Инфекционные психозы.

(Предварительное сообщение*).

Е. И. Курдюмовой.

Эпидемии 1918—1922 гг., охватившие огромные пространства Советского Союза, дали очень большое число душевных заболеваний, развившихся после инфекционных болезней, и теперь как раз время подвести итоги и сделать выводы из этого большого материала.

До сих пор об инфекционных психозах мы знаем очень мало: мы до сих пор не знаем, что скрывается под этим именем, и суть-ли психические растройства, развивающиеся при острых болезнях, только отдельные психопатологические синдромы, только реакции мозга на инфекцию, которые могут иметь место и при других душевных заболеваниях, или же они складываются в отдельную нозологическую единицу, имеют определенную структуру психоза с определенной этиологией, течением и исходом, с определенной клинической симптоматологией и патогенезом. То, что мы находим в учении об инфекционных психозах, это—главным образом описание отдельных клинических симптомов или синдромов болезни, но даже и клиническая симптоматология для нас еще несовсем ясна, и до сих пор не установлено, какие же симптомы действительно свойственны инфекционному психозу, и в чем их отличие от таковых же симптомов, наблюдаемых при других душевных заболеваниях.

Материалом для выводов послужили мне случаи инфекционных психозов, имевших место за последние годы в Томской и Казанской окружных психиатрических лечебницах и Психиатрической клинике Казанскаго Университета,—всего 125 случаев; кроме того, мною собран казуистический материал из литературы в количестве 214 случаев, описанных различными авторами.

*) Сообщение сделано в Обществе Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете в мае 1923 г.

Психические растройства при инфекционных заболеваниях были известны давно, как психиатрам, так и терапевтам. Наиболее изученным являлось то бредовое сумеречное состояние, развивающееся во время лихорадки и известное под именем лихорадочного бреда, подробное описание которого было дано Liebermeister'ом. В дальнейшем стали изучаться психические растройства, наблюдающиеся во время падения температуры, в периоде выздоровления и после выздоровления, и соответственно этому возникла та хронологическая классификация, которая держится и до настоящего времени. Впервые эту классификацию ввели Vuillemini и Nasse для психозов после брюшного тифа. Все последующие авторы также стали классифицировать инфекционные психозы по различным периодам болезни. Так, Marandon de Montyel и Rougé выделяют после тифа: 1) фебрильные психозы, 2) психозы выздоровления и 3) психозы после тифа—delire posttyphique mediate и delire posttyphique immediate (психозы, непосредственно или спустя некоторое время следующие за тифом). Regis говорит, что психические растройства появляются при инфекционных болезнях в 4 различных момента: вначале болезни (прежде всех других симптомов), втечение высокой t^0, в фазе падения t^0 и в фазе выздоровления; соответственно этому разновидности психозов делятся им на 2 группы: 1) психозы острого периода—a) префебрильные и b) фебрильные и 2) психозы периода окончания—a) психозы падения t^0 и b) психозы выздоровления. Kraepelin в последних своих воззрениях на патогенез инфекционных психозов выдвигает, в качестве главного фактора, инфекцию, отвергая у лихорадки и истощения их самостоятельное патогенетическое значение, вследствие чего delirium collaps'a и amenti'ю он переводит из психозов истощения в группу инфекционных психозов. Впрочем в последней классификации Kraepelin'a мы находим прежнее деление психозов на лихорадочные, инфекционные и послеинфекционные психические растройства, имеющие самостоятельное развитие и течение. В частности он различает среди инфекционных психозов: 1) лихорадочный бред, 2) инфекционный бред: a) инициальный бред, b) delirium acutum, c) delirium collaps'a, 3) психические растройства послеинфекционнаго периода.

Что касается тех состояний и форм, в которых выражаются инфекционные психозы, то этот вопрос будет темой моего отдельнаго сообщения, здесь же скажу лишь кратко, что различные авторы описывают самые различные состояния, в которых выражаются инфекционные психозы. Лишь относительно лихорадочных психозов большинство авторов согласно в том, что они выражаются в форме делирия.

Вопрос о том, что представляют из себя психические растройства, развивающиеся вслед за инфекцией, как уже мною отмечено выше, до настоящаго времени не решен. Одни авторы (Regis, Rougé, Ballet, Anglade и др.) рассматривают эти состояния, как самостоятельные психозы, другие, называя их „психозами", в то же время смотрят на них, как на реактивные состояния. Так, Корсаков говорит, что психические состояния после острых инфекций—не психозы, а отдельные психопатологические состояния. Bonhöffer считает их формами реагирования мозга на инфекцию. Kraepelin заявляет, что фигурирующие в его классификации формы—пока только синдромы, „так как, к сожалению, мы пока.... не знаем общего склада болезни, соотношения частичных явлений между собою, характера развития, течения и исхода". Многочисленные наблюдения последнего времени дают нам возможность заполнить эти пробелы и подойти к пониманию структуры психоза в границах, очерченных Kraepelin'ом. В настоящее время мы можем рассматривать психические растройства при инфекционных болезнях, как самостоятельные психозы с определенной этиологией, течением и исходом, с определенной клинической картиной, патогенезом и патологической анатомией. Дальнейшее изложение и будет проведено в порядке нозологического определения психозов.

Относительно этиологии известно, что почти все острые инфекционные заболевания могут вызывать психические растройства, причем раньше, до широкого распространения сыпного тифа, на первом плане в этом отношении стоял брюшной тиф, затем следовали инфлюенца, рожа, ревматизм. В настоящее время первенство от брюшного тифа перешло к сыпному. Гиршберг указывает, что он наблюдал делирий во всех случаях заболеваний этим тифом. При возвратном тифе, напротив, психические растройства, повидимому, встречаются нечасто: из обследованных мною в Заразном госпитале в Казани 70 больных возвратным тифом душевное растройство наблюдалось лишь у двух, что составляет около 3%. Что касается общего количества инфекционных психозов, то раньше оно, по различным статистикам, определялось в 1,5%—2% общего количества душевных больных, производимые же мною в Томской Психиатрической лечебнице втечение года ежемесячные подсчеты показали, что средняя ежемесячная цифра больных с инфекционными психозами равнялась 11% общего количества душевнобольных.

По возрастным группам мои 125 случаев распределяются так: от 15 до 20 л. было 23 больных, от 20 до 30 л.—64, от 30

до 40 л.—36 и от 40 до 50 л.—2 чел. т. е., стало быть, главное число психозов падало в моем материале на молодой возраст.

Обычно принято думать, что женщины заболевают инфекционными психозами чаще мущин. В моих наблюдениях на 91 мужчину пришлось 34 женщин. Превалирующая цифра заболевания у мужчин об'ясняется, впрочем, быть может, тем, что в первое время наблюдений наши больные поступали, главным образом, из очагов эпидемии, бывших в армии, между тем как гражданское население,—а, значит, и женщины,—было более пощажено эпидемиями.

Наконец, относительно роли наследственности в происхождении инфекционных психозов замечу, не приходя к окончательному выводу, что роль эта, повидимому, преувеличена различными авторами.

Переходя к вопросу о том, дают-ли различные инфекции различные болезненные картины, отмечу, что, по мнению большинства авторов (Ballet, Ziemmerling, Anglade, Bonhöffer и др.), различные инфекции дают одни и те же болезненные состояния. Отдельного мнения держится только Kraepelin, который надеется, что с течением времени будет открыто глубокое соответствие между токсическим началом и болезненной картиной. Мои собственные наблюдения, относящиеся главным образом к сыпному и возвратному тифам,—хотя у меня были также случаи психозов после малярии, дизентерии и холеры,—заставляют меня придти к заключению, что, действительно, самые разнообразные инфекции дают одну и ту же структуру психоза, так что в этом смысле можно говорить об „инфекционном психозе", а не об „инфекционных психозах". Вопрос о том, в каких преимущественных формах выражается та или иная инфекция, какие специфические симптомы встречаются при той или иной интоксикации,—подлежит еще дальнейшей разработке.

Обращаюсь теперь к вопросу о течении инфекционного психоза. То, что мы имеем в этом отношении в учении об инфекционных психозах, это—строгая зависимость психоза от стадии инфекционной болезни, которою он и определялся. Так, совершенно самостоятельно и отдельно описывались формы, течение и исход „инициального бреда", „лихорадочного бреда", „инфекционнаго бреда", „бреда коллапса", „психозов после падения t^0" и „психозов периода выздоровления". Мои наблюдения устанавливают постоянную и непрерывную связь между этими отдельными состояниями, постоянный переход одних состояний в другие. Наблюдения эти показывают, что психическое растройство, начавшись в лихорадочном или продромальном периоде, не заканчивается с падением t^0, а продолжается в виде целого ряда растройств и после падения t^0.

Тщательное изучение анамнеза заболевания и наблюдение за самим заболеванием показывают, далее, что во всех случаях инфекционнаго психоза наблюдается делириозное состояние, воспоминаний о котором у больных иногда совершенно не сохраняется, так что его можно восстановить только по рассказам родственников, причем сам делирий невсегда обрывается с падением t^0, а часто кончается до падения t^0, или же продолжается после него, вслед же за делирием развиваются те или иные формы психическаго растройства. Это постоянное существование делирия в картине инфекционного психоза позволяет смотреть на т. наз. „лихорадочный бред“ и „лихорадочный психоз“ не как на самостоятельный психоз и не как на отдельный синдром, или психопатологическую реакцию мозга на инфекцию,—реакцию, имеющую чисто-симптоматическое значение,—а заставляет видеть в нем отдельную, постоянную фазу инфекционного психоза. Постоянная же связь между состояниями, наблюдаемыми в различные периоды инфекционной болезни, и переход одних состояний в другие позволяют смотреть на эти состояния не как на самостоятельные психические заболевания, а как на фазы единого психоза, частями которого они являются.

Эта связь, это единство различных болезненных состояний, наблюдаемых в различные периоды болезни, имеет и свое теоретическое обоснование. В настоящее время, согласно мнению различных авторов, роль патогенетического фактора надо приписывать не лихорадке, инфекции и истощению, а только инфекции. Если же это действительно так, то единый патогенетический фактор, инфекция, действуя непрерывно во всех стадиях инфекционной болезни, не только об'единяет между собою различные психопатологические состояния, но и является предпосылкой единого инфекционного психоза.

Течение инфекционного психоза разделяется на 4 периода: 1) продромальный, 2) делириозный, 3) период выпадения и 4) исходный, совпадающий в большинстве случаев с выздоровлением. Все эти периоды тесно связаны между собою и, обнимая собою различные картины болезненных состояний, составляют части единого психоза.

Первый период, продромальный, характеризуется общими неприятными ощущениями,—чувством тяжести в голове, легкой утомляемостью, раздражительностью или апатией, тревожным сном с живыми сновидениями и др. элементарными и неврастеническими явлениями психической сферы. Обычно, вследствие легкости симптомов, этот период проводится больными дома и не попадает под наблюдение врача.

Делириозный период обычно описывается под именем „лихорадочного бреда“, или „лихорадочного психоза“. Не останавливаясь здесь на клинической картине этого периода, упомяну здесь кратко, что этот период характеризуется своеобразным растройством сознания, в котором, наряду с ослаблением восприятий от внешнего мира, мы имеем живую и напряженную смену внутренних психических образов и переживаний, протекающую без контроля сознания, вследствие чего и происходят неправильное восприятие и оценка внешнего мира и собственного положения.

Что касается состояний, описываемых под именем „инициального бреда“, „инфекционного делирия“, „делирия коллапса“, то, сравнивая их с лихорадочным бредом, можно установить, что между ними разницы в клиническом содержании не существует, а раз это так, то нет и необходимости давать этим состояниям различные названия и описывать обособленно. Все они об'единяются в одну группу делириозных состояний и, как и лихорадочный делирий, должны быть отнесены к делириозному периоду инфекционнаго психоза. Делирий есть делирий, и время его появления не дает его характеристики; но для характеристики течения инфекционного психоза важно, что все эти состояния возникают в период, предшествующий периоду выпадения, вслед за продромальными явлениями.

В дальнейшем течении психоза делириозная стадия переходит в стадию с выпадением психических функций, причем делириозные состояния часто оканчиваются с падением t^0, а часто—до такового или спустя некоторое время после падения t^0. Самое окончание делирия совершается различным путем, причем делирий не обрывается сразу, а ослабевает постепенно, и к нему постепенно начинают примешиваться явления II периода, периода выпадения, которые с дальнейшим течением болезни выступают на первый план. Наиболее типичными состояниями этого периода являются аментивная и Корсаковская формы.

В случаях с аментивной формой мы наблюдаем характерное растройство ассоциативного синтеза и выпадение ассоциаций,—то нарушение „ассоциативного распорядка“, результатом котораго является резкое и своеобразное растройство мышления и сознания, доходящее до глубокой „аментивной спутанности“. В этих случаях восприятия и представления у больных получаются, но они, вследствие выпадения ассоциаций, не связываются друг с другом, благодаря чему и происходит растройство в понимании и осмышлении внешнего мира. Это отсутствие связи между представлениями задерживает мышление, а иногда приводит и к полной остановке

последнего. Больные этого рода адинамичны, часто ступорозны; вследствие недостаточности осмышления и понимания внешнего мира у них проистекает неправильное толкование окружающего, возникает чувство растерянности, беспомощности, недоумения, иногда тревоги и страха. Всегда имеются налицо значительные расстройства памяти,—больные, напр., не могут сказать, сколько им лет, сколько у них детей, и т. д.

Следующими типичными формами разбираемого периода являются формы с выпадением памяти. В этих случаях после делириозного состояния развивается состояние с недостаточной ориентировкой, плохой запечатлеваемостью и конфабуляциями, что дает типичную Корсаковскую форму. Гораздо чаще типической формы встречаются ее видоизменения, именно абортивная форма, к которой проф. Трошин относит случаи с плохой запечатлеваемостью и конфабуляциями, но без нарушения сознания и ориентировки, и неполные Корсаковские формы с плохой запечатлеваемостью и ретро- и антероградной амнезией. Делирий во всех этих случаях чаще обрывается резко, и у больного, при ясном сознании, наблюдаются выпадение памяти и картина обще-психической слабости и адинамии.

О пережитых, даже самых ярких делириях больные вспоминают частично, нередко ничего не помнят и ограничиваются словами: „что-то чудилось“, „что-то мерещилось“ и т. д. Часто пробелы воспоминания касаются всего периода болезни,—больной не может вспомнить, когда он заболел, как его перевезли в больницу и пр. При экспериментально-психологическом исследовании подобных больных мы находим плохую восприимчивость памяти, ослабление внимания, недостаточную точность восприятий, замедление времени реакции; больные легко утомляются, индифферентны, вялы и апатичны, или легко раздражаются, имеют неустойчивое настроение, затрудняются производить умственную работу, словом, дают картину интеллектуальной и обще-психической слабости.

Описанные состояния различны по своей интенсивности и длительности—от нескольких дней до нескольких месяцев; затем постепенно они ослабляются и сливаются с IV периодом, периодом выздоровления.

Выделяя в особое сообщение вопрос о формах инфекционного психоза, я здесь не буду останавливаться на тех состояниях, в которых выражается психическая слабость в период выпадения, а также на тех эндогенных психозах, которые развиваются во время инфекционной болезни. Отмечу только, что иногда эти явления психической слабости принимают характер настоящего слабоумия,

вследствие поражения и выпадения многих психических процессов и функций (памяти, осмышления, критики и др.). Форма эта у взрослых встречается нечасто и обычно сопровождается явлениями выпадения со стороны нервной системы,—парезами и параличами в виде моноплегий и гемиплегий и др. нервными явлениями вследствие присоединившегося энцефалита.

Последний период, исходный, характеризуется, главным образом, уменьшением симптомов III периода вплоть до полного выздоровления. Большая часть случаев с инфекционными психозами заканчивается выздоровлением: из 125 наших наблюдений в 11 случаях были различные эндогенные психозы, развившиеся во время инфекции; из остальных 114 больных 64 выбыли вполне здоровыми, 29—в состоянии улучшения, в 2 случаях наблюдалось стойкое слабоумие, и 19 чел. умерли. Цифра смертности, как видят читатели, очень большая, но это зависит собственно не от самого инфекционного психоза,—большинство больных умерло от соматических заболеваний (туберкулез, дизентерия и пр.), которыми они заболевали втечение психоза. В нашем материале было лишь 2 случая delirii acuti, который, как известно, кончается смертью независимо от внешних условий, так что смертность при инфекционных психозах, по моим данным, равняется приблизительно 2%, выздоровление—95% и число случаев стойкого слабоумия 2%—3%. Упомяну еще, что длительность психоза в нашем материале колебалась от нескольких недель до 3—4 мес., в более тяжелых случаях—до 6—8 мес.

Все указанные периоды развития инфекционнаго психоза можно проследить в следующем случае:

11/XI 1922 г. в амбулаторию клиники была доставлена больная М., уроженка г. Казани, 26 лет, замужняя, бездетная, с благоприятною наследственностью, психически заболевшая в первый раз. В средине октября М. перенесла сыпной тиф. Неделю назад t^0 у ней упала. Психическое растройство началось до падения t^0. М. вначале перестала спать, стала раздражительна, плаксива; в дальнейшем она перестала узнавать окружающее, заявляла, что придут сыщики, которые ее арестуют, вскакивала с постели, стремилась куда-то бежать, много и бессвязно говорила; в настоящее время больная стала спокойнее. Исследование больной на приеме дало следующее: t^0 нормальна, общее питание ослаблено, больная физически слаба, без посторонней помощи ходить не может. Предлагаемые вопросы понимает, но отвечает на них несразу, а после повторных вопросов, как-бы с трудом собираясь с мыслями. Сознание личности сохранено, М. правильно называет свое имя, фамилию, определяет возраст и дает сведения о своем семейном положении. Во времени ориентируется неточно, но приблизительно правильно, ориентация в месте

правильная (сообщила свой домашний адрес), но окружающее оценивает и осмышляет неправильно: „привезли меня на расстрел“, „голоса на дворе слышала“, „говорят об этом“... О своем заболевании тифом дает неточные, сбивчивые сведения, не помнит точно, когда заболела, — „кажется, месяц назад“. Среди правильных ответов иногда вставляет случайные слова и фразы, дает ответы, не связанные с вопросом. С 11/XI до 6/XII М. находилась в Окружной лечебнице, а затем переведена оттуда в клинику.

Психическое состояние больной, за первые дни пребывания в клинике, было следующее: 6/XII вид больной растерянный, недоумевающий, она стонет, охает, на предлагаемые вопросы,—как ее имя, фамилия и т. д.,—не отвечает, пристально всматривается в лицо и в глаза спрашивающего, разводит руками, что-то тихо шепчет про себя, иногда можно уловить отдельные слова „завезли меня, завезли“, к ночи состояние тревоги усилилось, больная ходит за персоналом, боится оставаться без огня, лекарство принять отказалась,—недоверчиво взяла в руки, подержала и вылила; спала плохо. 7/XII больная спокойна, на повторные и настойчивые вопросы пытается что-то ответить, при этом трет лоб, наморщивает брови, разводит руками. „Да как..... что.... не могу“,—все время повторяет она. Задается вопрос: „Зоя, сколько Вам лет?“..... Длительное молчание... „Сейчас скажу.... подождите“.... Повторный вопрос..... „Сейчас скажу.... 30 лет“. „Как Ваша фамилия“? Вопрос повторен несколько раз..... „Что такое?.... Господи .... вот я.... все время вот“..... „Как фамилия?.... „Эх, Господи.... (вздыхает).... ничего не могу“.... „Вы замужем“?.... „Была замужем“. „Дети есть“?.... „Был один“.... „Как звали его“?..... „Я его родила.... помню родила его.... живот такой“..... „Как звали Вашего ребенка“?..... „Ничего не могу .... всю память отшибло..... не могу“..... На глазах показываются слезы.

Отмечается легкая утомляемость, о которой заявляет сама больная: „отпустите,—устала я“, говорит она. Такое состояние длилось около 4 недель, а через $1^1/_2$ месяца больная стала психически здоровой, но, не оправившись физически от сыпного тифа, заболела дизентерией, от которой и умерла в Окружной лечебнице.

Кратко резюмируя эту историю болезни, мы можем отметить здесь следующее: во время сыпного тифа после продромальных явлений (плохой сон, раздражительность) у больной развивается делириозное состояние (неясное сознание, неузнавание окружающего, беспокойство), которое постепенно ослабевает, и на амбулаторном приеме в клинике мы имеем смешанное состояние, наблюдаются явления остаточного делирия (бредовые идеи, галлюцинации), и наряду с этим выступают явления выпадения (мышление затруднено, появляются случайные ассоциации); через 3 недели после поступления больной в клинику мы имеем полную картину аменции (связь между ассоциациями разорвана, отдельные звенья выпали, больная не может связать получаемых и воспроизводимых представлений,

отсюда невозможность ответить на самые простые вопросы, недостаточное осмышление окружающаго, чувство недоумения и тревоги), наконец, в дальнейшем этот III период выпадения постепенно переходит в период выздоровления.

Обращаясь, далее, к главным признакам психоза, отметим, что они, характеризуя сущность психоза, должны вытекать из всей клинической его картины, а рассматривая эту последнюю, мы видим, что ее начальная, делириозная стадия характеризуется, главным образом, растройством процессов восприятия. Экспериментально-психологическое исследование показывает, что здесь в первую очередь и сильнее всего бывают нарушены зрительные, слуховые, осязательные и др. восприятия, точность которых постоянно уменьшена, интенсивность—изменена, об'ем—уменьшен или увеличен (за счет иллюзий). Клинические наблюдения также показывают, что больные неправильно, неточно воспринимают внешние впечатления, часто не узнают окружающих лиц и обстановки, имеют обильные иллюзии и галлюцинации; внешние впечатления, внешние восприятия как-бы не доходят до них и не вызывают у них соответственных внутренних образов и представлений; при ослаблении этих внешних восприятий, мы за то имеем богатую и живую смену внутренних представлений, которые возникают независимо от внешних впечатлений, под влиянием токсического раздражения самого вещества головного мозга. В дальнейшем течении психоза, при более глубоком действии инфекционнаго начала, выступают явления корковой слабости: нарушение процессов ассоциаций, памяти и общее ослабление всех психических механизмов душевной деятельности.

Рассматривая психическую жизнь в целом, мы можем установить в ней первичные, основные психические процессы, отдельные психические механизмы и сложные психические навыки, с помощью которых личность устанавливает свое отношение к внешнему миру. Если при других психических заболеваниях мы видим в первую очередь нарушение этих сложных психических навыков и высших психических образований (так, при dementia praecox видим с самого начала заболевания отчуждение от общества и родных, потерю охоты к труду, при прогрессивном параличе—распад высших понятий, высших эмоций и т. д., при сохранении или незначительном нарушении основных психических механизмов), то при инфекционных психозах мы находим с самаго начала тяжелое и резкое нарушение этих основных, элементарных психических процессов, к которым относятся процессы восприятия, памяти, ассоциации и др. Это нарушение и можно, повидимому, считать первым главным симптомом, характеризующим инфекционные психозы.

Рассматривая качественную сторону этого нарушения, можно видеть, что наиболее характерным для инфекционных психозов является выпадение отдельных психических функций. Сравнивая различные психозы между собою, мы видим, что ни при одном из них (за исключением сумеречных состояний при эпилептических психозах) нет такого постояннаго и значительнаго запамятования болезненных симптомов, как при инфекционных психозах. Часто по одному этому признаку можно предугадать и постепенно восстановить всю картину болезни. Это—не постепенное и непоправимое разрушение функций памяти, наблюдаемое при других психозах, а острое, временное выпадение ее функций в известные моменты и периоды болезни, которое и влечет за собою соответствующее выпадение сознания.

Столь же характерным для инфекционных психозов (в случаях аментивной формы) является выпадение ассоциаций. „Больные получают восприятия, но они не могут их поставить в связь друг с другом и с фактами прежней жизни; поэтому их восприятия представляют собою смесь бессвязных отрывков, из которых невозможно образовать ни картины современного положения, ни цепи воспоминания о прошлых событиях". Эти слова Kraepelin'a достаточно характеризуют сущность описываемаго явления. В состояниях психической слабости наблюдаются также слабо выраженные явления выпадения психических функций. Иногда, наконец, в картине психоза мы наблюдаем явления амнестической афазии с выпадением словесных образов. Таким образом, выпадение отдельных психических функций можно, повидимому, считать вторым основным признаком инфекционного психоза.

Третьим основным признаком его является адинамия. Этот симптом, если так можно сказать,—видимый, ощутимый: на всех наших больных лежала та печать слабости, которая придавала особый, своеобразный характер всем психическим процессам и всему психофизическому облику их,—облику, по которому мы иногда сразу могли поставить диагноз инфекционнаго психоза. Адинамия эта выступает в период выпадения и постепенно исчезает к моменту выздоровления. Ею об'ясняются вялость и заторможенность данных больных, их легкая истощаемость и утомляемость, неспособность к сосредочению и волевому напряжению и др. симптомы.

Наконец, восстановление, регенерация психики является четвертым основным признаком инфекционного психоза, характеризующим собою исход болезни.

Что касается патологической анатомии и патогенеза болезни, то, оставляя эти вопросы для дальнейшей разработки, здесь отметим