

Изъ дома призрѣнія душевно-больныхъ, учрежденнаго Императоромъ
Александромъ III.

Серпигинозная гангрена кожи у душевно- больной ¹⁾.

Д-ра М. К. Воскресенскаго.

Въ 1897 году мнѣ пришлось наблюдать въ Домѣ призрѣнія душевно-больныхъ Императора Александра III случай серпигинозной гангрены кожи у слабоумной больной. Случай этотъ представляетъ, мнѣ кажется, достаточный интересъ какъ въ смыслѣ обширности пораженія и характера теченія, такъ и въ смыслѣ этиологіи, почему я считаю нелишнимъ описать его.

Е. К. дѣвица 62 лѣтъ отъ роду, русская, дворянка поступила въ Домъ призрѣнія душевно-больныхъ 30 января 1872 г. Анамнестическихъ свѣдѣній относительно условий наслѣдственности, причинъ настоящаго психическаго расстройства и теченія болѣзни до помѣщенія въ Домъ призрѣнія не имѣется. Изъ скорбнаго листа можно предположить, что при поступленіи К. перенесла острое душевное расстройство галлюцинаторнаго характера, перешедшаго во вторичное слабоуміе, симптомы котораго у больной выражены вполне ясно.

¹⁾ Доложено въ научномъ собраніи врачей Сиб. клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней 23 марта 1900 г.

Въ виду крайней неряшливости, наклонности раздѣваться догола, частымъ вспышкамъ возбужденія съ стремленіемъ къ порчѣ вещей и къ нападенію на окружающихъ больная большею частью состояла на буйномъ отдѣленіи. Общее физическое состояніе здоровья ея было вполне удовлетворительно до апрѣля 1886 г., когда больная „приггла себѣ папирской на правой сторонѣ мѣсто въ двадцатикопѣечную монету величиной“. Не смотря на принятія мѣры, заживленіе язвочки шло крайне медленно, процессъ часто ухудшался, частью вслѣдствіе значительной вялости кожи, частью потому, что больная сдергиваетъ повязку, раскапываетъ ранку, засоряетъ ее: появляются гнойныя отдѣленія, краснота и припухлость всей стопы. Въ такомъ положеніи язва находится еще въ концѣ октября, а въ началѣ ноября замѣчена отечность на обѣихъ голеняхъ, расчесы на нихъ; въ концѣ мѣсяца констатированъ рожистый процессъ на правой стопѣ, занявшій вскорѣ голень и бедро и закончившійся къ концу февраля 1887 г. Съ этого времени до февраля 1897 г. К. физически была вполне здорова, въ психической сферѣ наблюдались прежнія явленія стойкаго слабоумія. Слѣдуетъ отмѣтить, что по временамъ подъ вліяніемъ обмановъ органовъ чувствъ императивнаго характера больная продолжаетъ раздѣваться донага, бѣгаетъ въ такомъ видѣ по комнатѣ, спитъ на полу, завернувшись лишь въ одѣяло или простыню, выказываетъ сильное сопротивленіе попыткамъ уложить въ постель или одѣть. Въ концѣ 1897 г. замѣчены первые симптомы развившейся у К. крупозной пневмоніи: больная плохо кушаетъ, изрѣдка покашливаетъ, однако объективному изслѣдованію противодѣйствуетъ, заявляя, что „совсѣмъ здорова“. Т° подлихорадочнаго типа остается таковой до 2 марта, когда утромъ повышается до 39,0°. Больная спокойно лежитъ въ постели, совершенно отказывается отъ пищи, жалуется на слабость; при объективномъ изслѣдованіи найдены всѣ признаки крупознаго воспаления праваго легкаго. Съ 3-го по 20 марта т° держится не ниже 37,4, доходя по вечерамъ до 39,5. Къ этимъ явленіямъ вскорѣ присоединяются симптомы правосторонняго воспаления плевры выпотного, гнойнаго характера, въ виду чего д-ромъ С. В. Владиславевымъ 23 марта произведена операція резекціи праваго 8 ребра. Изъ полости плевры излилось около 2-хъ литровъ сначала серозной, а затѣмъ чисто гнойной жидкости съ большою примѣсью хлопьевъ.

Остатки гноя, по возможности, удалены при помощи полосок марли, въ полость плевры введены сулемовыя турунды, наложена антисептическая повязка. Операцию больная перенесла хорошо; t^0 къ вечеру 38,7; пульсъ полный. Съ 24 марта до 12 апр. t^0 держится около 37,0, не превышая 37,7; лишь 7-го апр. t^0 поднялась до 38,4, что объясняется возбужденіемъ больной, сорвавшейся во время перевязки съ мѣста, чѣмъ было нанесено раздраженіе раны. При перевязкахъ, состоявшихъ въ дренажированіи и тампонаціи полости плевры стерилизованной марлей, выдѣленія, сначала обильныя и гнойныя, постепенно принимаютъ серозный характеръ; операционная рана гранулируетъ, стягиваясь съ краевъ. Общее самочувствіе, сонъ и аппетитъ улучшаются. 12-го апр. во время перевязки въ правомъ углу раны замѣчена язвочка величиной въ горошину; края ея подрыты, приподняты, синеватобагроваго цвѣта; дно покрыто засохшими отдѣленіями гнойнаго характера. Дальнѣйшій ростъ язвы идетъ очень быстро: 2-го величина ея—въ 5 коп. мѣдную монету, къ 25 она обхватываетъ всю операционную рану и не уступаетъ никакой терапіи (смазываніе *arg. nitrico*; борная мазь, іодоформенная, мазь съ *Magist. bismut.*, компрессы борныя, карболовыя, съ *Sol. alum. acet.*, присыпка салоломъ, іодоформъ и т. п.). Въ концѣ мая дно язвы нѣсколько очищается отъ распада, замѣтна склонность къ грануляціямъ и къ рубцеванію въ нижней части ея, верхняя же неудержимо продолжаетъ двигаться впередъ. Мѣсто резекціи къ іюлю совсѣмъ затянулось. T^0 подлихорадочнаго типа изрѣдка по вечерамъ доходитъ до 38,5. Кашель незначителенъ. Аппетитъ хорошъ. 2-го августа по снятіи сильно пропитанный гноемъ повязки оказалось, что операционный рубецъ вскрылся, и изъ полости плевры излилось большое количество гнойной жидкости. Въ виду этого свищевое отверстіе расширено, полость плевры дренажирована, и поднявшаяся было t^0 къ вечеру упала до нормы. Въ послѣдующіе дни обильно выдѣляющійся изъ полости плевры гной орошаетъ язву, которая быстро растетъ и къ концу мѣсяца достигаетъ позвоночника и шеи, откуда направляется къ правой ключицѣ, имѣя въ общемъ почкообразную форму. Во второй половинѣ октября язва занимаетъ слѣдующее положеніе: вершина ея находится на 5 шейномъ позвонкѣ; отсюда пограничная линія язвы спускается вправо по наружной поверхности шеи впередъ къ правой ключицѣ,

пересѣкаетъ ее и, закругляясь на поперечный палецъ ниже ея края, возвращается черезъ правый плечевой суставъ и шейку лопаточной кости на спину, гдѣ нѣсколько неровнымъ контуромъ почти отвѣсно спускается къ 9-му ребру; отсюда, образуя довольно правильную выпуклость, край которой на уровнѣ 3-го грудного позвонка заходитъ на 2 поперечныхъ пальца влѣво отъ средней линіи тѣла, пограничная линія приближается къ исходной точкѣ. На мѣстѣ резекціи находится ограниченное рубцовой тканью свищевое отверстіе, черезъ которое выдѣляется, особенно при кашлевыхъ движеніяхъ, густая гнойная жидкость. Отсюда къ центру язвы направляется въ видѣ полуострова участокъ ткани въ 1 см. шириной, покрытый молодымъ эпителиемъ. Лѣвый край язвы отъ свищевого отверстія до шеи представляетъ полосу шириной отъ 1 до 3-хъ см. омертвѣвшей кожи и подкожной клѣтчатки, мѣстами соединенной съ подлежащей тканью перемычками, мѣстами образующей карманы, наполненные гноемъ и омертвѣвшими лоскутами; на периферіи онъ пронизанъ легко кровоточащими сосудами, направляющимися изъ припухшей гиперемированной живой кожи.

Правый край покрытъ мелкими грануляціями, на которыя мѣстами подвигается эпителий со стороны здоровой ткани. Грануляціи, достигая постепенно величины спичечной головки распространяются на все дно язвы, на которомъ обильно развились мелкіе извилистые, легко кровоточащіе сосуды. Въ дальнѣйшемъ теченіи ростъ язвы то замедляется, дно очищается отъ гнойныхъ отдѣленій, омертвѣшіе лоскуты отпадаютъ, воспалительная реакція пограничной ткани слабѣетъ, то всѣ явленія ожесточаются съ новой силой. Общее физическое состояніе больной ухудшается: К. понемногу падаетъ въ вѣсѣ, дѣятельность сердца слабѣетъ; сонъ и аппетитъ плохи. Качественный анализъ мочи на бѣлокъ и сахаръ постоянно даетъ отрицательные результаты. Микроскопическое изслѣдованіе гноя изъ полости плевры и съ поверхности язвы присутствія бугорковыхъ палочекъ не обнаруживаетъ (карбольш-фуксинъ и метиленовая синька). Подробное бактериологическое и бактериоскопическое изслѣдованіе, произведенное въ Институтѣ экспериментальной медицины докторомъ Е. С. Лондономъ, за что приношу ему искреннюю благодарность, привело къ слѣдующимъ результатамъ.

„Особенности роста полученныхъ изъ гноя колоній на различныхъ питательныхъ средахъ (желатинъ, бульонъ, же-

латинт-агаръ-агаръ, картофель) въ связи съ морфологическими особенностями ихъ, обнаруженными при микроскопическомъ изслѣдованіи, дали возможность опредѣлить, что плевральный гной содержитъ три вида бактерій: *staphylococcus pyogenes aureus*, *staph. pyog. albus* и *proteus vulgaris*, а язвенный гной, кромѣ этихъ видовъ, содержитъ въ небольшомъ количествѣ *bacilum fuscum limbatum*“. Микроскопическое изслѣдованіе кусочка ткани съ края язвы выяснило, что она состоитъ изъ некротизированной кожи, пронизанной лейкоцитами и бактеріями, причемъ въ самомъ существѣ ткани расположены стрептококки, на свободной же поверхности, покрытой гноемъ, стафилококки.

Около середины ноября размѣры язвы были слѣдующими: продольный—вдоль позвоночника 28 см., по правой лопаточной линіи 35 см.; верхній поперечный—на уровнѣ лопаточныхъ остей 23 см., нижній—на уровнѣ 9-хъ реберъ 15 см.; язва переходитъ черезъ правую ключицу на грудь, гдѣ край ея спускается на 5 см. ниже середины ключицы. Общая слабость К. увеличивается. Дѣятельность сердца плоха; по временамъ появляются отеки лица и конечностей. Моча насыщенно-желтаго цвѣта отдѣляется въ маломъ количествѣ; небольшой осадокъ въ ней состоитъ изъ слизи и мочекислыхъ солей; бѣлка и сахара нѣтъ. 22-го ноября моча содержитъ обильный мутный осадокъ; при нагрѣваніи съ уксусной кислотой получается муть. 26-го размѣры язвы по тѣмъ же направленіямъ 30 см., 38 см., 25 см., 17 см. Изъ полости плевры выдѣляется густой гной. Моча мутна, осадокъ значительный, большое количество бѣлка. При микроскопическомъ изслѣдованіи осадка найдены зернистые почечные цилиндры, бѣлыя и красныя кровяныя тѣльца, эпителий мочевого пузыря и почекъ. Сахара не найдено. Дѣятельность сердца продолжаетъ падать; пульсъ едва или вовсе не ощутимъ. Отеки увеличиваются. Въ ночь на 5-ое декабря развились ограниченныя омертвѣнія кожи на правомъ бедрѣ, ягодицѣ, плечѣ, въ правой локтевой ямкѣ и на внутренней поверхности лѣваго колѣна. 6-го декабря К. умерла при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности и отека легкихъ.

Вскрытіе тѣла, произведенное на другой день, дало слѣдующіе результаты:

Кости черепного свода неравномѣрно утолщены, *diploe* мѣстами отсутствуютъ. Твердая мозговая оболочка утолщена

и частью плотно срослена съ костями черепа; внутренней поверхностью она срослена съ мягкой оболочкой соотвѣственно пахионовымъ грануляціямъ. Въ толщѣ умѣренно отечной ріае въ области правыхъ верхней и средней затылочныхъ извилинъ замѣчается кровоизліяніе величиной въ пятикопѣечную мѣдную монету. Ріа снимается легко. Кorkовый слой нѣсколько истонченъ. Ткань мозга блѣдна; на разрѣзахъ выступаютъ красныя точки въ маломъ количествѣ. Консистенція—неравномѣрной плотности. Сосуды основанія мозга зіяютъ. Между твердой и мягкой оболочками спинного мозга количество серозной жидкости увеличено. Размѣры сердца въ предѣлахъ нормы. Стѣнка лѣваго желудочка утолщена. Внутренняя оболочка лѣваго желудочка имѣетъ мѣстами видъ соединительнотканнхъ бляшекъ. Nodulus одного изъ клапановъ аорты твердъ на ощупь и увеличенъ въ размѣрахъ; нѣкоторые mm. papillares сухожильной консистенціи. На разрѣзѣ мышечная ткань имѣетъ цвѣтъ вывареннаго мяса.

Правое легкое всею верхушкой, передней и задней поверхностями приращено къ грудной клѣткѣ столь плотными перепонками, что вынимается съ разрывомъ легочной ткани. На свободной отъ сращеній поверхности плевры представляется мѣстами въ видѣ плотной фиброзной перепонки. На мѣстѣ бывшей резекціи ребра имѣется свищевое отверстие, свободно пропускающее пуговку зонда. Въ полости плевры довольно значительное количество густой гнойной жидкости. Ткань верхушки праваго легкаго темнокраснаго цвѣта и содержитъ нѣсколько узелковъ величиной до рисоваго зерна, на разрѣзѣ представляющихъ изъ себя сухую творожистую массу. Близъ наружной поверхности въ ткани замѣчается полость величиной въ воложскій орѣхъ съ неровными разрыхленными стѣнками, наполненная густымъ гноемъ и соединяющаяся съ полостью плевры. Въ гноѣ бугорчатыхъ палочекъ не найдено. Ткань нижней доли праваго легкаго блѣдна, плотновата, суха; кусочки ея тонутъ въ водѣ. Лѣвое легкое въ нѣсколькихъ мѣстахъ приращено къ грудной стѣнкѣ; ткань его блѣдна, суха, легко спадается.

Слизистая желудка и кишекъ ничего особеннаго не представляетъ.

Печень нѣсколько увеличена, края ея закруглены. На верхней поверхности лѣвой доли замѣчается ограниченное

утолщеніе капсулы въ формѣ круглой бляшки въ $2\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ; такія же утолщенія въ формѣ полосокъ находятся и въ другихъ мѣстахъ капсулы.

Ткань печени на разрѣзѣ плотна равномерно сѣровато-бураго цвѣта; центральныя вены ясно выражены, периферія долекъ желтоватокоричневаго цвѣта. Проба на амилоидъ дала отрицательные результаты. Въ растянутомъ желчномъ пузырьѣ найдено 20 желчныхъ камней смѣшаннаго состава.

Селезенка нормальной величины. На капсулѣ ея у верхушки замѣчается желтоватое пятно довольно правильной круглой формы; соотвѣтственно ему въ ткани органа имѣется участокъ плотной рубцоваго характера ткани, клиновидно направляющійся къ центру. Pulpa селезенки выскабливается плохо, trabeculae выражены ясно; ткань темнокраснаго цвѣта.

Почки увеличены въ объемѣ. Капсула снимается съ отрывомъ ткани, окрашенной въ блѣдножелтоватый цвѣтъ, плотной; корковый слой утолщенъ, плохо отграниченъ отъ мозгового.

Слизистая мочевого пузыря и матки нормального вида.

Микроскопическое изслѣдованіе неразрушенной гангренознымъ процессомъ и по виѣшнему виду здоровой кожи, взятой изъ сосѣдняго съ язвой участка, показало отсутствіе измѣненій въ расположеніи слоевъ и структуръ ихъ. Въ соединительнотканномъ слоѣ замѣтна инфильтрація ткани круглыми клѣтками, особенно около сосудовъ, нѣсколько расширенныхъ; вблизи язвы инфильтрація рѣзче, ткань разрыхлена. Въ строеніи стѣнокъ сосудовъ какихъ-либо патологическихъ измѣненій не замѣтно.

Въ строеніи межреберныхъ нервовъ отклоненій отъ нормы не замѣтно. Микроскопическое изслѣдованіе сѣзговъ спинного мозга въ грудной и поясничной части его показало пигментно-жировое перерожденіе клѣтокъ переднихъ и заднихъ роговъ.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ передъ собою серпигинозную язвенную гангрену кожи, развившуюся вслѣдствіе раздраженія послѣдней гнойными выдѣленіями изъ свищевого отверстія послѣ резекціи ребра; образованію ея способствовали, повидимому, отчасти упадокъ общаго питанія больной,

отчасти вялость и отсутствіе сопротивляемости въ самихъ кожныхъ покровахъ. Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію этихъ факторовъ въ отдѣльности, я считаю нужнымъ оговориться, что врядъ ли возможно трактовать данный случай, какъ острогнойный отекъ кожи, во-первыхъ въ силу поздняго развитія его, во-вторыхъ медленности теченія; трудно себѣ представить, чтобы такъ называемая госпитальная гангрена, разросшаяся въ теченіе 8 мѣсяцевъ до столь обширныхъ размѣровъ, ограничилась только кѣжей, оставивъ непораженными подлежащія ткани съ одной стороны, мышцы и кости въ мѣстѣ резекціи съ другой. Указавъ на раздраженіе раневой поверхности гноемъ, какъ на одну изъ причинъ появленія гангрены, я не допускаю однако, чтобы оно само по себѣ могло вызвать омертвѣніе кожи. Резекція реберъ въ настоящее время есть обыкновенная терапія при эмпіемахъ, слѣдовательно источникъ зараженія имѣется равнымъ образомъ во всѣхъ случаяхъ послѣ этой операціи, однако указаній на осложненія, подобныя тому, какъ это было у нашей больной, въ литературѣ не встрѣчается. Стойкость противъ вреднаго воздѣйствія микроорганизмовъ здоровой ткани вообще, а кожи, даже и лишенной эпидермиса, въ частности—въ послѣднее время достаточно выяснена, между прочимъ, рядомъ интересныхъ опытовъ Преображенскаго; въ нашемъ случаѣ условія вліянія гноя на ткань были тѣмъ менѣе благопріятными, что со дня операціи до появленія омертвѣнія прошло 20 дней, и за это время развились здоровыя по виду грануляціи, ранка стала рубцеваться и покрываться молодымъ эпителиемъ. Что касается до упадка общаго питанія и ослабленія дѣятельности сердца при появленіи язвы, то они были далеко не столь значительными, чтобы, какъ таковыя, могли служить достаточнымъ моментомъ для образованія омертвѣнія.

Ни пролежней, ни отековъ вплоть до послѣдняго дня у больной не замѣчалось, хотя К. послѣ операціи сохраняла подолгу разъ принятое положеніе, боясь перемѣной его вызвать боли. Итакъ, чтобы объяснить въ нашемъ случаѣ про-

исхождение гангрены кожи, приходится искать въ ней самой такія условія, которыя дѣлали бы ее не способной бороться съ внѣшними вредными вліяніями.

Такого рода условіями являются заболѣваніе кровеносныхъ сосудовъ кожи того или другого характера съ соотвѣствующими измѣненіями стѣнокъ ихъ или нарушеніе питанія кожи нервнаго происхожденія. Болѣзни кровеносныхъ сосудовъ, какъ извѣстно, служатъ одной изъ частыхъ причинъ какъ образованія, такъ и характера теченія серпигинозныхъ язвъ, что и побудило меня произвести изслѣдованіе здороваго участка кожи К., однако, какъ было сказано, никакихъ измѣненій въ строеніи сосудистыхъ стѣнокъ найдено не было. Съ одной стороны, такого рода результаты, съ другой, наличность психическаго расстройства, наружный видъ кожныхъ покрововъ: тонкость, вялость, сѣроватоблѣдная окраска ихъ—привели меня къ предположенію, что какъ нарушеніе питанія кожи, такъ и развитіе омертвѣнія ея слѣдуетъ отнести на счетъ измѣненія нервнаго вліянія на кожу.

Вопросъ о воздѣйствіи нервной системы на кожу—вопросъ не новый. „Уже давно многими авторами отмѣчены связь между состояніемъ нервной системы и питаніемъ кожи и вліяніе первой на появленіе нѣкоторыхъ кожныхъ заболѣваній“. Такъ начинается Leloir свою обстоятельную диссертацию: „Recherches cliniques et anatomopathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse“, въ которой и приводитъ обширную литературу занимавшаго его вопроса, начиная съ работы Alibert'a, относящейся къ началу нынѣшняго столѣтія. Впрочемъ Willan еще въ прошломъ вѣкѣ обращалъ вниманіе на зависимость кожныхъ высыпей (эритема) отъ заболѣваній нервной системы.

Цѣлый рядъ авторовъ, предшественниковъ Leloir'a, какъ: Mougeot, Cazenave, Chausi, Paget, Brown - Séquard, Vulpian, Hebra, Charcot, Eulenburg, Lewin и др., разработавшихъ и освѣтившихъ какъ съ клинической, такъ и съ патологоанатомической стороны этотъ вопросъ, служатъ доста-

точной гарантіей важности его. Самъ Leloir, опираясь на многочисленныя изслѣдованія, не сомнѣвается въ достовѣрности воздѣйствія нервной системы на болѣзни кожи. Auspitz въ томъ же году (1881) въ своей „System der Hautkrankheiten“ вводитъ въ классификацію болѣзней кожи и невропатологическія основанія. Въ свои 9 классовъ онъ между другими вноситъ классъ ангіоневротическихъ дерматозовъ, характеризующихся измѣненіемъ тонуса сосудовъ, невритическихъ дерматозовъ съ страданіемъ нервныхъ элементовъ, находящихся въ связи съ пораженными участками кожи, идіоневрозовъ съ нарушеніемъ функціональных отправленій кожи въ области распространенія кожного нерва. Hebra, вообще крайне скептически относящійся къ вліянію внутреннихъ причинъ на появленіе кожныхъ высыпей, склоняется однако, „за отсутствіемъ болѣе положительныхъ данныхъ для этиологіи ихъ“, смотрѣть на нѣкоторые дерматозы, какъ на слѣдствіе болѣзненной иннерваціи сосудистой системы кожи. Стуковенко, стойкій приверженецъ ученія о зависимости болѣзней кожи отъ общихъ причинъ, упрекая Hebr'у въ поверхностномъ отношеніи къ вопросу, настаиваетъ, что „однимъ изъ важныхъ факторовъ въ дѣлѣ заболѣванія кожи является несомнѣнно периферическая нервная и центральная мозговая система съ ея вазомоторными и трофическими центрами“. Schwimmer въ силу воззрѣній на этиологію дерматозовъ, подобно Lewin'у, предлагаетъ свою классификацію ихъ, беретъ за основаніе ея ту или другую степень зависимости кожной болѣзни отъ нервной системы. Насколько важное значеніе авторъ придаетъ вліянію ея, видно изъ того, что, по его мнѣнію, всѣ болѣзни кожи зависятъ отъ заболѣванія п. sympathici. Проф. Полотебновъ, опираясь на клиническія и патолого-анатомическія данныя, утверждаетъ, что происхожденіе многихъ болѣзней кожи нужно всецѣло и несомнѣнно отнести на счетъ заболѣванія нервной системы. Однако, дѣлая въ обзорѣ литературы „Нервныхъ болѣзней кожи“ подробную критическую оцѣнку различныхъ взглядовъ на кожныя заболѣванія, авторъ

предостерегаетъ отъ увлеченія нервной теоріей и предлагаетъ относить къ нимъ „только такія болѣзни, ближайшую непосредственную причину развитія которыхъ составляютъ первичныя измѣненія въ нервной системѣ“. Дюрингъ къ числу внутреннихъ причинъ, способныхъ вызвать высыпи на кожѣ, относить, между прочимъ, наслѣдственность, предрасположеніе и разстройства нервной системы. Reignier въ засѣданіи Общества практ. мед. въ Парижѣ въ 1888 году новыми наблюденіями подтверждаетъ значеніе нервныхъ вліяній на происхожденіе болѣзней кожи. Jessner въ клиническихъ лекціяхъ „объ аномаліяхъ кожи при внутреннихъ болѣзняхъ“ видное мѣсто отводитъ болѣзнямъ центральной и периферической нервной системы. Gallovaу на основаніи наблюденій случаевъ *syringomyeliі* и обращаетъ вниманіе на частоту появленія при ней болѣзненныхъ измѣненій кожи, указывая, что благопріятнымъ моментомъ для того служить нарушеніе питанія ея въ зависимости отъ страданія нервной системы. Lewin и Heller, изслѣдовавшіе до 500 случаевъ склеродерміи, объясняютъ происхожденіе „этого ангиотрофоневроза“ пораженіемъ центральной или периферической нервной системы. Казуистика послѣдняго времени, касающаяся этого вопроса, обогащается все новыми фактами болѣе или менѣе обследованными наблюденіями, и врядъ ли кто изъ современныхъ дерматологовъ и невропатологовъ станетъ отрицать, что многія болѣзни кожи развиваются исключительно на почвѣ органическихъ разстройствъ нервной системы; въ рядѣ другихъ случаевъ, если и не находятъ рѣзкихъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ нервной ткани, то клиническія проявленія ихъ даютъ право ссылаться на участіе нервной системы въ происхожденіи и теченіи ихъ. Характеръ формальныхъ измѣненій въ нервной системѣ, найденныхъ многими изслѣдователями при нѣкоторыхъ дерматозахъ, непостояненъ. Leloir, цитируя другихъ авторовъ (Dejerine, Charcot, Coubya и др.) и приводя свои наблюденія, указываетъ, что измѣненія эти могутъ локализоваться въ головномъ мозгу—въ формѣ ограниченнаго

энцефалита, въ спинномъ,—гдѣ замѣчалось перерождение заднихъ корешковъ, пигментное перерождение клѣтокъ переднихъ и заднихъ роговъ, спинальных ганглиевъ, въ периферическихъ нервахъ—въ формѣ паренхиматознаго неврита. Сирскій въ случаѣ *pemphigus vulgaris* нашелъ атрофію нервныхъ клѣтокъ спинного мозга, шейныхъ и спинальных симпатическихъ узловъ, пигментное перерождение клѣтокъ въ нихъ, гіалиновое перерождение сосудовъ. Зеленовъ при *prurigo* нашелъ почти тѣ же измѣненія съ обильнымъ разрастаніемъ соединительной ткани вдоль сосудовъ. Charcot указываетъ, что различные дерматозы могутъ развиваться на почвѣ травматическаго заболѣванія нерва, на заболѣваніи вслѣдствіе сдавленія, при хроническихъ прогрессирующихъ невритахъ, при *lepra anaesthetica*. Jarisch описываетъ случай, гдѣ у женщины, страдавшей въ продолженіе 5 лѣтъ болѣзью кожи и умершей отъ пневмоніи, имъ найдено воспаленіе сѣрой субстанции спинного мозга (въ переднихъ рогахъ). Что эти измѣненія не есть явленія вторичныя послѣ пораженія кожи, доказывается многочисленными изслѣдованіями случаевъ, въ которыхъ *a priori* не было основаній предполагать нервныя вліянія (Leloir, Déjerine, Balzes и др.). Такъ, въ случаяхъ гангрены кожи завѣдомо невритическаго происхожденія Vulpien, Weir-Mitchell, Jarnain и Ferrier и др. нашли, что, не смотря на обширность и глубину пораженія, нервы не только не были захвачены процессомъ, но даже сохранили свою проводимость.

Къ заболѣваніямъ кожи, при которыхъ вліяніе нервной системы сказывается въ смыслѣ тѣхъ или другихъ анатомическихъ измѣненій ея, относятъ: *vitiligo*, *leucodermia neuritica* (Eulenburg, Leloir), *canities* (Auspice, Paget), *alopecia neurotica* (Eulenburg), *ectima*, *urticaria* (Galovay), *erythema*, *exema* (Weir-Mitchell), *ichthyosis* (Leloir), *pemphigus* (Déjerine), *herpes zoster*, *herpes labialis*, *furunculosis*, *decubitus acutus spinalis*, *cerebralis et periphericus* (Charcot, Remak, Leloir, Déjerine), *gangraena cutis* (Leloir, Charcot и др.). Проф.

Полотебновъ, упрекая авторовъ въ преувеличеніи вліянія нервной системы, признаетъ значеніе ея для эритемы, herpes zoster, pemphigus, lepra, ихтіоза, дермалгій, аномалій потоотдѣленія и пигментации. Проф. Бехтеревъ, наблюдавшій случай центральнаго спинно-мозгового страданія, сопровождавшійся высыпаніемъ lichen ruber по направленію болѣзненнаго п. cruralis, считаетъ разстройство нервной системы важнымъ этиологическимъ моментомъ и при этой формѣ дерматоза. Попытки установить постоянную зависимость характера кожного заболѣванія отъ мѣста и формы пораженія нервной системы пока не выходятъ изъ области предположеній. Jessner въ своихъ лекціяхъ подраздѣляетъ невропатическія кожныя страданія на три группы: къ первой авторъ относитъ идіоневрозы—съ разстройствомъ въ сферѣ чувствительныхъ волоконъ, ангионеврозы—съ измѣненіями въ сосудодвигателяхъ; ко второй—аномаліи вслѣдствіе заболѣванія потоотдѣлительныхъ волоконъ и къ третьей—трофоневрозы съ заболѣваніемъ гипотетическихъ трофическихъ волоконъ. При страданіяхъ центральной нервной системы характеръ и мѣсто кожного пораженія, по мнѣнію автора, находится въ связи съ мѣстомъ болѣзненнаго фокуса въ мозгу.

Не смотря на неопровержимую очевидность воздѣйствія нервной системы на кожу и патологическія явленія въ ней, всѣ теоріи о способѣ этого воздѣйствія, высказанныя различными изслѣдователями, до сихъ поръ остаются гипотезами, имѣющими своихъ защитниковъ и противниковъ. Одна изъ первыхъ—теорія Шифа, полагающая основаніемъ параличъ вазомоторовъ съ послѣдовательнымъ расширеніемъ сосудовъ кожи, сама по себѣ не объясняетъ всѣхъ видовъ трофическихъ пораженій кожныхъ покрововъ. Charcot, отрицающій вообще невропаралитическую гиперемію кожи при трофоневрозахъ ея, указываетъ, что и въ случаѣ допущенія такого рода сосудистыхъ явленій, кожа пріобрѣтаетъ болшую способность къ сопротивленію вліяніямъ причинъ, нарушающихъ питаніе. Съ этимъ взглядомъ не соглашается проф. Бехтеревъ, полагающій,

что, такъ какъ питаніе тканей находится въ прямой зависимости отъ правильнаго омовенія ихъ кровью, врядъ ли можно отрицать предрасполагающіе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и прямое вліяніе паралича возомоторовъ на развитіе питательныхъ разстройствъ въ иннервируемыхъ тканяхъ. Теорія Броунъ-Секара—*theorie vasoconstricture* по Leloir'y—далеко не исчерпываетъ всѣхъ случаевъ трофическимъ дерматозовъ. Weir Mitchel и Charcot защищали теорію ирритативную, однако уже черезъ короткое время Шарко самъ не удовлетворяется ею вполне. Leloir на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что нервныя страданія кожи есть явленія вторичныя и зависятъ отъ измѣненія трофическихъ вліяній центровъ спинного мозга или спинно-мозговыхъ ганглиевъ. Авторъ не входитъ въ разсмотрѣніе путей, какими передаются эти вліянія, но категорически отрицаетъ теорію Самуэля, предполагающую существованіе особыхъ трофическихъ нервовъ, идущихъ вмѣстѣ съ чувствительными. Опираясь на изслѣдованія Charcot надъ *decubitus acutus* и на томъ явленіи, что „острый пролежень не наблюдается при спинальномъ дѣтскомъ параличѣ и при той же болѣзни у взрослыхъ, Самуэль приходитъ къ выводу, что „трофическіе центры заложены въ центральныхъ и заднихъ областяхъ сѣраго вещества спинного мозга“. Мансуровъ, придерживающійся теоріи трофическихъ нервовъ и центровъ, не опредѣляетъ однако точно локализацию послѣднимъ въ сѣромъ веществѣ. Кожевниковъ, не отрицая существованіе обособленныхъ проводниковъ для трофическихъ вліяній на кожу, считаетъ болѣе вѣроятнымъ, что для этой цѣли служатъ сами чувствующие нервы, при заболѣваніи которыхъ наблюдались разнообразныя страданія кожи. По мнѣнію автора, какъ возбужденіе, такъ и параличъ нервныхъ элементовъ въ одинаковой мѣрѣ можетъ вызвать такія разстройства, на что указано проф. Бехтеревымъ еще въ 1881 г. при разборѣ наблюдавшихся имъ „трофическихъ измѣненій кожи въ зависимости отъ разстройствъ нервной системы“. Проф. Полотебновъ при-

чину появления высшей полагаетъ въ разстройствѣ трофическихъ и вазомоторныхъ центровъ, однако находитъ преждевременнымъ вдаваться въ различныя гипотезы въ виду недостаточности матерьяла. Kirchhoff на основаніи своихъ наблюдений и изслѣдованій признаетъ существованіе трофическихъ волоконъ, берущихъ начало, по предположенію автора, въ corpus striatum и въ мозговой корѣ въ области двигательныхъ центровъ, проходящихъ черезъ капсулярную часть моста петли чечевидаго ядра къ regio subthalamica и направляющихся черезъ боковые пирамидные пути въ спинномъ мозгу. Проф. Бехтеревъ, разбирая теоріи происхожденія церебральныхъ амиотрофій, считаетъ гипотезу, признающую существованіе особыхъ трофическихъ корковыхъ центровъ, не обоснованной и неудовлетворительной и для объясненія сущности трофическихъ разстройствъ принимаетъ и защищаетъ сосудодвигательную гипотезу.

Сопоставляя всѣ эти разнорѣчивыя данныя, можно представить себѣ, что заболѣванія кожи нервнаго характера зависятъ отъ болѣе или менѣе стойкихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ или периферической. Измѣненія эти, имѣютъ ли они патолого-анатомическій субстратъ или ограничиваются функціональнымъ разстройствомъ, могутъ локализоваться, во 1) по всему пути сосудодвигателей, начиная съ корковыхъ центровъ, мѣстоположеніе которыхъ въ области центральныхъ извилинъ впервые отмѣчено Landois и Eulenburg'омъ, что затѣмъ болѣе детально освѣщено рядомъ экспериментальныхъ работъ проф. Бехтерева (отчасти совмѣстныхъ съ проф. Миславскимъ) и подтверждено его клиническими наблюденіями, и кончая сосудодвигательными, нервами; во 2) въ сферѣ чувствительныхъ и потоотдѣлительныхъ нервовъ и въ 3) по пути трофическихъ нервовъ, имѣющихъ, быть можетъ, аналогично сосудодвигателямъ свои центры не только въ спинномъ, но и головномъ мозгу, за что говорятъ, между прочимъ, опыты Filehne, который при перерѣзкѣ обоихъ corporum restiformium „какъ можно ближе впереди къ чет-

вертому желудочку“ на ряду съ симптомами Базедовой болѣзни получалъ ясно выраженное исхуданіе кожи; съ другой стороны, обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что діабетики, у которыхъ причиной болѣзни нерѣдко являются страданія мозга въ области дна 4-го желудочка, въ значительной степени подвержены заболѣваніямъ кожи.

Если вопросъ о вліяніи нервной системы на питаніе кожи и заболѣваніе ея до сихъ поръ остается окончательно не выясненнымъ, то еще болѣе простора для всевозможныхъ гипотезъ и изслѣдованій даетъ вопросъ о воздѣйствіи психической сферы на состояніе отравленій кожи съ ея сосудистой и нервной системами. Что тѣсная зависимость между ними существуетъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію. Всякій знаетъ о „краскѣ стыда“, о поблѣднѣніи кожныхъ покрововъ и гусиной кожѣ при испугѣ, о гиперэміи ея при гнѣвѣ, о послѣднѣніи и выпаденіи волосъ при аффектахъ ужаса и т. п. Однако не всегда дѣло ограничивается столь невинными измѣненіями въ кожѣ, и извѣстны случаи весьма стойкихъ и тяжелыхъ поражений ея вслѣдъ за сильными нравственными потрясеніями. Большой интересъ въ этомъ отношеніи представляетъ диссертация Fernand'a Maier'a „De l'influence des emotions morales sur le developpement des affections cutanées“, въ которомъ авторъ приводитъ случаи Plenck'a, Lorry, Cazeneuve'a, Devergie и др. и разбираетъ до 30 наблюдавшихся имъ самимъ, гдѣ тому или другому заболѣванію кожи непосредственно предшествовало душевное потрясеніе, съ извѣстной степенью вѣроятности служившее причиннымъ моментомъ его. Основываясь на своихъ изслѣдованіяхъ, авторъ склоняется къ теоріи посредственнаго черезъ сосуды воздѣйствія нервной системы на клѣтки кожи и приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) нравственные потрясенія служатъ довольно частой причиной кожныхъ заболѣваній, 2) появленіе такого рода страданій невозможно у здоровыхъ индивидуумовъ, наоборотъ, ими легко поражаются субъекты, предрасположенные къ кожнымъ заболѣваніямъ, 3) сухія высыпи наблюдаются чаще

мокнущихъ, первое мѣсто занимаетъ psoriasis, 4) патогенезомъ этихъ болѣзней можно считать базомоторную систему и измѣненія въ ней. Значеніе психическихъ моментовъ въ заболѣваніяхъ кожи подтверждается и другими авторами. Такъ, Капозі въ числѣ причинъ, вызывающихъ pruritus cutaneus одной изъ важныхъ считаетъ угнетающія душевныя впечатлѣнія, какъ удары судьбы, потеря состоянія или близкихъ и т.п. Leloir въ ряду, такъ называемыхъ, отраженныхъ дерматозовъ (сыпи у женщинъ при разстройствахъ въ половой сферѣ, зудъ кожи при ракъ внутренностей и др.) обращаетъ особенное вниманіе на дерматозы вслѣдствіе нервнаго потрясенія (dermatoses par choc moral). Lesser описываетъ случай, гдѣ у одной больной появлялся herpes labialis всякій разъ, когда она видѣла покойника. По мнѣнію автора, „психическіе аффекты и состоянія угнетенія зачастую даютъ поводъ къ появленію крапивницы. Проф. Полотебновъ въ своихъ лекціяхъ настаиваетъ на огромномъ значеніи нравственныхъ эмоцій, какъ моментовъ, выводящихъ нервную систему изъ ея равновѣсія, въ этиологіи дерматозовъ и приводитъ интересные случаи изъ своей практики. Schvimmer, Jarich, Щербакъ даютъ примѣры заболѣваній склеродерміей послѣ душевныхъ волненій.

Почему же въ однихъ случаяхъ аффекты служатъ поводомъ къ появленію кожныхъ болѣзней, въ другихъ—проходятъ, повидимому, безслѣдно. Ученіе о наслѣдственности въ смыслѣ невропатическаго предрасположенія даетъ болѣе или менѣе опредѣленный отвѣтъ на этотъ вопросъ. Наблюденія показываютъ, что невроты кожи являются одной изъ частыхъ болѣзней, характеризующихъ невропатическую конституцію. Lancereaux въ Traité de l'herpétisme въ этомъ сложномъ страданіи отводитъ кожнымъ заболѣваніямъ важное мѣсто, указывая на измѣненія въ спинномъ мозгу, какъ на исходный пунктъ ихъ. Проф. Полотебновъ указываетъ, что „громное число псоріатиковъ обыкновенно по наслѣдству получаютъ ненормальную нервную систему“, отчего зависитъ на-

рушеніе питанія кожи; то же онъ относитъ къ больнымъ ихтиозомъ и *lichen ruber*. Щербакъ, разсматривая литературу вопроса о патогенезѣ склеродерміи (Bienvenot, Clarus, Barthélemy, Halloran и др.), приводитъ случаи, въ которыхъ у больныхъ была ясно выражена нервная наследственность. Déjerine говорить, что „въ основѣ всѣхъ нервныхъ страданій кожи лежитъ постоянно наследственность, создающая предрасположеніе къ нимъ“; поводомъ для ихъ появленія служить какой-либо неблагоприятный для нервной системы толчекъ, какъ травма, нравственное потрясеніе. Лица съ ненормальною возбудимостью вазомоторовъ, какъ однимъ изъ обычныхъ проявленій психопатіи, часто страдаютъ въ то же время болѣзнями кожи. Lesser утверждаетъ, что нервная наследственность играетъ не послѣднюю роль въ этиологіи трофоневрозовъ кожи. Cullerre въ числѣ проявленій невропатіи называетъ пораженія кожи, считая ихъ за слѣдствіе „матеріальнаго поврежденія нервнаго вещества“.

Основываясь на такого рода указаніяхъ, можно ожидать, что душевно-больные, у которыхъ наследственность въ смыслѣ нервнаго предрасположенія играетъ столь важную роль и нервная система представляетъ *locus minoris resistentiae*, дадутъ большой контингентъ лицъ съ нарушеніемъ питанія тканей вообще и кожи въ частности. И въ самомъ дѣлѣ, практическимъ психіатрамъ приходится считаться съ трофическими расстройствами на каждомъ шагѣ. Всѣмъ извѣстна чрезвычайная хрупкость костей и неустойчивость кожи при травмахъ у прогрессивныхъ паралитиковъ и слабоумныхъ; отѣматомъ и особенно пролежень при психическихъ расстройствахъ тоже далеко не рѣдкія заболѣванія, причиняющія не мало хлопотъ и непріятныхъ минутъ персоналу, предупредить которыя трудно даже при образцовомъ уходѣ. На частоту болѣзней кожи въ теченіи психозовъ также обращено вниманіе давно. А. Fèvre въ обширной статьѣ разсматриваетъ исторію этого вопроса. Уже Esquirol, по словамъ автора, отмѣтилъ, что душевно-больные весьма подвержены заболѣваніямъ.

кожи. Затѣмъ онъ приводитъ рядъ именъ, каковы: Lorry, Alibert, Devergie, Guislain, Vulpian, Charcot, Herard Billod и др., ставящихъ тѣсную зависимость между пораженіями кожи и психическимъ разстройствомъ. Ataud, Lombroso, Brierre de Boismont, Roussel, Dagonet, Morel, Hebra и др., по автору, приводятъ свои наблюденія и разбираютъ съ различныхъ сторонъ вопросъ о связи между кожными и душевными болѣзнями. Переходя къ разсмотрѣнію формъ дерматозовъ у психически-больныхъ, Fèvre останавливается на давно замѣченномъ фактѣ, что кожа ихъ въ большинствѣ случаевъ уже по внѣшнему виду отличается отъ кожи душевно-здоровыхъ людей. Общая окраска покрововъ, вялость, тонконость, присутствіе экстрavasатовъ, пигментныхъ пятенъ, аномаліи кожныхъ выдѣленій и измѣненіе чувствительности, которая, по Auzouy, встрѣчается почти у половины всѣхъ душевно-больныхъ, отмѣчаются авторомъ, какъ обычныя явленія при психическомъ разстройствѣ. Относительно характера взаимодѣйствія тѣхъ и другихъ заболѣваній взгляды авторовъ расходятся. Одни наблюдали развитіе душевнаго разстройства одновременно съ появленіемъ высыпей и склонны въ нихъ видѣть одинъ изъ этиологическихъ моментовъ психическаго заболѣванія; другіе, къ которымъ принадлежитъ и Fèvre, наоборотъ, отмѣчаютъ, что страданія кожи у душевно-больныхъ развиваются вторично на почвѣ пораженія нервной системы. Такое же разногласіе замѣчается и относительно взаимнаго вліянія теченія тѣхъ и другихъ болѣзней. По мнѣнію однихъ, затажное теченіе кожного страданія истощаетъ больного и создаетъ условія для перехода остраго психоза въ слабоуміе; улучшение же процесса на кожѣ—указываетъ на возстановленіе общаго питанія и даетъ надежду на благопріятный исходъ психическаго разстройства; другіе указываютъ, что лишь въ силу перехода остраго психоза въ хроническую форму болѣзнь кожи принимаетъ такое же теченіе. Самъ Fèvre настаиваетъ, что этиологическимъ моментомъ для развитія болѣзней кожи можетъ служить само душевное разстрой-

ство, какъ таковое, чѣмъ расходится въ мнѣніи съ другими авторами, присоединяющими къ нему кромѣ того такіе агенты, какъ наслѣдственное предрасположеніе къ кожнымъ болѣзнямъ, метеорологическія условія, возрастъ, форму психоза и пр. Нebra, отрицающій вообще значеніе душевныхъ болѣзней въ эіологіи дерматозовъ, считаетъ, однако, „исключительнымъ поводомъ къ происхожденію невродовъ чувствительности“ истерію въ широкомъ значеніи слова. Ковалевскій указываетъ на постоянство измѣненій чувствительности кожи у меланхоликовъ, объясняя ихъ функціональнымъ или матеріальнымъ пораженіемъ какъ проводниковъ, такъ и центровъ осязанія и интеллектуальныхъ. Проф. Полотебновъ приводитъ наблюденія кожныхъ высыпей у душевно-больныхъ, съ чѣмъ и связываетъ ихъ появленіе. Jessner замѣчаетъ, что „въ теченіи психозовъ наблюдаются всевозможныя невропатическія разстройства кожи“, которыя авторъ считаетъ за кинетическіе эквиваленты состояній возбужденія. Проф. Корсаковъ, обращая вниманіе на частоту трофическихъ разстройствъ у душевно-больныхъ, говоритъ, что „кожа дѣлается темнѣе, морщинистѣе, такъ что лицо кажется старѣе, чѣмъ слѣдовало бы по возрасту больного. Иногда появляется есзема, herpes, psoriasis, фурункулёзъ, пролежни, а при неблагопріятномъ окончаніи болѣзни отложеніе большого количества жира въ подкожной клѣтчаткѣ, что также обусловливается измѣненіемъ трофическихъ вліяній нервной системы. Проф. Бехтеревъ указываетъ, что „заболѣваніе коры большого мозга при душевныхъ разстройствахъ можетъ, благодаря системѣ связующихъ волоконъ, сопровождаться измѣненіями вазомоторныхъ центровъ“, а слѣдовательно и создать почву для трофическихъ разстройствъ въ тканяхъ. Ноутъ отмѣчаетъ трофическія разстройства кожи въ послѣднемъ стадіи прогрессивнаго паралича и объясняетъ ихъ нейрососудистымъ параличемъ“, относя локализацию пораженія къ дну 4-го желудочка. Семека, указывая на кожныя заболѣванія на почвѣ разстройствъ мозговой дѣятельности, высказываетъ предположеніе о воз-

возможности вліянія атмосферическихъ колебаній на происхожденіе ихъ.

Изъ невротическихъ разстройствъ кожи, наиболѣе часто встрѣчающихся у душевно-больныхъ, на первое мѣсто, какъ было сказано, слѣдуетъ поставить измѣненіе кожной чувствительности того или другого характера. Вялость, тонкость, сѣрая окраска кожныхъ покрововъ, на что указываетъ и Fèvre, аномаліи пигментации, измѣненія въ окраскѣ волосъ (Michelson и др.), въ формѣ ногтей, аномаліи потоотдѣленія, сосудодвигательныя разстройства являются обычными особенностями кожи душевно-больныхъ. Высыпи съ форменными измѣненіями структуры кожи, каковы эритема, экзема, herpes zoster и др. если и наблюдаются немногимъ чаще, чѣмъ у психически-здоровыхъ людей, то отличаются своимъ хроническимъ теченіемъ, упорствомъ и склонностью къ возвратамъ. Повидимому, на почвѣ же трофическаго разстройства питанія кожи развивается фурункулезъ съ весьма вялымъ заживленіемъ остающихся дефектовъ ткани.

Переходя къ занимающему насъ вопросу о гангренѣ кожи трофическаго происхожденія, нельзя не остановиться на decubitus acutus, какъ на весьма часто встрѣчающейся формѣ ея при нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ. Нѣтъ учебника невропатологіи и психіатріи, гдѣ не обращалось бы вниманія на острый пролежень, какъ на тяжелое осложненіе основной болѣзни, развивающееся крайне быстро и несомнѣнно ухудшающее предсказаніе. Reiner замѣчаетъ, что достаточно иногда приема хлорала, чтобы за время продолжительнаго сна у соматически-здороваго и упитаннаго субъекта образовался пролежень. Среди душевно-больныхъ главнымъ образомъ паралитики и въ меньшей степени слабоумные подвержены заболѣванію. Samuel и Charcot, которымъ принадлежитъ заслуга разработки и выясненія вопроса о происхожденіи остраго пролежня, не сомнѣваются, что причина разстройства лежитъ въ измѣненіи трофическихъ вліяній на кожу въ силу ли пораженія спинного мозга (по Charcot,

центральных и задних областей сбраго вещества) или нервных стволовъ, какъ то подтверждаютъ Dejerine и Leloir на основаніи своихъ изслѣдованій надъ *decubitus acutus*.

Я не буду останавливаться на тѣхъ формахъ гангрены кожи, которыя являются только начальнымъ стадіемъ процесса разрушенія тканей на почвѣ трофическихъ разстройствъ, каковы: *lepra mutilans*, *notha*, симметрическая гангрена Raynaud, *mal perforant du pied*; участіе нервной системы въ происхожденіи ихъ несомнѣнно и подтверждается патолого-анатомическими измѣненіями въ ней. Большой интересъ для насъ представляетъ гангрена кожи у истеричныхъ, возникающая на ряду съ другими проявленіями трофическаго разстройства: измѣненія кожной чувствительности, гипертрофіи и атрофіи кожи и ея придатковъ, измѣненіе въ отложеніи пигмента, *pruritus*, *pityriasis* и др. страданія кожи, гиперостозы, *synovitis* служатъ то симптомами, то осложненіями болѣзни; всякаго рода невралгіи тоже есть обычное явленіе при истеріи, что и даетъ еще больше основаній принимать всѣ заболѣванія кожи за трофоневротическія. Впрочемъ, не смотря на то, что еще старинные авторы указывали на частоту дерматозовъ у истеричныхъ больныхъ, лишь въ послѣднее время вопросъ объ истерической гангренѣ обратилъ на себя вниманіе невропатологовъ и психіатровъ. Имѣющійся матеріалъ далеко еще не богатъ для какихъ-либо обобщеній и выводовъ и представляетъ большею частью клиническое описаніе случаевъ, — однако врядъ ли можно сомнѣваться, что происхожденіе гангрены нужно отнести на счетъ заболѣваній нервной системы. Gilles de la Tourette въ своей статьѣ: „*Troubles trophiques cutanés d'origine hysterique*“ пытается объяснить гангрену кожи „вазомоторнымъ діатѣзомъ“. Исходя изъ почти обязательныхъ для истеріи явленій дермографіи, зависящихъ отъ расширенія кожныхъ сосудовъ, авторъ переходитъ къ отеку въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это расширеніе сдѣлалось болѣе продолжительнымъ, къ экхимозу въ дальнѣйшемъ, гдѣ наступило выхожденіе кровяныхъ тѣлецъ,

и, наконецъ, къ гангренѣ кожи, какъ слѣдствію сдавленія сосудовъ выпотомъ изъ нихъ.

Гангрена кожи, какъ осложненіе опоясывающаго лишая, болѣзни чисто нервнаго происхожденія, согласно мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ (Lesser), зависитъ отъ большей или меньшей тѣсноты некротическихъ гнѣздъ, выпавшихъ изъ здороваго поля вслѣдствіе измѣненія трофическаго вліянія нервной системы.

Отдѣлъ гангрены кожи, носящій крайне неопредѣленное названіе *gangraena spontanea*, издавна служилъ для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ этиологія представлялась невыясненной. При анализированіи ихъ неоднократно дѣлались попытки объяснить условія заболѣванія кожи, для чего пользовались всякимъ болѣзненнымъ измѣненіемъ въ организмѣ и указывали на него, какъ на причину страданія. Ослабленіе дѣятельности сердца, нѣкоторыя конституціональныя болѣзни, кахексія, раздраженіе кожи физическими агентами, позднѣе соприкосновеніе травмированныхъ покрововъ съ микро-организмами, по мнѣнію авторовъ, могутъ служить основаніемъ для омертвѣнія кожи. Самое выраженіе „могутъ служить“ указываетъ, что вліянія эти сами по себѣ недостаточны, и необходимъ еще какой то минусъ въ организмѣ, создающій условія, благопріятныя для образованія гангрены кожи.

Насколько шатки такого рода основанія, видно изъ того, что нѣкоторыя заболѣванія, причислявшіяся прежде къ группѣ самопроизвольныхъ гангрень, каковы *decubitus acutus*, *нома*, эрготизмъ, болѣзнь Raynaud, въ настоящее время большинствомъ авторовъ выдѣляются въ особыя формы, какъ имѣющія достаточно твердыя основанія для уясненія сущности процесса. *Gangraena spontanea cutis* при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ (тифъ, холера) и конституціональныхъ (діабетъ) болѣзняхъ, быть можетъ, также найдутъ себѣ объясненіе въ болѣе или менѣе стойкихъ измѣненіяхъ нервной системы, къ чему склоняются многіе и теперь. Такимъ образомъ остается

относительно небольшая группа гангрены, въ которой этиологія темна и ждетъ выясненія. Примѣромъ къ нимъ можетъ служить случай Doultrelepont'a, о которомъ онъ сообщилъ въ 1881 г. на Медицинскомъ Конгрессѣ въ Страсбургѣ. Сидѣлка больницы уколола себѣ большой палецъ руки. Вслѣдъ за нагноеніемъ появились бѣлыя пятна сначала на этомъ пальцѣ, а потомъ по всему тѣлу; нѣкоторыя изъ пятенъ трансформировались въ пузыри, омертвѣвшая кожа отпадала, оставляя послѣ себя язвы, скорѣ зажившія. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи никакихъ вирулентныхъ микроорганизмовъ не найдено. Rotter описываетъ больного, поступившаго подъ его наблюденіе съ язвой въ верхней части голени величиной въ ладонь, развившейся, по словамъ пациента, безъ видимой причины въ теченіе 3-хъ дней изъ прыща. Черезъ 5 дней язва достигла величины руки; кожа надъ ней во всю толщю до фасціи представляетъ гангренозную массу; дно покрыто грануляціями, края отечны, воспалены. Черезъ недѣлю въ сосѣдствѣ съ язвой появились пустулы, то крупныя, глубокія, то мелкія, поверхностныя; пустулы превращались въ пузыри до 5 франковой монеты величиной; послѣдніе лопались, оставляя послѣ себя язвы съ крутыми краями. На 37-й день процессъ остановился, язвы слились, образовавъ одну, занимавшую область отъ головки *tibiae* до *malleolus int.* и отъ *cristae tibiae* до середины икры. Послѣ пересадки по Tiersch'у язва стала заживать, и черезъ 7 мѣсяцевъ больной выпиcался.

Микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе гноя показало присутствіе особаго, похожаго на сапнаго, бацилла, названнаго авторомъ *bacillus pustulo gangraenosus*. Шперкъ въ засѣданіи Нѣмецкаго Врачебнаго Общества сообщилъ о двухъ случаяхъ самопроизвольной гангрены кожи въ области паховой складки съ послѣдовавшимъ *sepsis* и смертельнымъ исходомъ, причемъ вскрытіе „не дало какого-либо объясненія происхожденію пораженія“. Laderman въ засѣданіи Берлинскаго Дерматологическаго Общества показалъ больную съ ограниченной ган-

гренной кожи на предплечьи, развившейся послѣ употребленія соды при стиркѣ, причемъ никакихъ другихъ основаній для появленія омертвѣнія (истеріи, діабета) констатировать не удалось. Corlett въ засѣданіи американскаго Дерматологическаго Общества сообщилъ о множественной гангренѣ кожи у 15 лѣтней дѣвушки, безслѣдно исчезнувшей черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ появленія. Joseph описываетъ въ Deutsch. med. Wochenschr. интересный случай: 24 лѣтній купецъ причинилъ себѣ ожегъ тыла лѣвой руки сѣрной кислотой. Черезъ $\frac{1}{2}$ года, внезапно проснувшись ночью, онъ замѣтилъ, что правая рука его холодна, болѣзненна, и, зажегши свѣчу, увидѣлъ омертвѣвшее мѣсто кожи на тылѣ ея, величиной въ пятидесятифениговую монету; образовавшійся затѣмъ струпу отдѣлился и замѣнился молодой кожей. Пациентъ совершенно здоровый субъектъ, безъ нервнаго предрасположенія; въ семьѣ никакихъ нервныхъ болѣзней не замѣчалось.

Лишь въ послѣднемъ наблюденіи мы находимъ совершенно опредѣленное указаніе на отсутствіе видимыхъ причинъ со стороны нервной системы для происхожденія гангрены. Насколько цѣнно и важно подробное изслѣдованіе больного въ этомъ отношеніи, явствуетъ изъ того, что цѣлый рядъ авторовъ послѣдняго времени склоненъ видѣть въ такъ наз. самопроизвольной гангренѣ слѣдствіе вліяній нервной системы, что подтверждается иногда и патологоанатомическими измѣненіями въ центральномъ и периферическомъ отдѣлахъ ея. Такъ, Leloir приводитъ четыре случая омертвѣнія кожи, въ которыхъ былъ найденъ паренхиматозный невритъ. Попутно авторъ указываетъ на ранѣе описанныя наблюденія гангрены кожи на почвѣ заболѣванія нервовъ послѣ травмы (Charcot, Vitrac, Samson и др.). Neuberger описалъ кожную гангрену послѣ pemphigus, развившуюся тоже въ области распространенія травматизированнаго нерва. Joseph наблюдалъ больного, у котораго въ продолженіе 10 лѣтъ появлялся рядъ омертвѣній кожи, чему причиной считаетъ страданіе нервной системы. Hallopeau и Le Damanу описали закончив-

шуюся выздоровленіемъ гангрену слизистой оболочки рта, кожи лица и частью шеи трофоневротическаго характера и на основаніи своихъ изслѣдованій приходятъ къ выводамъ, что въ половинѣ всѣхъ случаевъ множественнаго омертвѣнія въ области головы имѣетъ мѣсто трофоневротическая гангрена; присутствіе микроорганизмовъ, по мнѣнію авторовъ, необязательно, но такого рода осложненіе ухудшаетъ предсказаніе; принимая прогрессивное теченіе, болѣзнь и по картинѣ, и по теченію симулируетъ *pustulam malignam*; бактериологическое изслѣдованіе рѣшаетъ діагнозъ. Von Achard, разбирая этиологію гангрены кожи, указываетъ на измѣненія въ нервной системѣ, какъ на одну изъ частыхъ причинъ происхожденія ея. Bervoets на основаніи литературныхъ данныхъ и 2-хъ наблюдавшихся имъ случаевъ самопроизвольной гангрены (одинъ—у больного съ *dementia paralytica*) приходитъ къ заключенію, что причиной гангрены можетъ служить какъ *endoarteritis* приводящихъ сосудовъ, такъ и периферическій невритъ. Lesser полагаетъ, что „причиной самопроизвольной гангрены кожи, всего вѣроятнѣе, служатъ нервныя расстройства“.

Такимъ образомъ стремленіе къ болѣе тщательному изслѣдованію этиологіи гангрены кожи приводитъ къ тому, что отдѣлъ *gangraena „cutis spontanea“* постепенно суживается, и, нужно думать, недалеко то время, когда понятіе это само собою отойдетъ въ область исторіи.

Къ группѣ гангрены кожи трофоневротическаго характера я отношу и наблюдавшійся мною случай серпигинозной язвы у больной К. Нѣтъ сомнѣнія, что раздраженіе кожи выдѣленіями изъ полости плевры имѣло значеніе въ происхожденіи ея, но лишь какъ толчекъ; дальнѣйшій же ростъ пораженія всецѣло зависѣлъ, по моему мнѣнію, отъ ослабленія нервнаго вліянія на кожу. Глубокое и продолжительное страданіе психической сферы, давшее въ результатъ столь рѣзкія, уже макроскопически ясно выраженные, стойкія измѣненія мозговой ткани, мнѣ кажется, достаточно обосновываютъ та-

кое заключеніе. Вполнѣ вѣроятно, что основной процессъ въ головномъ мозгу оставилъ тѣ или другіе слѣды въ сосудодвигательныхъ и трофическихъ корковыхъ центрахъ, слѣдствіемъ чего и явилось нарушеніе питанія кожи, обозначавшееся у К. до появленія гангрены вышеупомянутыми признаками.

Я не настаиваю на возможности пораженія соответствующихъ центровъ, заложенныхъ въ продолговатомъ мозгу на томъ основаніи, что за все время болѣзни К. ни разу не было замѣчено симптомовъ диабетическаго характера, чего можно было бы ожидать при локализациі страданія мозговой ткани въ сосѣдствѣ съ дномъ четвертаго желудочка. На существованіе такой зависимости между душевными болѣзнями и диабетомъ было обращено вниманіе Clark'омъ, Seegen'омъ, Schmitz'омъ, Westphal'емъ, Trerich'омъ, Eulenburg'омъ и др. Найденное мною пигментное перерожденіе нервныхъ клѣтокъ въ переднихъ рогахъ спинного мозга, гдѣ заложены центры сосудодвигателей, и въ заднихъ, гдѣ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, находятся трофическіе центры, подтверждаютъ еще болѣе предположеніе о трофоневрогическомъ происхожденіи серпигинозной гангрены кожи у К.

Нисколько не претендуя на то, чтобы настоящая работа моя пролила свѣтъ на столь темный вопросъ о трофическихъ страданіяхъ тканей вообще и кожи въ частности, я не могу однако не высказать положенія, что невропатологи и психіатры, пользующіеся обширнымъ въ этомъ отношеніи матеріаломъ, могутъ при помощи всесторонняго патологоанатомическаго и клиническаго изслѣдованія случаевъ трофическихъ расстройствъ у нервно- и душевно-больныхъ способствовать выясненію значенія нервной системы въ происхожденіи ихъ.

Въ заключеніе, Считаю пріятнымъ долгомъ выразить мою искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ профессорамъ В. М. Бехтереву и Т. П. Павлову, просмотрѣвшимъ мои микроскопическіе препараты и давшимъ цѣнныя указанія на литературу интересовавшаго меня вопроса.



Л и т е р а т у р а.

- Achard-von.—Gangraena cutis medica. Journ. d. Pratic. 1895. № 1. Реф. Monat. für pract. Dermat. 1895. № 21.
- Auspitz.—System der Hautkrankheiten. 1881
- Бернарь-Клодь. Лекции о физиологии и патологии нервной системы. Перев. 1867.
- » Объ отношеніи функциональныхъ и питательныхъ явленій. Пер. 1875.
- Bervoets.—Bijdrage tot de Kennis van het spontaan Gangraen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894. № 5. Реф. Centrbl. für Nervenheilk. 1895. Mai.
- Браунъ-Секаръ.—Лекции о физиологии и патологии центр. нервн. системы. Пер. 1867.
- Бехтеревъ. Наблюдения трофическихъ измѣненій кожи въ зависимости отъ разстройствъ нервной системы. Клинич. газ. Боткина. 1881. № № 27, 28.
- » Опытъ клиническаго изслѣдованія температуры тѣла при нѣкоторыхъ формахъ душевныхъ болѣзней. Дисс. 1881. Спб.
- » Раздраженіе коры мозга у обезьянъ. Прот. Собр. клин. вр. 1897.
- » Нервные болѣзни въ отдѣльныхъ наблюденияхъ. 1894—1899 г.
- » и Розенбахъ.—Къ физиологии межпозвоночныхъ узловъ. Врачъ, 1884. № 9.
- » и Миславскій.—Физиология двигательной области мозговой коры. Архивъ псих. 1886—87 г.
- Vulpian.—Leçons sur la physiologie du syst. nerveux. 1866.
- Hallopeau et Damany.—Gangraena massiva (Société française de Dermat. et de Syphil. 1894 г. 15 ноября). Реф. Annales de dermat. et de syph. 1894.
- Hoyt.—The tropho-neuroses of parietic-dementia. The americ. journ. of insan. 1894. Реф. Врачъ. 1894.
- Hebra.—Руководство къ изученію болѣзней кожи. Пер. 1876.
- Galloway.—(Brit. journ. of dermat. 1895. Sept.). Ueber die Natur und Veranlassung der Hauteruptionen etc. Реф. Monatsch. f. pract. Derm. 1895. № 21.

- Dejerine.—Наслѣдственность и болѣзни нервной системы. Пер. 1887.
- Dejerine et Leloir.—Recherches sur les alterations nerv. dans certains cas de gangr. Arch. phys. 1881.
- Дюрингъ.—Болѣзни кожи. Пер. 1886.
- Doutrelepont.—Sur an cas de gangraene de la peau etc. Congrès med de Strasb. 1881.
- Jessner.—Аномалии кожи при внутреннихъ болѣзняхъ. Лекціи иностр. клин. Сер. IV. Вып. 3—5.
- Gilles de la Tourette.—Troubles trophiques cutanés d'origine hysterique. Bull. med. 1895.
- Joseph—Ueber mult. neurotische Hautgangr. Arch. f. Derm. und Syph. 1895. t. XXXI.
- Зеленовъ.—Дерматологическія изслѣдованія изъ клин. проф. Полотебнова. 18⁸⁶/₈₇.
- Jarisch.—Ueber die Coincidenz von Erkrankungen der Haut etc. Vierteljar. für Derm. 1881.
- Капозі.—Патологія и терапія накожныхъ болѣзней. Пер. 1884.
- Kirchoff.—Ueber trophische Hirncentren etc.—Arch. für Psych. 1897. Band. 29. H. 3.
- Ковалевскій.—Объ измѣненіи кожной чувствительности у меланхоликовъ. 1877.
- Кожевниковъ.—Курсъ нервныхъ болѣзней. 1898.
- Corlett.—Gangraena spont. der Haut.—Monatsch. für pract. Derm. 1897. 25.
- Корниловъ.—Мышечныя похуданія при страданіи суставовъ.
- Корсаковъ.—Психіатрія. 1893.
- Сонуба.—Destroubles trophiques etc. Thèse de Paris. 1871.
- Кюллеръ.—Нервность и невроты.
- Laderman.—Fall von Gangrän der Haut. Dermatologische Vereinig. zu Berlin. 1894.
- Lancereaux.—Traité de l'herpetisme. 1883.
- » Trophoneurose necrosique ou gangr. neurop. Semain medic. 1894. № 33.
- Лессеръ.—Руководство къ болѣзнямъ кожи.
- Leloir.—Recherches cliniques et anatomopathologique sur affect. cutan. d'orig. nerv. Thèse de Paris 1881.
- » Traité descript. des maladies de la peau. 1889—93.
- » Trophoneurose gangr. simulant la lèpre. Journal de mal. cut. 1893.
- » Trophoneuroses.—Dictionnaire Jaccoud.
- Lewin et Heller.—Die Sclerodermie. 1895.
- Maier Fernand.—De l'influence des emotions morales sur le developp. des affections cutanées. Thèse de Paris 1876.
- Мансуровъ.—Лекціи о болѣзняхъ кожи.
- Mougeot.—Recherches sur quelques troubles de nutrition consecutifs aux affections des nerfs. Paris. 1867.

- Auzouy.—Des troubles fonctionnels de la peau etc. 1859.
 Полотебновъ.—Дерматологическія изслѣдованія. 1886—87.
 Поспѣловъ.—Краткій учебникъ кожныхъ болѣзней. 1896.
 Преображенскій.—Физическая антисептика при леченіи ранъ. 1894.
 Reignier.—Bullet. et mem. de Societ. d. med. prat. d. Paris. 1888.
 Rotter.—Eine neu Art. von Hautgangrän mit Pustelbildung. Dermat. Zeitschr. 1895.
 Reiner.—Allgem. Zeitschr. für Psych. XXIII.
 Samuel.—Die trophischen Nerven. 1868.
 Семка.—Къ казуистикѣ острыхъ сыпей у душевно-больныхъ. Отд. от. изъ «Больн. газеты Боткина» 1898.
 Сирскій.—Дерматологическія изслѣдованія изъ клин. проф. Полотебнова. 1886—87.
 Стуковенко.—Французская и Вѣнская дерматологич. школы... Медицинская бібліотека. 1883 № 4.
 Fèvre.—Les altérations du systeme cutané dans la folie. Annales medico-psych. 1876 г. III.
 Черевковъ.—О вліяніи большихъ полушарій головного мозга на сердце и сосудистую систему. Изъ лаб. проф. Данилевскаго.
 Charcot.—Leçons sur les maladies du system nerveux. 1875.
 » Болѣзни нервной системы. Пер 1876.
 Schiff.—Nouvelles recherches relatives à l'influences du syst. nerv. sur la nutrition. 1858.
 Schwimmer. Ueber den Neuropathischen Dermatosen. Рецензія Leroix въ Annales de dermat. 1882 г.
 Schpere.—St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1883, стр. 270.
 Щербакъ.—Дерматологическія изслѣдованія изъ клин. проф. Полотебнова. 1886—87.
 Eulenburg и Аванасьевъ.—Реальная Энциклопедія Медицинскихъ Наукъ, статьи: Гангрена, т. 4.
 Кровеносные сосуды, т. 9.
 Потоотдѣленіе, т. 15.
 Трофоневрозы, т. 19.
 Сахарное мочеизнуреніе, т. 17.
 Язвы, т. 21 и др.