

К вопросу о *neurolyues'e*.

Д-ра Д. Л. Зайделя.

Еще во время *Virenow'a*,—по свидетельству проф. М. И. Молчанова (1).—было известно, что сифилитическая инфекция склонна локализоваться одновременно в разнообразных тканях организма и, в частности, в нервной системе склонна поражать одновременно различные ее отделы,—и периферические нервы, и оболочки, и самую субстанцию мозга. Молчанов объясняет наблюдавшиеся им случаи сифилитического полиомиелита без участия спинномозговых оболочек проникновением инфекции сосудистым путем, что согласуется с господствующим теперь взглядом *Sicard'a* о занесении возбудителя сифилиса (*Spir. pallida*) по кровеносной системе в первую ткань. По *Kurle* (2) очень скоро (еще в первичном периоде) после заражения могут наступить изменения спинномозговой жидкости, указывающие на внедрение спирохэт в мозговые оболочки. *Fordyce* (3) полагает, что заражение нервной системы наступает большею частью в течение общего рассеяния вируса. *A. Keidel* (4), ссылаясь на эксперименты *Brown'a* и *Pearce'a* и собственные клинические наблюдения, отмечает регулирование реакции центральной нервной системы на сифилитическую инфекцию предшествующими тканевыми реакциями в др. частях тела. *H. Hazen* (5) допускает в этиологии нервного сифилиса участие пропускной способности *plexus chorioidei*. Новейшие работы *Richter'a* (6) и *Hassin'a* (7) в области изучения *tabes'a* подтвердили точку зрения *I. Nageotte'a* (1894 г.) на исходный пункт табического процесса: первичное явление при спинной сухотке—корешковый интерстициальный неврит в месте соединения переднего и заднего корешков. *Richter* при этом утверждает, что табические изменения обуславливаются описанной им грануляционной тканью из фибробластов (он находил в ней спирохэты). *Jacob* и *Hassin* не находили такой грануляционной ткани и, в противоположность *Richter'y*, считают спинальный менингит постоянным явлением при *tabes'e*. Пр. Л. В. Блумену (8), исследовавший свежий случай *tabes'a*, подтверждает открытие *Nageotte'a* и присоединяется в отношении природы очагов и участия оболочек к мнению *Richter'a*. *Spielmeier* (9) рассматривает изменение заднего корешка при *tabes'e*, при наличии изменений в корешковом нерве, как самостоятельную дегенерацию. По *A. Hauptmann'y* (10), возникающие при *metalyues'e* в крови токсические вещества (источником которых являются спирохэты) переходят в спинномозговую жид-

*) Доложено в Медич. Обществе при Пермском Гос. Ун. 19/II 1925 г.

кость и затем поражают центральную нервную систему. E. Sclarg (11) предполагает при *tabes'e* сифилитическое поражение и вегетативной нервной системы, на что указывают половое бессилие, кризы и трофические язвы табетиков. Рефлекторную неподвижность зрачков, которая по Hess-Thaysen'у (12) в 95% случаев стоит в причинной связи с *lues'ом*, Hess-Thaysen объясняет поражением конечных разветвлений зрачковых волокон или Meinert'овского перекреста. E. Redlich (13) усматривает причину вышеупомянутого явления в менингитическом процессе в *aquaeductus Silvii*.

Ознакомление с современными воззрениями на пато- и гистогенез сифилиса центральной нервной системы делает понятным важность для раннего распознавания этого поражения, наряду с тщательным клиническим исследованием, и лабораторного исследования спинномозговой жидкости. В этом смысле недавно высказался J. Jadasson (14).

Тот минимум лабораторного исследования больных, которым можно считать 4 реакции—*Nonne*, *RW* с кровью и спинномозговой жидкостью, исследование этой жидкости на белок и цитологическое, далеко не всегда могли проводиться в Пермской Нервной клинике вследствие материальных затруднений, и это ограничило программу разработки клинического материала.

За время с I/I 1922 г. до I/VI 1924 г. подверглось наблюдению и лечению в клинике 48 больных с сифилисом центральной нервной системы (в это число вошли лишь те пациенты, которые находились в клинике достаточно продолжительное время, причем люэтический характер заболевания у них не вызывал сомнений); $\frac{2}{3}$ их (32) были табики, затем следуют 8 больных с *lues medullae spinalis*, 7—с *lues cerebri* и 1—с *paralysis progressiva*.

Женщин среди табиков было 5, в числе прочих больных—3. Средний возраст табик в—41 г., минимальный—31, максимальный—60; средний возраст остальной группы больных—39, миним.—28 (случай прогр. паралича), макс.—52. Не состояло вовсе в браке из всех больных 5 чел. Среди больных преобладали жители сельских местностей—землепашцы.

У 6 табиков отмечены в анамнезе острые инфекции (тиф); курение и алкоголизм выразились в такой же цифре; физическая травма, тяжелые нервные заболевания и простуда насчитывались по 3. Во второй группе физическая травма и острые инфекции указаны по 3 раза, тяжелые нервные заболевания—дважды.

Lues отрицала треть всех больных. Давность заражения *lues'ом* (до начала настоящей болезни) колебалась при *tabes'e* от 1 $\frac{1}{2}$ до 45 лет, в среднем равняясь 14 лет, в др. случаях *neurolues'a* она колебалась от 1 $\frac{1}{2}$ до 15 л., в среднем равняясь 9 годам. $\frac{3}{4}$ случаев *tabes'a* были плохо или совсем не лечены, прочие невросифилитики также не пользовались достаточным лечением; в частности сальварсан применялся редко и скудно.

Заканчивая разбор анамнестических данных, отмечу, что *tabes* у наших больных развивался обычно постепенно (от нескольких месяцев до 10 лет), причем начинался слабостью, мозжением и стреляющими болями в нижних конечностях, ломотой в пояснице, часто расстройством мочеиспускания. *Lues medullae spinalis* протекал обычно подостро, начинаясь слабостью в ногах, иногда болями и парестезиями в них и спине.

растройствами мочеиспускания. В отличие от вышеупомянутых заболеваний паралич при *lues cerebri* возникал быстро (от нескольких минут до нескольких часов), хотя приблизительно в $\frac{1}{2}$ случаев ему предшествовали длительные головные боли, трясение в соответствующей половине тела; в 2 случаях инсульт был повторным.

При объективном исследовании случаев *tabes'a* отмечались, как постоянные явления, с *Romberg'a*, резкая атаксия верхних конечностей, ослабление (или отсутствие) коленных и Ахилловых рефлексов, более или менее выраженный симптом *Argyll-Robertson'a*, расстройство мышечного чувства в ножных пальцах: почти в $\frac{1}{2}$ случаев наблюдались корешковые расстройства чувствительности (обычно гипестезия и гипалгезия), преимущественно в области поясных и крестцовых корешков, и *anisocoria* (сверх того трижды—миоз), в $\frac{1}{3}$ —атрофия зрительных нервов (б. ч. неполная), в $\frac{1}{4}$ —расстройства мочеиспускания, в 3 сл.—параличи глазных мышц (не считая легкого птоза), в 2—желудочные кризы. В $\frac{1}{3}$ случаев *tabes'a* RW крови и спинномозговой жидкости была отрицательная (сюда отнесены и реакции с одним +),—это касается тех случаев, где были проделаны обе реакции (около $\frac{1}{2}$ случаев *tabes'a*). При отрицательной RW давность заражения была различна ($1\frac{1}{2}$ —10 л.), лечение было б. ч. недостаточным, причем салварсан совершенно не применялся.

Lues medullae spinalis выражался спастическим парезом нижних конечностей спинномозгового типа, при наличии повышенных сухожильных рефлексов, р. *Babinsk'oro*, *Oppenheim'a* и др. признаков поражения пирамидного пути, при простой мышечной атрофии; при этом отмечалось понижение тактильного, t^0 и болевого чувства в нижних конечностях и нижней части туловища не выше сосков; 1 случай был *Brown-Sequard'овского* типа; в 2 случаях, где имелись с Кернига, легкая ригидность мышц затылка, повышенное давление liquor'a, усталовливался менинго-миэлит; дважды отмечалась *anisocoria*; в $\frac{1}{2}$ случаев (из 8) RW liquor'a и р. *Nonne-Apelta* были положительны.

При *lues cerebri* имелась налицо картина спастической гемиплегии с парезом, в большей части случаев, соответствующего лицевого нерва, с гипестезией и гипалгезией обычного типа, с симптомами поражения пирамидного пути, с явлениями простой мышечной атрофии; в 3 случаях (из 7) у больных отмечалось заметное ослабление интеллекта, в 2—моторная афазия и в 1—дизартрия; RW liquor'a была в 2 случаях резко положительной (при положительной RW крови), в 2—была положительная RW крови.

В случае прогрессивного паралича установлены были *adiadochokinesis*, легкой *Romberg*, живые коленные рефлексы, симптом *Argyll-Robertson'a*, дизартрия—спотыкание на слогах, расстройство письма, ослабление интеллекта; RW крови и liquor'a и р. *Nonne-Apelta* были резко положительны, плеоцитоз—59.

За время пребывания больных в клинике, у табиков наблюдались колебания главным образом в отношении их субъективного состояния, реже отмечались изменения в чувствительных и пузырьных расстройствах. Если придерживаться условного деления *tabes'a* на 3 периода, то в наших случаях определялся атактический период. Соответственно выраженной клинической картине *tabes'a* у больных существовали, очевидно, дегене-

ративные изменения в задних столбах, задних корешках, спинномозговых узлах, а также в черепномозговых нервах и их ядрах; нельзя исключить и некоторого участия в болезненном процессе со стороны серого вещества (задних рогов, столбов Clarke'a, передних рогов).

В случаях сифилиса спинного мозга можно было констатировать затяжное течение, с временными улучшениями в смысле самочувствия, с постепенным улучшением двигательной способности, тазовых органов (мочевого пузыря) и общей чувствительности. Болевые ощущения в спине, опоясывающие боли, отдающие в нижние конечности,—все это указывало на некоторое участие в болезненном процессе,—образовании гуммозных инфильтратов,—помимо мозгового вещества (главным образом боковых столбов) также оболочек и задних корешков, не говоря уже о 2 случаях, обозначенных, как случаи менинго-миелита; характер рефлекторных расстройств и верхняя граница чувствительных являлись доказательствами поражения грудного отдела.

У больных с сифилисом головного мозга отмечалось б. ч. медленное улучшение произвольных движений и общей чувствительности. В виду наличности гемиплегий, соединенных с парезом соответствующего лицевого нерва. причем заболевание развивалось в короткое время, можно высказаться в пользу поражения сосудистого (артериального) аппарата в области *capsulae internae*. В тех случаях, где имелись предвестники, и параличи возникали сравнительно небыстро (несколько часов, день), был установлен тромботический процесс, в остальных произошел, очевидно, разрыв сосудов на почве хронического заболевания их.

Для лечения сифилиса центральной нервной системы J. J a d a s s o n (15), как и большинство авторов, рекомендует комбинированную сальварсано-ртутную терапию, как наилучшую. Т. наз. *Mischspritze*, или метод *Linser'a* (смесь растворимых Sa-и Hg-препаратов) он считает недостаточным испытанным для широкого применения; в этом же смысле высказываются *Hoffman* и *Stempel* (16). Г. В. Робустов (17) отмечает могучее терапевтическое действие Sa на проявления *tabes'a*, кроме рефлекторных выпадений, и считает возможным применение интралюмбальной терапии лишь при безуспешности общей специфической терапии. R. Krefting (18) лечил успешно мозговую сифилис (и *tabes*) исключительно сальварсаном. Пункция *cisternae magnae* (CP), благоприятное действие которой отмечает M. Pfister (19), требует, по мнению *Eskuchen'a* (20), известной осторожности. По *Purves-Stewart'y* (21), при паренхиматозном нервном сифилисе не следует игнорировать интралюмбального и интракистернального методов. *Fordyce* (22) является сторонником интралюмбального лечения *neurolyues'a*. Интенсивное антисифилитическое лечение сифилиса центральной нервной системы возможно, по мнению L. Rofer'a (23), и в амбулаторной практике, при достаточной осторожности; при *tabes'e* этот автор рекомендует длительное применение малых доз Neo-и Neosilber-Sa.

Висмут, предложенный *Sazerac'ом* и *Levaditi* (24) и испытанный *Fournier* и *Guénot* в 1921 г. на больных, получил за границей значительное применение в качестве антисифилитического средства. Там имеются уже десятки висмутовых препаратов, и накопилась обширная литература. *Kolle* (25), изучавший действие висмута и его соединений клинически и экспериментально, отрицает его прямое действие на спиро-

хаты и считает его пригодным лишь в комбинации с Sa или для последовательного лечения.

J. Citron (26), считая висмут сильным антилюэтическим средством, рекомендует для лечения *neurolues'a* спирибисмол (метал. висмут, под и хинин). В пользу названного средства высказывается и М. Е. Колпакчи (27). По быстроте действия на сифилитические явления, на исчезновение спирохэт и на RW, висмут (бисмогенол) занимает, по G. Jahnke и E. Schäcker'y (28), среднее место между Hg и Sa. Превосходство в отношении антисифилитического действия Sa над висмутом отмечает и Grygiel (29), приравнивающий последний к ртути. В своем обзоре лечения висмутом Е. С. Залкинд (30) констатирует, что, по большинству авторов, действие висмута на клинические явления сифилиса сильнее, чем Hg, но слабее Sa.

В виду того, что заграничные висмутовые препараты не получили у нас широкого применения, большое практическое значение приобретают сообщения о русских висмутовых препаратах. А. А. Брычев (31) отмечает равноценное с треолом действие Bi bitartarici (в 10⁰/₀ масл. взвеси). Пр. Н. С. Эфрон и д-р М. А. Разентул (32) установили несомненное терапевтическое действие на симптомы сифилиса в общем состоянии больных со стороны примененного ими салициловокислого висмута (в 20⁰/₀ взвеси).

Для профилактики *neurolues'a*, в особенности т. наз. *metallues'a*, важное значение имеют указания Finger'a и Kyrle (33) на необходимость энергичного салварсанного лечения (с Hg salicyl.) раннего сифилиса (начальных стадий вторичного периода) и рекомендуемая Gennepich'ом (34) (при первом появлении патологических изменений в спинномозговой жидкости) эндолюмбальная терапия.

На I Всероссийском Венерологическом Съезде сторонниками abortивного лечения выступили М. О. Лапин (35) и А. А. Фельдман (36), считающие необходимым последующий контроль крови и liquor'a.

RW при abortивном лечении требует, по Spiethof'y (37), особого внимания. Проф. Г. И. Мещерский (38), выдвигая на первый план в этиологии первого сифилиса, взамен воскрешенной Levaditi, Marie и др. старой гипотезы о *virus nervosus*, роль конституций, почвы, рекомендует обращать внимание на надлежащую гигиену больного, на борьбу с его нервностью. S. Auerbach (39) в целях профилактики *metallues'a* предлагает применять возбуждающие гиперэмию кожи средства у тех люэтиков, у которых кожные явления отсутствуют или слабо выражены (первые 9 недель).

При угрожающих сифилитических церебральных поражениях незаменим, по проф. П. А. Павлову (40), способ внутривенных впрыскиваний 1⁰/₀ раствора HgCy (разбавленного втрое).

Курс лечения, проводившийся в Пермской Нервной клинике, состоял обычно из 40 внутримышечных впрыскиваний 1⁰/₀ раствора салициловой ртути (или подкожных—цианистой ртути) и 3 внутривенных вливаний неосальварсана по 0,45 (реже по 0,6),—препарат этот отпущался клинике в малых количествах,—а также из дачи подистого калия (или иодной тинктуры). При *tabes'e* применялись сверх того водяные ванны, при сифилисе спинного и головного мозга—отвлекающие на кожу, при менингеальных явлениях—люмбальная пункция. При далеко зашедшей

атрофии зрительных нервов ртуть заменялась 10⁰/₀ раствором Na nitrosi (0,5—1,0 pro dosi подкожно).

Исход заболевания выразился у табиков в улучшении субъективного состояния (уменьшение болей) приблизительно в $\frac{1}{2}$ случаев, в отдельных случаях облегчались атактические и пузырьные расстройства. При сифилисе спинного мозга отмечались, помимо улучшения самочувствия, небольшое улучшение двигательной способности и ослабление расстройств в тазовых органах (пузыре). В случаях сифилиса головного мозга достигался больший объем произвольных движений и некоторое улучшение общей чувствительности; психическое состояние в 2 случаях ухудшилось, что вызвало перевод больных в Психиатрическую лечебницу. В случае прогрессивного паралича произошло небольшое улучшение атактического и речевого расстройств.

Из приведенного разбора клинического материала и краткого обзора современной литературы по данному вопросу можно, повидимому, сделать следующие выводы:

1) Недостаточное и нерегулярное лечение, предшествовавшее поступлению наших больных в клинику, явилось главным фактором сифилитического поражения их нервной системы; некоторое этиологическое значение, особенно в отношении *tabes'a*, имели также алкоголизм, простуда и др. вредные моменты.

2) Скромный результат лечебного вмешательства у наших больных объясняется большою запущенностью у них невросифилитических явлений. частью же, особенно в случаях *tabes'a*,—недостаточно энергичным салварсанным лечением.

3) Лечение сифилиса центральной нервной системы должно быть систематическим, с дачей салварсана в достаточном количестве и регулярным контролем крови и *liquor'a* (RW, осадочные реакции, цитологическое исследование).

4) В целях профилактики нервного сифилиса, а в особенности *metallues'a*, необходимо регулярное исследование *liquor'a* в ранних стадиях сифилиса и, в случае патологических находок, энергичное специфическое лечение под контролем *liquor'a*; все это осуществимо лишь при условии близкого сотрудничества венерологов и невропатологов.

5) Некоторую роль в предупреждении сифилиса центральной нервной системы может сыграть и нервно-психическая гигиена люэтиков. укрепление их нервной системы и вообще всего организма.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Вен. и Д., 3, 1924.—2) Сифилис, изд. Пр. Мед., 1923.—3) Zbl. f. d. g. Neur. u. Ps., Bd. XXXVIII, N. 5/6, 1924.—4) Zbl. f. d. g. Neur. u. Ps., Bd. XXXVI, N. 2—3, 1922.—5) Zbl. f. N. u. G. Krankh., Bd. VIII, N. 5/6, 1923.—6) Arch. f. Psych., Bd. 67.—7) Arch. f. Psych., Bd. 65.—8) Журн. для усоверш. вр., 1, 1923.—9) Zbl. f. d. g. Neur. u. Ps., Bd. XXXVIII, N. 5/6, 1924.—10) D. m. Woch., 43, 1924.—11) Zbl. f. N. u. G. Krankh., Bd. VIII, N. 5/6, 1923.—12) Med. Kl., 22, 1924.—

- 13) D. m. Woch., 44, 1922.—14) Вр. Газ., 4, 1924.—15) D. m. Woch., 1, 1922.—16) M. m. Woch., 38, 1924.—17) Вен. и Д., 4, 1924.—18) D. Zschr., Bd. 96, H. 1, 1922.—19) M. m. Woch., 19, 1924.—20) Zbl. f. d. g. Neur. u. Ps., Bd. XXXVIII, H. 5/6, 1924.—21) Zbl. f. d. g. Neur. u. Ps., Bd. XXXI, H. 5/6, 1923.—22) Ibid.—23) M. m. Woch., 51, 1923.—24) D. m. Woch., 1, 1922.—25) D. m. Woch., 44, 1924.—26) Med. Kl., 22, 1924.—27) Вр. Газ., 23, 1924.—28) Med. Kl., 22, 1924.—29) Ibid.—30) Журн для усоверш. вр., 7—8, 1924.—31) Вен. и Д., 5, 1924.—32) Ibid.—33) Arch. f. Derm. u. S., Bd. 138, 1922.—34) M. m. Woch., 39, 1923; 42, 1922.—35) Вен. и Д., 5, 1924.—36) Ibid.—37) D. m. Woch., 44, 1922.—38) Вен. и Д., 5, 1924.—39) Arch. f. Ps., Bd. 67.—40) Вен. и Д., 5, 1924.
-

D-r D. L. Saïdel (Perm). Sur la question du neurolues.

L'auteur a examiné 48 cas de syphilis du système nerveux central dans la clinique neurologique de l'Université de Perm (prof. V. P. P e r v o u s h i n). Dans ce nombre il y avait: 32 cas de tabes, 8 cas de syphilis cérébrospinale, 7—de syphilis cérébrale et un cas de paralysie générale. L'étude de ces cas a amené l'auteur aux conclusions suivantes: 1) Un traitement médical précédant insuffisant et irrégulier était le facteur principal de l'affection syphilitique du système nerveux; dans les cas de tabes avaient une signification étiologique l'alcoolisme, le refroidissement et d'autres moments. 2) Les résultats insignifiants de la médication spécifique s'explique, d'après l'auteur, par l'ancienneté des troubles nerveux et d'autre part, surtout dans les cas de tabes, par l'application insuffisante de salvarsan. 3) Le traitement de la syphilis nerveuse doit être systématique, avec une application suffisante de salvarsan et un contrôle regulier du sang et du liquor (R. W., réactions sédimentaires, cyto-diagnostic). 4) Dans les buts de prophylaxie de la syphilis nerveuse, surtout dans le cas de metalues, les recherches régulières du liquor sont indispensables pour les périodes primaires de la syphilis: et dans des cas des résultats pathologiques un traitement spécifique énergique s'impose; ce qui est réalisable à la condition d'une collaboration intime des vénérologistes et neurologistes. 5) Un certain rôle préventif peut avoir l'hygiène neuro-psichique chez des neurosyphilitiques et les médicaments fortians.
