда общимъ способомъ происхожденія страданія, отличаются степенью развитія симптомовъ, а это врядъ-ли можетъ быть признано рациональнымъ для дѣленія. Нашъ случай, пройдя стадію развитія болѣзненныхъ явленій первой группы, вступаетъ и во вторую, но не можетъ быть помѣщенъ сюда полностью, такъ какъ дѣло не дошло до явленій гангрены. Гдѣ находится граница между первой и второй группой, сказать вообще трудно.

Рациональнѣе конечно допустить дѣленіе ангионеврозовъ на группы по способу происхожденія клиническихъ явленій, т. е. на основаніи существованія спазма съ одной стороны и пареза съ другой. Но допуская и подобное подраздѣленіе, мы,

по крайней мѣрѣ въ настоящее время, не можемъ еще съ должной точностью и ясностью постичь механизмъ вазомоторныхъ явленій, такъ какъ зависимость между вазоконстрикторами и вазодилататорами, при допущеніи ихъ существованія, не является вполне ясной. Наблюдая клинически спазмъ или парезъ сосуда, мы конечно должны невольно залиться вопросомъ, съ чѣмъ мы по существу имѣемъ дѣло—съ явленіями ли раздраженія или паралича и какого рода нервы находятся въ этомъ состояніи. Въ смыслѣ точнаго пониманія патогенеза страданія это конечно не безразлично; окончательный же выводъ можетъ быть сдѣланъ лишь тогда, когда сложный сосудодвигательный аппаратъ будетъ детально изученъ съ точки зрѣнія фізіолога, найдетъ подтвержденіе въ результатахъ эксперимента и у постели больного.

Эти замѣчанія заставляютъ насъ не пытаться указать какое-либо мѣсто нашему случаю среди явленія, недостаточно изученныхъ въ настоящее время, ограничиваясь лишь болѣе общимъ указаніемъ на сосудодвигательное его происхожденіе тѣмъ болѣе, что область этихъ явленій довольно обширна и имѣетъ склонность увеличиваться. Вместе съ тѣмъ понятіе о болѣзни *Raynaud* расширяется по мѣрѣ того, какъ вставляются новыя звенья въ ея клиническую картину. Мы упомянемъ на примѣръ о новомъ признакѣ мѣстной синюхи конечностей, или болѣзни *Raynaud*, описаннымъ недавно проф. *Постъловымъ*¹⁾, объ *обладываніи* или *кризисѣ* ногтей. Болѣе интеллигентныя больные отмѣчаютъ, что облаживая ногти ихъ заставляеть непріятное ощущеніе ноющей боли въ концахъ пальцевъ, сопряженное съ чувствомъ тяжести и полноты, т. е. мы имѣемъ дѣло съ своеобразной парестезіей; ощущенія эти усиливаются при душевныхъ волненіяхъ, могутъ передаваться по наслѣдству, и встрѣчаются почти постоянно при явленіяхъ мѣстной синюхи конечностей.

¹⁾ Проф. А. И. Постъловъ. Новый признакъ мѣстной синюхи конечностей, или болѣзни *Raynaud*. Мед. Обоз. 1901 г., июль.

Проф. Поспѣловъ смотритъ на эту такъ называемую „дурную привычку“, какъ на неврозъ кожи одного происхожденія съ болѣзни *Raynaud*. Отмѣтимъ также, что и симптомокомплексъ, описанный проф. *Schultze* подъ названіемъ „акропарестезій“, является какъ бы abortивной формой болѣзни *Raynaud*; въ его происхожденіи допускается, какъ и при мѣстной асфиксіи — раздраженіе сосудодвигательнаго центра ¹⁾. Наконецъ упомянемъ еще объ одномъ симптомѣ, который за нѣсколько лѣтъ можетъ предшествовать развитію омертвѣнія на нижнихъ конечностяхъ. Симптомъ этотъ былъ описанъ *Charcot* подъ именемъ „*claudication intermittente*“ — періодическаго прихрамыванія. Заключается онъ въ томъ, что больной, сдѣлавъ нѣсколько шаговъ, начинаетъ испытывать въ ногахъ своеобразное ощущеніе чувства болѣзненной тяжести, которая усиливаясь переходитъ въ настоящую боль и заставляетъ его отдыхать; черезъ нѣсколько минутъ все успокаивается и снова наступаетъ при попыткѣ больного ходить. Въ случаѣ *Charcot* явленія эти предшествовали гангрене за 10 лѣтъ, а въ случаѣ *Dutil* и *Lamy* гангрена была безошибочно предсказана *Charcot* за годъ до ея появленія. Особенный интересъ къ этому симптому сталъ проявляться въ послѣднее время и со стороны хирурговъ и невропатологовъ.

Такимъ образомъ, рядъ клиническихъ явленій сосудодвигательнаго характера можетъ быть наблюдаемъ при болѣзни *Raynaud*, представляя собою какъ бы разныя стадіи страданія, въ концѣ котораго находится симметричная гангрена. Зависимость этихъ явленій отъ какихъ-либо органическихъ измѣненій сосудистой стѣнки или пораженій нервнаго аппарата, находящихся въ тѣсной взаимной связи между собою, съ точки зрѣнія патогенеза заболѣванія, является вполне допустимой и подтверждаемой опытомъ и клинкой, и въ этомъ случаѣ болѣзнь *Raynaud*, являясь какъ своеобразный симпто-

¹⁾ Prof. Oppenheim, Руководство по нерв. болѣз. стр. 777.

мокомплексъ, находится въ зависимости отъ основного страданія, имѣя съ нимъ общее и происхожденіе. Но въ другомъ рядѣ случаевъ мы не имѣемъ возможно ти, наблюдая этотъ симптомокомплексъ, утверждать, что діагносцируемое нами страданіе есть слѣдствіе пораженія сосудовъ, нервовъ или центральной нервной системы въ томъ или иной части органическимъ процессомъ. Мы должны допустить, и можетъ быть лишь для настоящаго времени, что страданіе оказалось динамическими функціональными аномаліями сосудодвигательнаго аппарата и съ этой точки зрѣнія смотрѣть на его сущность, т. е. опираться на мнѣніе высказанное *Raynaud*'омъ¹⁾. Онъ говорилъ, что наблюдаемый нами спазмъ могъ наступить, если артеріи врожденно обладаютъ избыткомъ мышечныхъ элементовъ это съ одной стороны, съ другой, — если ихъ возбудимость будетъ повышена патологически. Опыты *Brawn-Seward*'а съ половинными перерѣзками спинного мозга ниже продолговатаго заставили его остановиться на второмъ предположеніи и утверждать, что сосудодвигательныя центры спинного мозга могутъ находится въ состояніи чрезмѣрной возбудимости и клинически давать описанную имъ форму страданія. Причина повышеннаго состоянія раздраженія этихъ областей можетъ быть разнообразной природы — интоксикація, инфекція, истощающіе моменты, утомленіе и т. д., но въ основѣ всего лежитъ болѣзненно сильный рефлексъ съ опредѣленнаго центра. Съ этой точки зрѣнія *Raynaud* смотрѣлъ на значеніе эмоцій, вліяніе холода, утомленія, пораненій и т. д. въ происхожденіе страданія.

Къ неврозамъ центральнаго происхожденія болѣзнь *Raynaud* отнесена и *A. Eulenburger*'омъ²⁾, который въ одну обширную группу, какъ это видно изъ прилагаемой таблицы, помѣщаетъ страданія обіця по своей локализаци.

¹⁾ M. Raynaud. Dictionnaire de medicine et de chirurgie т. XV, 1872 г.

²⁾ Prof. A. Eulenburger. Ueber Erythromelalgie. Deutsch. med. Wochenschrift. 1893 г. № 50.

Чувствительныя разстрой- ства.	Трофическія разстройства.	Вазомоторныя разстройства.	Секреторныя разстройства (отдѣл. пота).
Гиперестезія и анестезія (аналгезія и термоманестезія)	Въ мышцахъ (аміотроф. парезы).	Въ кожѣ, конечностяхъ и слизе- ницахъ.	Съ преобла- дающимъ ха- рактеромъ ан- гидроза.
Симптомъ Мор- вана.	Въ мышцахъ прогрессивная атрофія.	Съ преобла- дающимъ ха- рактеромъ ан- гидроза.	Съ преобла- дающимъ ха- рактеромъ гипергидроза.
Симптомъ Gras- set и Rauzier.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Gras- set и Rauzier.	Симптомъ Мор- вана.
Симптомъ Gras- set и Rauzier.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Gras- set и Rauzier.
Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.
Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.	Симптомъ Мор- вана.

Мѣсто пораженія по *Eulenburg*'у находится въ спинномъ мозгу въ заднихъ и боковыхъ областяхъ сѣраго вещества, точнѣе въ такъ называемомъ *tractus intermediolateralis*. Въ зависимости отъ распространенности процесса и его характера могутъ выступать на сцену разстройства иннервации вазомоторной, чувствительной, секреторной или трофической. На этомъ основаніи имъ сближены между собою типичная (шейная) форма синдроміаэліи, вмѣстѣ съ типомъ *Morvan*'а, бульбо-медулярный симптомокомплексъ *Grasset* и *Rauzier*, болѣзнь *Raynaud* въ видѣ симметричной асфиксіи и гангрены и *Erythromelalgia*.

Вышеуказанная область спинного мозга можетъ быть поражена органически, но можетъ быть разстроена и функціонально.

Приведенный нами клиническій случай, благодаря отсутствію ясныхъ точекъ опоры для допущенія органической основы страданія какъ со стороны периферической, такъ и центральной, мы принуждены отнести къ разряду такъ называемыхъ функціональныхъ неврозовъ сосудодвигательнаго характера. Мы, однако, не имѣемъ возможности съ положительностью настаивать на этомъ, такъ какъ можетъ быть болѣе тонкія органическія измѣненія нервнаго ствола, его окончаній или клѣтки, пока не улавливаются нами клинически, благодаря недостаточности современныхъ методовъ изслѣдованія.



I.



II.

