

Из клиники нервных болезней (директор проф. И. И. Русецкий) Института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в г. Казани.

Сухотка спинного мозга по материалам клиник нервных болезней города Казани.

М. А. Неймарк.

Одним из актуальных вопросов невропатологии и специальной медицинской литературы является изучение сухотки спинного мозга. Обмен опытом в деле лечения, сравнительные данные по отдельным странам и слоям населения, изучение статистического материала позволяют нам судить о динамике этого заболевания, о выраженности и преобладании отдельных симптомов и форм. С другой стороны, данные многочисленных авторов о той или иной длительности инкубационного периода, о наличии или отсутствии первичных проявлений сифилитической инфекции и др. вопросы оставляют много сторон этого интересного заболевания недостаточно освещенными. В последние годы наше знакомство с гемато-энцефалическим барьером, с его изменениями при различных органических заболеваниях центральной нервной системы, данные о биологии бледной спирохеты, о так называемом латентном нервном сифилисе, о патогенезе табических кризов позволяют объяснить некоторые стороны клинической картины сухотки спинного мозга, остававшиеся до сего времени неясными.

Накопившийся в двух неврологических клиниках г. Казани большой статистический материал, впервые излагаемый ниже, дает возможность сделать попытку разрешения некоторых вопросов данного заболевания, но без окончательных выводов и обобщений.

Нами обработаны истории болезни и амбулаторные карточки двух клиник за время с 1890 по 1928 г. на 1213 человек—из амбулатории клиники нервных болезней Каз. мед. ин-та на 951 ч., из стационара той же клиники 170 чел. и из стационара ГИДУВ 92 чел.

Наши данные не отражают распространенность сухотки спинного мозга по Татарской республике, так как они включают большое количество больных, приезжавших из других областей для лечения в казанских клиниках.

Наш материал охватывает 963 или 79,3% мужчин и 250—20,7% женщин. По возрасту больные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Пол	Возраст					Итого
	20—29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет	
Мужчин	69	408	334	121	31	963
Женщин	28	101	83	30	8	250
Итого	97	509	417	151	39	1213

Преобладающим возрастом является 30—50 лет (926 случаев), что согласуется с данными других авторов. Среди больных 923 жителя города и 290 крестьян; среди тех и других преобладает возраст в 30—50 лет.

Кривая показывает распределение больных по годам, начиная с 1890, т. е. с момента функционирования нервной клиники Казанского мединститута. Верхняя кривая имеет сначала тенденцию роста, давая в 1903 году 56 случаев, наиболее высокую цифру за все 38 лет, но затем, несмотря на отдельные высокие зубцы, все же к 1928 году снижается до 14 случаев.

Подъем кривой в 1903 году нельзя полностью объяснить только увеличением числа случаев заболевания сухоткой спинного мозга. Можно предположить, что с постепенным увеличением наших знаний о заболевании и с более детальным изучением симптоматиологии табеса, улучшилась и углубилась правильность диагностики этого страдания центральной нервной системы.

За последнее десятилетие наблюдается явное падение кривой. С нашей точки зрения, совпадающей с мнением многих авторов, это есть результат новых методов активного лечения сифилиса. Сокращается не только общее число табиков, но почти исчезают тяжелые формы его, как например паралитические, сравнительно часто наблюдавшиеся раньше. Бумке (Bumke) отмечает уменьшение в период с 1911 по 1916 г. количества б-х табесом, принятых в стационар в гор. Лейпциге. Членов и Вольф отмечают все увеличивающееся количество абортив-



Кривая

ных форм табеса с симптомокомплексом, сильно уступающим обычным классическим формам, объясняя это изменением методики специфического лечения.

Некоторые особенности отмечаются при просмотре таблицы 2, указывающей распределение больных по возрасту в процентах.

Таблица 2.

Годы по десятилетиям	20—29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет
1890 1899	8,5	39,9	36,6	10,7	4,3
1900 1909	10,8	41,7	32,8	12,3	2,4
1910 1919	4,7	48,2	30,9	13,3	2,9
1920 1928	7,2	36,4	39,1	13,1	4,2

Как указывалось выше, наибольший процент за все 38 лет дают возрастные группы от 30 до 50 лет с амплитудой колебания от 48,2% до 30,9%. Группы: от 20 до 29 лет дают колебания от 4,7% до 10,8%; 50—59 лет—от 10,7% до 13,3% и 60—70 лет—от 2,4% до 4,3%. Этим самым подтверждается положение о большей частоте заболевания среди лиц среднего возраста.

Вейн и Гитман приводят данные о наибольшем числе случаев табеса и паралича в 35—45 лет, и меньшем—в 15—25 лет.

При просмотре нашего материала возникает вопрос о зависимости развития сухотки спинного мозга от ранее проведенного антисифилитического лечения и связи появления тех или иных признаков с проведенным и проводимым лечением. Настоящая работа не ставит себе целью разрешение или подтверждение тех или иных взглядов различных авторов на указанные взаимоотношения. Среди наших случаев заболевания табесом мы имеем указания на бывшую ранее инфекцию у 735 лиц (60,6%) и отрицающих люес в 478 случаях (39,4%). Другие авторы дают иные цифры; так, например, Вайн и Гитман приводят для последней группы 55%. Среди наших больных, имевших в анамнезе сифилитическую инфекцию, 60,8% б-ных проводили антисифилитическое лечение той или иной интенсивности, и 39,2% б-ных совершенно не лечились или лечились плохо, зачатую ограничиваясь одним курсом лечения. Распределение леченных и нелеченных случаев по годам дает таблица 3.

Таблица 3.

Годы	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Проводили лечение	—	—	—	7	30	10	28	14	18	16	34	14	26	53	38	58	40	46	48	27
Не лечились	15	14	63	55	55	60	37	45	37	55	24	48	35	19	26	13	20	9	29	20

Годы	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Проводили лечение	22	36	56	48	56	46	50	32	77	64	60	54	47	34	27	42	50	18	29
Не лечились	22	27	12	20	2	17	11	17	11	11	6	13	10	9	29	18	20	22	23

Здесь еще более ярко видно преобладание в течение последних лет числа лечившихся над числом больных, не проводивших специфического лечения. С 1901 года кривая леченных случаев неуклонно идет вверх, это, по видимому, объясняется тем, что за последние десятилетия вообще сократилось число больных, не подвергавшихся специфическому лечению.

Можно считать, что число лиц, отрицающих люес, за время, представленное нашим материалом, держится на одном уровне—амплитуда колебания от 36 до 42%. Малыкин приводит для случаев, не проводивших лечения 60,5%, Вайн и Гутман приводят только 14% получивших в прошлом энергичное специфическое лечение.

В обработанном нами материале удалось отметить некоторые детали продолжительности латентного периода. Большинство авторов считает этот период равным 5—10 годам, допуская отклонения в ту или другую сторону. Описаны случаи появления первых и довольно бурных симптомов через 2—3 года после сифилитической инфекции. Известны случаи, где первые симптомы появились через 20—30 лет. Миртовский приводит интересные соотношения между возрастом больных и инкубационным периодом. По его данным, максимальный инкубационный период в 15,5 лет падает на лиц, заразившихся сифилисом в возрасте 20—25 лет; наоборот, минимальный период от 8 до 11 лет—на лиц, инфицированных в возрасте 30—40 лет. Случаи нелеченные имеют самый длительный срок инкубации. Наш материал подтверждает мнение большинства авторов, как видно из таблицы 4, где латентный период представлен промежутком времени от 1 до 30 лет. Но мы относимся критически к указаниям, определявшим латентный период равным 1 году. Вообще в эту таблицу вошло всего 368 случаев, так как не во всех амбулаторных карточках, и даже не во всех историях болезни имеются достоверные сведения о времени появления первых симптомов заболевания. Обращает на себя внимание, что большинство случаев имеет продолжительность латентного периода в 10 лет. В возрастной группе в 60 и старше лет имеются 5 случаев, где инкубационный период более 30 лет.

Продолжительность латентного периода

Таблица 4.

Годы	В о з р а с т									
	20—29		30—39		40—49		50—59		60—69	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
1.	2	—	2	—	2	—	—	—	—	—
2.	2	—	3	—	—	—	1	—	—	—
3.	2	—	9	1	1	1	1	—	—	—
4.	3	1	10	1	5	—	1	—	—	—
5.	6	—	13	2	5	—	1	—	—	—
6.	7	—	15	2	5	—	—	1	—	—
7.	—	1	11	1	10	—	3	—	—	—
8.	3	—	19	3	7	—	1	—	—	—
9.	—	—	15	3	6	1	1	1	—	—
10.	—	—	19	2	11	3	4	4	—	—
11.	—	—	5	7	—	2	—	—	—	—
12.	—	—	10	—	4	—	—	—	—	—
13.	—	—	2	—	9	4	3	1	—	—
14.	—	—	7	—	5	—	3	1	—	—
15.	—	—	4	—	—	1	—	1	—	—
16.	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—
17.	—	—	1	1	5	—	2	—	—	—
18.	—	—	—	—	4	—	2	—	—	—
19.	—	—	1	—	3	1	—	—	1	—
20.	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—
21.	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
22.	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—
23.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
24.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
26.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27.	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
28.	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
29.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
30 и выше	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1

Обращаясь к клинической стороне наших случаев, приходится ее несколько ограничить, т. к. желание дать однообразный материал заставило производить из амбулаторных карточек и из стационарных историй болезни одинаковые выборки; поэтому будут затронуты только отдельные наиболее выраженные симптомы: кризы, трофические расстройства, анизокория, рефлекторная неподвижность зрачков.

В просмотренных амбулаторных карточках и историях болезни мы встретили указания на кризы у 28 больных, трофические нарушения у 3 больных, артропатии у 23 больных, анизокорию у 627 человек, понижение зрения различной степени у 329 человек, из них у 8 полная потеря зрения; полная неподвижность зрачков отмечена у 73 человек, симптом Аргиль-Робертсона у 236 больных, параличи различных периферических нервов у 33 человек; в 9 случаях наряду с другими симптомами встречалось и понижение слуха. Во всем обширном материале мы могли отметить только 7 больных, не имевших возможности передвигаться самостоятельно, и только у 5 человек была

особо выраженная резкая атаксия рук и ног. В клинической картине хотелось бы отметить еще один факт, а именно, что у больных более молодого возраста, у которых латентный период был равен 2—3 годам, имелись более бурные и более обширные проявления заболевания, так, например, у молодого человека 28 лет отмечена полная потеря зрения, у другого больного, тоже в возрасте 28 лет, к полной потере зрения присоединились сильные стреляющие боли. С другой стороны у больного 67 лет, заразившегося люесом 12 лет тому назад, имелся незначительно выраженный табес. Некоторое объяснение вышеизложенному можно дать на основании работ сотрудников нервной клиники ГИДУВ Попова и Александровой о гемато-энцефалическом барьере. Эти авторы, подтверждая мнение Вольтера, утверждают, что максимальная проницаемость барьера для иода сочеталась с резко выраженной клинической картиной сухотки спинного мозга и быстрым ее развитием, Вольтер отметил то же относительно проницаемости барьера для брома.

В заключение мы можем отметить, что наш материал подтверждает следующее: заболевание сухоткой спинного мозга, начиная с первых лет настоящего столетия уменьшается, благодаря проводимому в настоящее время специфическому лечению; уменьшается также и число тяжелых форм заболевания.

Поступила 22/VI 1937.

Из терапевтического отд. Астраханского физиотерапевтического ин-та (директор института проф. Г. В. Первушин).

К клинике сифилиса желудка.

В. В. Кряжмский.

Несмотря на частые случаи висцерального люеса, сифилис желудка еще не так давно диагностировался весьма редко. Со времени Андраля, описавшего впервые сифилитические поражения желудка, накопилось достаточно как клинического, так и патолого-анатомического материала. За последнее время вопрос о висцеральном сифилисе получил яркое освещение при систематизации материала в ценных работах, как у клиницистов других стран, так и у нас, особенно в работах Лурия, Гаусман, Коган-Ясного, Тоцкого и др.

С целью всестороннего изучения клиники сифилиса желудка приводим наблюдавшиеся нами случаи.

1. Больной Б-н, 29 лет, бухгалтер, поступил в клинику ФТИ 23/V 1936 г. с жалобами: резкие боли в подложечной области и в области пупка, чаще вскоре после приема пищи, иногда тупые боли натошак. Небольшая отрыжка тухлыми яйцами. Больным себя считает 8 м-цев.

Со стороны наследственности ничего особенного не отмечается. Указаний на люес нет. Женился 24 лет, детей не имеет, жена здорова.