

Къ клиникѣ и патогенезу перемежающейся храмоты.

(Изъ клиники первнхъ болѣзней—директоръ-профессоръ В. А. Муратовъ).

Д-ра В. Русскихъ.

Среди ряда заболѣваній, сопровождающихся измѣненіемъ сосудовъ, уже давно выдѣлено *claudicatio intermitens*, благодаря своему своеобразному симптомо-комплексу. Многочисленными работами Erb'a, Oppenheim'a, Higier'a, Jdelson'a, Brissaud, Goldflam'a и мн. др. были разработаны этиология и патогенезъ этого страданія.

Erb находитъ, что въ основѣ болѣзни чаще всего лежатъ вазомоторныя явленія раздраженія и склерозъ сосудовъ. Въ зависимости отъ распространенія этихъ измѣненій на ту или иную область будутъ наблюдаться сходныя картины заболѣванія. Это, повидимому, дало поводъ нѣкоторымъ авторамъ описывать явленія до известной степени идентичныя *claudicatio intermittens*, которыя должны быть поставлены въ зависимость отъ измѣненія сосудовъ спинного и головного мозга.

Такъ въ 1906 году Dejerine описалъ три случая *claudication intermittente de le moelle épiniere*, гдѣ наблюдалось періодическое расстройство движеній въ ногахъ съ появленіемъ парастезій и спастическихъ явленій. Вслѣдъ за

Dejerin'омъ Grasset стремится раздѣлить перемежающуюся храмоту на четыре типа: церебральную, среднего мозга, спинного мозга и периферическую. Къ церебральному типу онъ относитъ тѣ временныя растройства въ дѣятельности головного мозга, которыя выражаются измѣненіемъ психическихъ функций, амнезіей и временной афазіей иногда въ связи съ гемипарезомъ, однако, скоро проходящія и не вызывающія явныхъ психическихъ нарушеній въ мозгу.

Такия колебанія мозговыхъ функций наблюдаются довольно часто, но подобная связь ихъ съ перемежающеюся храмотой признается немногими авторами. (Stern, Stertz).

Сравнительно недавно въ амбулаторіи нервной клиникѣ мнѣ пришлось наблюдать 4 случая *claudicatio intermittens*, которые прослѣдовали почти другъ за другомъ.

Двое больныхъ страдали периферическимъ типомъ этой болѣзни, получившей здѣсь сильное развитіе. Больные дѣлали только нѣсколько шаговъ, какъ уже появлялись сильныя боли въ ногахъ, принуждавшія ихъ скоро останавливаться и отдыхать.

Одному изъ нихъ было всего 27 лѣтъ. Болѣзнь началась у него 1½ года назадъ и стала быстро развиваться. Въ теченіе трехъ лѣтъ до заболѣванія ему приходилось подолгу ѣздить зимой и студить ноги, а затѣмъ стоять у жаркой печи на холодномъ сыромъ полу. Куреніе съ 12 лѣтъ по 30—40 папирозъ въ день. При изслѣдованіи у больного найдено—похуданіе мускулатуры голеней, пониженіе тактильной чувствительности, болѣзненность при давленіи по тракту *n. tibialis* съ обѣихъ сторонъ. Живые колѣнные ахилловы рефлексы. Цианозъ стопъ. *Ranaritium* на большомъ пальцѣ правой ноги, не заживающій въ теченіе 5 мѣсяцевъ. *Art. dorsalis pedis sinistri* прощупывается очень слабо, рѣзко склерозирована; *art. dors. pedis dext.* совсѣмъ не прощупывается.

Другому больному 55 лѣтъ. Болѣзнь развилась за послѣдніе 2 года. Въ теченіе 30 лѣтъ больной пилъ по 1½—1

бутылкѣ водки и выкуривалъ до 30 и болѣе папирозъ ежедневно.

При изслѣдованіи найдено—дряблая атрофичная мускулатура голеней, болѣзненность при давленіи мышцъ, довольно живые ахилловы и пателлярныя рефлексы. Цианозъ кожи на ногахъ и рѣзко выраженные *varices venarum*. Общій артеріосклерозъ. *Art. dorsalis pedis* на правой ногѣ склерозирована, пульсъ едва прощупывается. На лѣвой ногѣ пульсъ не прощупывается, артерія проходила въ видѣ тонкаго склерозированнаго валика.

Третій больной имѣлъ, кромѣ растройства, связанныхъ съ измѣненіемъ периферическихъ сосудовъ и нервовъ, также и явленія, которыя слѣдуетъ отнести уже къ церебральнымъ симптомамъ. Кромѣ болѣе сжимающаго характера, возникающихъ во время ходьбы въ икрахъ, у больного внезапно наступаетъ и довольно скоро проходитъ чувство онѣмѣнія въ рукахъ и правой половинѣ лица, при этомъ языкъ становится словно деревяннымъ и трудно тогда бываетъ говорить. У больного также имѣется похуваніе мускулатуры голеней съ болѣзненностью *p. tibialis*, съ пониженіемъ ахилловыхъ и коленныхъ рефлексовъ, со склерозомъ *art. dors. pedis*.

У четвертаго больного еще ярче выступило такое усложненіе периферическаго типа болѣзни церебральными растройствами. Такова краткая исторія заболѣванія. Въ анамнезѣ больного можно отмѣтить психопатическую наслѣдственность и большія злоупотребленія виномъ и табакомъ, *lues* отрицается. Два года назадъ больной замѣтилъ, что не можетъ долго ходить. Пройдя $\frac{1}{4}$ версты онъ долженъ останавливаться, т. е. въ лѣвой ногѣ появлялось чувство слабости, онѣмѣнія и ползанія мурашекъ; иногда такое же ощущеніе появлялось и въ правой ногѣ. Простоявъ нѣсколько минутъ, больной могъ идти дальше съ тѣмъ, чтобы скоро вновь остановиться.

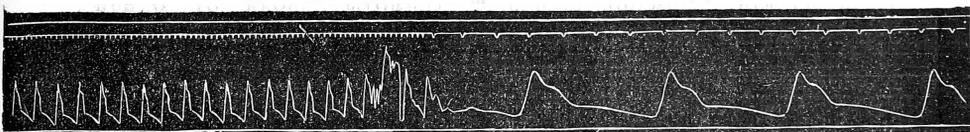
Въ ноябрѣ 1912 года онъ сталъ замѣчать то же явленіе въ правой рукѣ и долженъ былъ оставлять работу минутъ на 10—15. Нѣсколько дней назадъ, когда больной ѣлъ горячіе щи, онъ вдругъ почувствовалъ головокруженіе и по-

темнѣніе въ глазахъ; однако, сознанія не потерялъ, но не могъ говорить, а только знаками подымалъ жену. Черезъ 15 минутъ онъ вновь началъ говорить сперва неясно, нѣмо, а потомъ хорошо.

Черезъ $\frac{1}{2}$ часа больной чувствовалъ себя удовлетворительно, только голова оставалась тяжелой. Вечеромъ въ тотъ же день, во время разговора, вновь появилось такое же чувство онѣмѣнія, сперва въ правой рукѣ, потомъ въ лѣвой, — больной пересталъ говорить на этотъ разъ въ теченіи 10 минутъ. Съ тѣхъ поръ такіа расстройствa рѣчи стали повторяться каждый день по 2—3 раза, иногда они сопровождались головокруженіемъ и чувствомъ онѣмѣнія въ правой рукѣ. Чаше случалось во время разговора, особенно если онъ немного волновался, хотя иногда это наблюдалось и при спокойномъ состояніи.

При объективномъ изслѣдованіи не найдено никакихъ парезовъ, сила во всѣхъ конечностяхъ хорошая, ригидности, атрофій нѣтъ. Всѣ виды чувствительности были нетронуты. Сухожильные и кожные рефлексы нормальны и одинаково выражены съ обѣихъ сторонъ. Колѣнные живые Рефлексъ Babinsk'аго, клonusы, Romberg отсутствовали. Интеллектъ больного не былъ разстроенъ, память хорошая, наблюдалась только небольшая раздражительность въ характерѣ. Зрачки равномѣрны, съ живой реакціей на свѣтъ. Отравленія тазовыхъ органовъ въ порядкѣ. Наблюдался общій артеріосклерозъ, сердце нѣсколько увеличено влѣво. Пульсъ art. dorsalis pedis sinist. прощупывался слабѣе, чѣмъ справа.

Artia dorsalis pedis dextro (Pressio=2)



Artia dorsalis pedis sinistra (Pressio=2)



Рис. 1.

Сфигмографъ далъ малую пульсовую волну съ медленнымъ восхожденіемъ и еще болѣе медленнымъ нисхожденіемъ кривой. *Art. radialis* и *ulnaris* были склерозированы, но пульсъ прощупывался вполне ясно.

Назначенное іодистое леченіе принесло нѣкоторое улучшение, хотя время отъ времени появлялось онѣмѣніе языка и во время ходьбы слабость въ лѣвой ногѣ.

Анализируя этотъ случай, слѣдуетъ думать, что періодически наступающее расстройство рѣчи и парезъ правой руки здѣсь церебральнаго происхожденія. Что же касается расстройства движеній въ лѣвой ногѣ, то причину ихъ скорѣе нужно искать въ периферическихъ нарушеніяхъ. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ можно наблюдать колебанія функций периферическаго и центральнаго характера. Однако едва ли является возможнымъ проводить здѣсь параллель и страданіе съ строго опредѣленной клинической картиной и съ довольно яснымъ патолого-анатомическимъ субстратомъ ставить въ связь съ періодическимъ нарушеніемъ мозговыхъ функций, которое является симптомомъ еще невыясненнаго сосудистаго расстройства,—скорѣе общаго артеріосклероза съ измѣненіемъ дѣятельности вазомоторовъ. *Stertz* склоненъ приписывать подобныя расстройства присоединенію ангиоспазма къ склерозу сосудовъ, слѣдствіемъ чего является періодическая ишемія мозга.

Столь обширныя обобщенія, какія делаетъ *Grasset*, строя свою систему перемежающейся хроматы—вводя съ одной стороны скоропреходящій бредъ, съ другой абдоминальныя кризы,—едва ли заслуживаетъ признанія. Эти явленія совершенно другого порядка. Если ужъ принимать подобное распространеніе, то слѣдуетъ ограничить его только расстройствами сензо-моторнаго характера, независимо отъ локализаций производящаго ихъ момента въ проэкціонномъ корково мышечномъ трактѣ.

Для выясненія нѣкоторыхъ сторонъ въ области этиологіи и патогенеза перемежающейся хроматы, я воспользовался съ

разрѣшенія моего глубокоуважаемаго руководителя проф. В. А. Муратова имѣющимъ клиническимъ и абулаторнымъ матеріаломъ и здѣсь постараюсь сдѣлать на основаніи его изученія возможные выводы.

За послѣднія 15 лѣтъ въ нервной клиникѣ было всего около 27 человекъ, страдавшихъ этой болѣзью, и изъ нихъ только три стационарныхъ, остальные проходящіе. Такимъ образомъ, болѣзнь является нечастой, а въ среднемъ на годъ приходится двое больныхъ. Среди 27 человекъ нѣтъ ни одной женщины.

Просматривая матеріалъ, относящійся къ этому заболѣванію, можно часто замѣтить очень тяжелое наследственное отягощеніе. Еще Orpenheim придаетъ большое значеніе невропатической и психопатической конституціи въ вѣдѣности къ данному заболѣванію. Невропатическій діатезъ при признавали также Erb, Brissaud, Goldflam. Душевные и нервныя болѣзни родственниковъ здѣсь не являются рѣдкостью. У 10% больныхъ отмѣчены въ роду психическія заболѣванія. Часто наблюдается сильный алкоголизмъ родителей и различныя заболѣванія сосудистой системы. Отмѣчу пороки сердца, аневризмы, кровоизліянія въ мозгъ, рано наступающую слабость въ ногахъ на почвѣ склероза артерій и гангрену.

Такимъ образомъ, врожденная слабость сосудистой системы и предрасположеніе къ склерозу играетъ здѣсь не послѣднюю роль.

Обращая теперь вниманіе на личныя предрасполагающія причины, встрѣчаемъ здѣсь весьма интересное явленіе. Въ 80 % заболѣваній наблюдаются большія злоупотребленія алкоголемъ и табакомъ. Нерѣдки случаи, когда выпивалось по $\frac{1}{2}$ —1 бутылкѣ водки ежедневно въ теченіе 17—30 лѣтъ и выкуривалось отъ 30—100 штукъ папирозъ въ теченіе многихъ лѣтъ. Сифилисъ встрѣчается въ 6 случаяхъ изъ 27, слѣдовательно въ 22 % общаго количества. Въ 6 случаяхъ наблюдалась простуда. Въ одномъ случаѣ имѣлъ мѣсто *diathesis urica*, въ

двухъ травма, въ одномъ продолжительное употребленіе эрготина въ видѣ свѣчь отъ геморроя. Изъ инфекціонныхъ болѣзней чаще другихъ встрѣчается малярія. Занятія здѣсь, по-видимому, не играютъ роли; однако, профессіи, связанныя съ продолжительнымъ стояніемъ на ногахъ, часто попадаютъ среди больныхъ.

Относительно возраста, надо сказать, что до 30—40 лѣтъ это заболѣваніе встрѣчается не часто; самый молодой возрастъ былъ 26 лѣтъ.

Почти во всѣхъ раннихъ случаяхъ можно отмѣтить большія злоупотребленія алкоголемъ и табакомъ съ молодыхъ лѣтъ. Отъ 40—60 лѣтъ количество заболѣваній рѣзко повышается. Послѣ 60 лѣтъ оно падаетъ, что является вполне естественнымъ, т. е. склерозъ быстро сводитъ въ могилу.

Распределение болѣзни по возрасту.

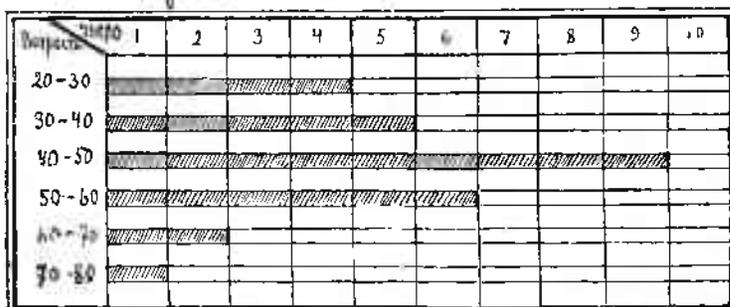


Рис. 2.

Обращаясь къ симптоматологіи даннаго страданія, я прежде всего долженъ обратить вниманіе на измѣненіе въ сосудистой системѣ. Почти во всѣхъ случаяхъ возможно найти склерозъ артерій. Можно провести параллель между временемъ наступленія симптомовъ и состояніемъ сосудовъ. У больного, явившагося черезъ 5 лѣтъ послѣ появленія первыхъ признаковъ заболѣванія, почти всегда можно констатировать полное отсутствіе пульса въ тыльной артеріи стопы. Съ другой сто-

роны, иногда уже годъ спустя прощупывается вмѣсто сосуда твердый склерозированный валикъ безъ всякаго признака пульсаціи. Возможно, что недостаточно внимательное отношеніе къ своей болѣзни и продолжающіяся злоупотребленія алкоголемъ и табакомъ ведутъ къ быстрому прогрессированію начавшейся склерозъ сосудовъ. Къ послѣдствіямъ такого атероматоза слѣдуетъ отнести подолгу незаживающія язвы и панариціи. Въ трехъ случаяхъ изъ 27 наблюдалась постепенно прогрессирующая гангрена пальцевъ ногъ. Очень часто можно найти общій атероматозъ и измѣненія со стороны сердца. Среди возможныхъ осложненій имѣютъ симптомы артеріосклероза мозга—головокруженія, головныя боли плохая память, и размягченія мозга, сопровождающіяся гемепарезомъ. Послѣднее наблюдалось въ 2 случаяхъ изъ 27.

Какъ исключеніе, наблюдается иногда несоотвѣтствіе между остротой наступленія симптомовъ и состояніемъ артерій. Особенно это бываетъ замѣтно, когда больной рано обратится за помощью.

Молодой человѣкъ 27 лѣтъ, фабричный, безъ особеннаго наследственнаго отягощенія, очень мало пившій и мало курящій не имѣвшій lues'a, 2 мѣсяца назадъ замѣтилъ появленіе боли въ ногахъ во время ходьбы. Боль достигла черезъ $\frac{1}{2}$ часа такой интенсивности, что онъ долженъ былъ остановиваться и отдыхать $\frac{1}{4}$ часа и $\frac{1}{2}$ часа. Больному пришлось подолгу работать въ 40^{ти}, цѣлый день таская по лѣсницѣ пачку. При объективномъ изслѣдованіи a. dors. pedis очень легко прощупывалась съ обѣихъ сторонъ, сосуды были мягки, сердце нормально

При оцѣнкѣ этого факта невольно является мысль, не зависятъ ли подобныя перемежающіеся приступы отъ спазма сосудовъ на почвѣ неврита, утомленія работой въ высокой t^o.

Подобная доброкачественная ангиоспастическая форма перемежающейся хромоты признается Orrenheim'омъ и Curschman'омъ и не разъ описывалось ими. Orrenheim наблюдалъ нѣсколько случаевъ, гдѣ на почвѣ подобной

ангиоспастической формы развивался уже стойкій склерозъ артерій. Pässler также описалъ (1906 г.) случай *dyskinetiae angioscleroticae* обѣихъ рукъ, гдѣ въ основѣ болѣзни лежалъ несомнѣнный спазмъ сосудовъ.

Чаще всего въ силу естественныхъ условій боли при данномъ заболѣваніи локализируются въ ногахъ. Онѣмѣніе и слабость въ рукахъ наблюдалась только въ двухъ случаяхъ. Боли носятъ тупой, ноющій характеръ; появляется столь характерное чувство онѣмѣнія и ползанія мурашекъ. Для появленія его иногда достаточно бываетъ сѣсть въ обычной позѣ со свѣщенными ногами; въ другихъ случаяхъ, связанныхъ съ гангреной, боль сильнѣе въ лежачемъ положеніи, и больной принужденъ спать сидя.

Часто можно отмѣтить похуданіе голеней, а въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ болѣзни обыкновенно настоящую атрофію мускулатуры. Соотвѣтственно развитію склероза наблюдается поражение нервовъ, что не является здѣсь рѣдкостью. Въ 6 случаяхъ изъ 27 наблюдалась ясная болѣзненность при давленіи *n. tibialis et n. peronei*. Въ одномъ случаѣ перемежающаяся хромота сопутствовала сухотѣ спинного мозга, въ другомъ невриту (случай д-ра Кононовой). Въ далеко зашедшихъ случаяхъ всегда удавалось констатировать пониженіе тактильной и температурной чувствительности, а иногда пониженіе или повышеніе болевой. Электровозбудимость была изслѣдована въ трехъ случаяхъ; она дала количественныя пониженія возбудимости на гальванической токъ и вяловатыя сокращенія. Сухожильные рефлексы часто бываютъ живые, а съ другой стороны въ 3-хъ случаяхъ было полное отсутствіе ахилловыхъ и пателлярныхъ рефлексовъ и въ 3-хъ случаяхъ пониженіе ихъ.

Такимъ образомъ, всѣ эти такъ часто встрѣчающіеся симптомы—отсутствіе коленныхъ и ахилловыхъ рефлексовъ, иногда несоотвѣтствіе между пульсомъ артерій и атрофіей мускулатуры, пониженіе чувствительности, болѣзненность нервовъ,

измѣненіе электровозбудимости—все это указываетъ, что страданіе нервныхъ стволовъ играетъ въ патогенезѣ заболѣванія не послѣднюю роль.

Нѣсколько времени тому назадъ мнѣ вновь пришлось наблюдать въ теченіе одного мѣсяца случай этой болѣзни, гдѣ перемежающая хромота развилась на почвѣ неврита.

Больной Ч—овъ, 49 лѣтъ, поступилъ въ первую клинику 30 іюня 1914 года съ жалобами на боли въ правой стопѣ, остраго характера, усиливающимися во время ходьбы и при лежаніи въ постели. Въ анамнезѣ значительное злоупотребленіе табакомъ и алкоголемъ съ 16—20 лѣтъ. Люет отриц. Въ 1900 г. появилась впервые боль по тракту n. ischiadici dextri съ ясными признаками неврита.

Болѣзнь продолжалась до 1902 года съ колебаніями и послѣ многихъ лечебныхъ процедуръ затихла. Однако время отъ времени вновь возникали обостренія болей, не достигая сильныхъ размѣровъ. 1½ года назадъ у больного появились боли въ правой стопѣ и голѣни; сперва случались только при ходьбѣ и проходили съ отдыхомъ, а съ апрѣля 1914 г. до того обострились, что не прекращались даже въ спокойномъ положеніи, и больной спалъ въ креслѣ.

При изслѣдованіи не обнаружено ясно выступающаго неврита по тракту сѣдалищнаго нерва, однако правые колѣнявый и ахилловъ рефлексы были вялые. На тылѣ правой стопы всѣ виды чувствительности были замѣтно понижены. Больной не различалъ здѣсь разницу въ 2½—3°. Электрочувствительность была такова: тылѣ лѣвой стопы 95. 85, тылѣ правой стопы 85. 70. Атрофій не было, но отмѣчалось общее разлитое похуданіе всей правой ноги. Движенія свободны и точны. Электровозбудимость:

	Фар. т.	КЗС.	АЗС.
n. peroneus	S. 100	1,2	3,5
	D. 100	0,8	1.2
m. extensor dig.	S. 90	2,0	3,2
comm. brevis.	D. 70	2,0	2,8
m. tibialis ant.	S. 87	3,0	4,5
	D. 84	4,0	5,5

Сердце нѣсколько увеличено. Артерія склерозированы. Пульсъ *art. dors. pedis dext.* почти не прощупывается. Въ остальныхъ органахъ безъ измѣненій. Кожа подвержена частымъ раздраженіямъ, неоднократно бывали сыпи, имѣется рѣзкій дермографизмъ. При сидѣчемъ положеніи ясный цианозъ и набуханіе венъ правой голени и стопы. Кромѣ этого, у больного уже съ недѣлю до поступленія въ клинику существовало на груди 4-хъ угольное пятно въ видѣ слѣда отъ мушки, красноватаго цвѣта, имѣвшее неровную поверхность, слегка выступавшее надъ уровнемъ здоровой кожи и сильно зудящее. Однако, на этомъ мѣстѣ не было ни давленія, ни мушки. Спустя три недѣли, уже во время пребыванія въ клиникѣ, у больного вновь образовалось совершенно такое же зудящее пятно на правой голени, которое было какъ бы наложено на бурый слѣдъ оставшійся отъ мушки, стоявшей здѣсь нѣсколько мѣсяцевъ назадъ. Размѣръ на шеѣ на груди и на голени былъ различенъ и не было основаній предполагать искусственное воспроизведеніе ихъ со стороны больного. Не оставалось сомнѣнія, что передъ нами причудливо—проявившееся нарушеніе дѣятельности вазомоторовъ, съ характеромъ *urticaria*. Орренгеймъ не разъ констатировалъ у родственниковъ больныхъ вазомоторными невритами подобныя явленія. Въ давномъ случаѣ сочетанія признаковъ неврита съ вазомоторными явленіями ярко подчеркиваетъ природу даннаго заболѣванія и выясняетъ его сущность. Дѣйствительно, леченіе, направленное противъ неврита—мѣстные грязевыя обкладыванія, свѣтотерапія и гальванизация—принесли здѣсь очень хорошіе результаты.

Въ литературѣ неоднократно встрѣчаются описанія, гдѣ *claudicatio intermittens* комбинируется съ пораженіемъ нервовъ. *Citruschman* описалъ комбинацію перемежающейся хромоты съ невралгіей *n. cutanei femoris txt.* Аналогичный случай сообщенъ *Higier*омъ. *Kognigumprf* наблюдалъ осложненіе *claudicatio intermittens* двухстороннимъ невритомъ *n. ischiadici* съ судорогами въ икрѣ и отсутствіемъ ахилловыхъ рефлексовъ. Не столь частую заболѣваемость нервовъ при этомъ страданіи указалъ въ своей недавней работѣ д-ръ

Штарверъ и, отричая ее, далъ подобнымъ случаямъ названіе *dishasia angiosclerotica polyneuritica* ¹⁾.

Является затрудненіе при рѣшеніи вопроса, чѣмъ вызвано подобное заболѣваніе нервовъ. Имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ самостоятельнымъ невритомъ или съ невритомъ артеріосклеротическаго происхожденія? Какъ склерозъ сосудовъ, такъ и невритъ могутъ возникать на одной и той же почвѣ, подъ вліяніемъ однихъ и тѣхъ же токсиновъ (lues, алкоголь, никотинъ); съ другой стороны невритъ можетъ здѣсь выступить, какъ вторичное явленіе. Невриты артеріосклеротическаго происхожденія признаются многими авторами. Облитерацію сосудовъ нервныхъ стволовъ нашли Dutil и Lamé въ одномъ случаѣ перемежающейся хроматы. Перерожденіе нервовъ при гангренѣ ноги было указано Рапаш'омъ.

Однако, не предѣлая почвы, на которой возникаетъ подобный невритъ, остановимся на томъ значеніи, которое онъ можетъ имѣть въ появленіи симптомокомплекса перемежающейся хроматы.

Здѣсь недостаточно, однако, суженія сосудистаго русла вслѣдствіе артеріосклероза. Простой склерозъ повелъ бы только къ спонтанной гангренѣ. Здѣсь нужно думать о живомъ участіи вазомоторовъ, на что между прочимъ указываютъ явленія анамнеза. Обращаютъ на себя вниманіе рѣзкія были, возникающія черезъ извѣстные промежутки времени или существующія постоянно. Оррнгеймер'омъ было высказано предположеніе объ участіи въ болевыхъ ощущеніяхъ нервовъ, входящихъ въ составъ сосудодвигательной системы. Но по произведеннымъ изслѣдованіямъ здѣсь поражаются также самыя нервныя стволы, и нельзя ли въ ихъ страданіи искать причину раздраженія вазомоторовъ. Проф. Муратовъ высказывается здѣсь за ангио-нейротическій рефлексъ, воз-

¹⁾ Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 45.

никающій отъ раздраженія болѣзненно перерожденнаго нерва ¹⁾. Смѣшанный нервъ, несущій вазомоторныя возбужденія какъ въ центробѣжномъ, такъ частью и въ центростремительномъ направленіи можетъ вліять черезъ *gami communicantes* и симпатическій аппаратъ спинного мозга на сосуды, вызывая ихъ спазмъ.

За возможность такого происхожденія перемежающейся хроматы говоритъ между прочимъ случай д-ра Кононовой, гдѣ явленія *claudicatio intermittens* наблюдались какъ начальный симптомъ неврита ²⁾.

Во всякомъ случаѣ подобныя наблюденія перемежающейся хроматы, осложненныя невритомъ, даютъ основаніе для этого заключенія.



¹⁾ Русскій врачъ 1912. № 32. Конференція врачей клиники.

²⁾ К. С. 1912. № 18.