

Из кожно-венерической клиники Казанского государственного медицинского института. (Вр. зав.—доц. М. П. Батунин).

О сифилитической этиологии раннего слабоумия.

Аспиранта Е. И. Сухова.

Среди разнообразных этиологических моментов *dementia praecox* или пизофрении называют различные формы страданий, в том числе и сифилис. Так, Гиляровский считает, что нахождение при пизофрении патолого-анатомических изменений в сосудах мозга, выражающихся в инфильтрации их с участием плазматических клеток, в разрастании их эндотелия, увеличении количества ядер в *media* и *adventitia*—говорят за сифилитический характер этих изменений. Серологические данные также побуждают некоторых авторов считать сифилис виновником раннего слабоумия. Так, Воробьева на 119 случаев раннего слабоумия нашла R.W. положительной в 69,8%, Lawson указывает 9 положительных случаев на 21 обследования. Bleuler на 15 обследованных случаев имеет 3 случая положительной R.W. Корзнер—13 положительных R.W. на 37 обследований. Ключев отмечает при пизофрении положительную R.W. в 26,2%.

Что касается данных клиники, говорящих в пользу лютетического происхождения тех или иных форм пизофрении, то в этом отношении наблюдаются разнообразные нарушения в состоянии организма и отдельных его органах как у самих больных пизофренией, так и у ближайших их родственников. Часть авторов находили определенный сифилис у родителей больных *dementiae praecoxis* (Meggendörfer, Pilz, Kraepelin и др.). Pilz, исследуя родителей детей больных пизофренией, нашел на 43 случая гебефрении 25 паралитиков, на 27 случаев кататонии—5 паралитиков, из 416 случаев *dementiae praecoxis*—5,18% спинной сухотки. У самих пизофреников Ключев нашел 41,6% наследственного сифилиса на 120 обследованных больных. Корзнер—из 37 случаев *dementia praecox* в 73% нашел органические признаки невролюэса. Далее, целый ряд всевозможных нарушений, наблюдаемых у пизофреников, как-то: эпилептоидные припадки, изменения в коленных рефлексах, различного рода физические и психические уродства и аномалии развития (Leredole)—ставят в связь с наследственным сифилисом.

Наличие разнообразных форм пизофрении, предусматривающих и различные этиологические моменты в их происхождении, с одной стороны, с другой стороны—крайне большое разнообразие всевозможных нарушений, наблюдаемых у пизофреников и у ближайших их родственников—все это ставит вопрос об участии наследственного сифилиса, как этиологического момента в происхождении тех или иных форм пизофрении, чрезвычайно трудным и неопределенным. Сложность получения наиболее ценного материала в смысле длительных и систематических наблюдений и исследований над большим количеством пизофреников и их близких родственников еще более затрудняет разрешение этого вопроса.

Материал исследований различных авторов в указанном направлении страдает односторонностью и не может удовлетворять общепринятому положению, что только совокупность всесторонних данных исследования может дать абсолютную ценность для суждения о том или ином

этиологическом моменте в происхождении данного заболевания (Heller, Gougerot, Гржебин). Поэтому неудивительно, что некоторые исследователи, имея в своем распоряжении те или иные данные в пользу люэтического характера различных форм из группы этих заболеваний, все же не высказываются с абсолютной определенностью в этом отношении (Гиляровский).

Это обстоятельство ведет также и к тому, что некоторые авторы (Meggendörfer) не считают раннее слабоумие прямым следствием сифилиса а только следствием повреждения этим ядом зародышевой плазмы (Keimschädigung). Кроме всего этого в литературе имеются указания, не говорящие в пользу люэтической природы шизофрении. Галант-Ратнер получила сплошь отрицательные результаты R.W. в крови шизофреников. Если далее мы обратимся к разнообразным признакам дистрофического характера, наблюдаемым у шизофреников и приписываемым наследственному сифилису, то в этом направлении также имеется большая неопределенность. Fournier, изучавший дистрофические изменения у больных с врожденным сифилисом, считает, что огромное число этих нарушений физического и психического характера может быть не только последствием люэтической наследственности, но и обусловлено и другими инфекционными и токсическими причинами (туберкулезом, алкоголизмом, никотинизмом и проч.). Из огромного числа разнообразных дистрофических изменений Fournier выделяет совокупность определенных нарушений в этом направлении—инфантилизм, черепно-лицевые дистрофии системы зубов и проч. Только наличие определенных дистрофий обуславливает особый наследственно-сифилитический тип. Между тем большая часть авторов (Корзнер, Leredole, Wolfsohn, Кюаерелин и др.) не придерживаются установленных Fournier признаков врожденного сифилиса, приписывая последнему всевозможные виды физических и психических уродств, аномалий развития, нарушения со стороны нервной системы, которые могут быть вызваны всевозможными причинами, а не только люэтической наследственностью. Все подобные недостатки имеющегося литературного материала по вопросу участия сифилитической наследственности в происхождении различных форм шизофрении не дают абсолютного права в целом ряде случаев шизофрении считать наследственный сифилис причиной данных заболеваний.

Якобсон и Гриневич подвергли исследованию больных dementia praecox по выявлению признаков врожденного сифилиса и органических нарушений нервной системы, причем, сопоставляя полученные результаты клинических исследований с результатами исследований крови и спинно-мозговой жидкости у тех же самых больных, авторы приходят к выводу, что из обследованных ими 100 случаев раннего слабоумия только в 8 случаях имеются бесспорные указания на сифилис: в трех случаях—наследственный сифилис, а в пяти—приобретенный.

Далее, авторы, учитывая литературные данные о сифилизации отдельных групп населения своей же местности приходят к выводу, что сифилитическая природа раннего слабоумия, признаваемая многими авторами, должна быть взята под сомнение. Сифилис, как наследственный, так и приобретенный, по предположению авторов, может только сопутствовать раннему слабоумию в проценте, соответствующем общей сифилизации населения.

Нами проведено обследование 50-ти больных шизофреников; все они находились под наблюдением в Казанской окружной психиатрической лечебнице не менее одного года. Наружный осмотр этих больных дал нам в одном случае диспластическое телосложение и седловидный нос (история болезни № 1), 1 случай—седловидный нос, у одного 18-летнего больного—инфантилизм в развитии организма. Триады Гутчинсона не было ни в одном случае. В 2-х случаях отмечено увеличение щитовидной железы, у 4-х наблюдали анизокорию и 5 случаев со слабой реакцией зрачков на световое раздражение. В остальных 36 случаях видимых отклонений от нормы не наблюдалось. Исследование крови на R.W и S.-G. из 50 сывороток дали положительных 3 R.W. S.-G.; из того же количества случаев спинно-мозговые жидкости дали положительную реакцию в двух случаях. Совпадений положительных реакций в крови и спинно-мозговой жидкости не было. R. Pandu дала едва заметную опалесценцию в 10 жидкостях; R. Nonne-Apelt'a—едва заметная опалесценция в 8-ми жидкостях (из них в 8 жидкостях имеется совпадение). Цитолитическая формула: От 0—5 ф. эл. у 38 больных, от 5—7 форм. эл. у 10 и больше—в 2-х случаях (ист. б. № 4 и 5). Для полноты картины мы считаем, что не безинтересно будет привести 5 историй больных, где R. W. и S.-G. в крови или спинно-мозг. жидкости дали положительный результат.

1. Больная, 27 лет, чувашка, крестьянка, замужняя, имела ребенка. Больна с 1928 года. Стала бесцельно уходить из дома, сделалась вялой. В лечебнице все время вала, безучастна к окружающему, с больными в общение почти не входит, малоподвижна. Сама почти не разговаривает, при распросе отвечает формально правильно; память удовлетворительная. Степень умственной способности по Binet-Simon—точно установить не удалось, т. к. б-ая чувашка и мало понимает по русски. Во всяком случае, хотя резких дефектов и нет, но б-ая несколько отсталая. В лечебнице в 1928 г. у б-й исследовали кровь R. W. и S.-G. дали резко положительную реакцию. Когда заболела сифилисом, установить не удалось. Телосложение—диспластическое, седлообразный нос, сухожильные рефлексы повышены, зрачки равномерны, живо реагируют на световое раздражение. Исследование крови нами в 1931 г. на R. W. и S.-G. дали слабо положительную реакцию; спинно-мозговая жидкость: R. W и S.-G. отрицательны. R. Pandu и R. Nonne-Apelt'a дали едва заметную опалесценцию. Цитолитическая формула: форменных элементов 2,5.

На основании анамнеза и вышеуказанных органических RW=данных мы склонны предполагать здесь врожденный сифилис.

2. Больной, 31 года, русский, холост, рабочий—типографский наборщик. Уверяет, что женщин совершенно не знал, занимался онанизмом. Сифилис категорически отрицает. Говорит разорванно, временами впадает в резонерство, витиеватость слов, речь неясна. Говорит, что на него действуют машинами. Временами беспричинно импульсивен. В лечебнице с марта 1930 года. Болезнь все время стационарна. Телосложение типично астеническое, зрачки равномерны, живо реагируют на свет, сухожильные рефлексы нормальны. R. W. и S.-G. в крови резко положительные, в спинно-мозговой жидкости—R. W. и S.-G. отрицательны. R. Pandu и R. Nonne-Apelt'a отрицательны. Цитолит. форм: форм. элем.—0,3.

3. Больной, 26 лет, татарин, крестьянин, холост (в лечебнице 2-й раз). Болен шизофренией с 1927 г. Половой жизни не имел, сифилис отвергает, на коже болезни, по его словам, не было. Все время крайне замкнут, апатичен, манерен. В жизни отделения решительно никакого участия не принимает. Болезнь с 1927 г. все время течет однообразно. Телосложение среднее-мускулярное, зрачки равномерны, живо реагируют на световое раздражение, сухожильные рефлексы—норма. R. W. и S.-G. в крови резко положительные; спинно-мозговая жидкость—R. W. и S.-G. отрицательны. R. Pandu и Nonne-Apelt'a отрицательны. Цитолитическая формула: форменных элементов 2,4.

4. Больной, 25 лет, русский, крестьянин, болен психозом с 1927 г.; заболел сифилисом, будучи в Красной армии в 1922 г. Сколько провел курсов лечения, не помнит. В лечебнице резко выраженная замкнутость, манерность. Слышит голоса из Польши. В течение 2-х лет болезнь стационарна. Телосложение среднее. Анисокория, слабая реакция зрачков на свет. Сухожильные рефлексы повышены. R. W. и S.-G. в крови отрицательны; R. W. в спинно-мозговой жидкости резко положительна. R. Pandu и R. Nonne-Apert'a отрицательны. Цитолитическая формула: форменных элементов 8,81.

5. Больной, 26 лет, русский, женат, студент Медицинского факультета. Телосложение пикническое. Первый раз поступил в лечебницу 15/XI—25 г. в состоянии резкого двигательного возбуждения. Уже до этого с год чувствовал себя плохо, не мог заниматься и остался на 2-м курсе на 2-й год. В лечебнице без умолку говорил, много двигался, скачка мыслей, плохой сон. Поступил с твердым панкром. Принял курс специфического лечения. Постепенно стал спокоен и был 13/V—26 выписан на попечение отца в улучшенном состоянии. Диагноз: *psychosis man. depressiva*? Будучи дома, лечился в Вендиспансере, провел 3 курса лечения. Вновь поступил 3/VII 29 г. по направлению суда, обвинялся в краже ружья; в это время находился в маниакальном состоянии. В лечебнице был до 10/VII 29 г. в удовлетворительном состоянии, 3-й раз поступил 23/VIII—30 г. и находился по 7/II 31 г. В лечебнице был манерен, малообщителен, временами импульсивен, задает нелепые вопросы, резонерствует. Ослабление осмысления, нек. благодушие. Правый зрачок чуть шире левого, р. на свет—норм. Диагноз: *Schizophrenia. Ps. org. (?)*. Выписан без улучшения. Исследования: R. W. и S.-G. в крови—не ставились, спинно-мозговая жидкость: R. W. и S.-G. резко положительны. R. Pandu и R. Nonne-Apert'a—чуть заметная опалесценция; цитолитическая формула: форменных элементов 12,41.

На основании полученных нами данных первый случай мы отнесем к врожденному сифилису, во 2 и 3 случаях время и характер (врожд. или приобрет.) заболевания сифилисом не выяснены, во всяком случае заболевание произошло до развития психоза, четвертый больной имел приобретенный сифилис до психоза, имеются у него и симптомы органического пораж. мозга, пятый больной заразился сифилисом уже будучи психически больным, что подтверждает наличие твердого шанкра при поступлении в лечебницу.

Подводя итоги нашей работы, мы видим, что % больных, у которых можно было бы констатировать врожденный сифилис, не велик, и потому думать о большом его значении в возникновении психоза наш материал не позволяет. Хотя у нас имеются два случая, возможно приобретенного сифилиса, полученного до заболевания психозом, но непосредственной связи между ним и психозом нами не установлено. В последнем случае сифилис несомненно был приобретен уже во время психической болезни, но течение болезни этого случая (вообще не вполне ясного в смысле диагноза психоза) с получением сифилиса, несомненно, ухудшилось; вероятно мы здесь имеем присоединение органического, сифилитического поражения мозга (ослабл. осмысл., благодушие?).

Последние две истории болезни показывают (см. след. статью Зеленина в наст. № „Каз. мед. ж.“ случ. 2 и 3), что в некоторых случаях сифилис мозга может протекать окрашенным патофизиологически психозными симптомами; мы здесь имеем, так сказать, симптоматическую психозную вл. сифилиса (психомания Claude'a).

Здесь, вероятно, значительную лечебную роль будет играть антилюэтическое лечение. Поэтому внимательное исследование психозников на люэс имеет, конечно, большое и лечебное значение, и надо (как и при эпилепсии) диагноз истинной, генуинной психозной ставить лишь

убедившись в отсутствии доступных исследованию экзогенных моментов, в том числе и люэса.

Но данных, чтобы сифилис, в особенности наследственный, играл значительную роль в возникновении истинной (генуинной) пизофрении, ваш материал, повторяем, не дает.

Из Псковской психобольницы.

К структуре сифилитических психозов¹⁾.

Д-ра Н. В. Зеленина.

В развитии учения о сифилитических психозах выделяются два направления. Одни психиатры, как старых школ (Kraft-Ebbing, Корсаков), так и современные (Ноппе), отрицают существование сифилитических психозов *sui generis*. Согласно их воззрениям, сифилит. инфекция может обуславливать появление психозов любого рода, не представляющих чего-либо специфического для сифилиса. Однако еще некоторыми из старых психиатров намечалась возможность, на основании клинической картины, отграничить психозы сифилитиков (помимо прогрессивного паралича) в особую группу. Постовский в 1904 г., один из первых русских авторов, описал симптомокомплексы, которые он считал характерными для психозов сифилитиков, имеющими определенное дифференциально-диагностическое значение. Работами Fournier, Neuberg'a, Birnbaum'a были установлены клинические формы сифилит. психозов (псевдопаралич, параноидная и др.). В классификации Kraepelin'a, построенной на нозологическом принципе, сифилитические психозы выделены в самостоятельную нозологическую группу. Разнообразные формы их оказались исходящими из общей основы. Этим завершился важный этап в истории данного вопроса, ознаменованный, кроме того, появлением реакции Вассермана и новыми методами исследования спинно-мозговой жидкости.

В настоящее время, ввиду широкого распространения сифилиса за последние 15 лет, сифилитические психозы (непаралитические) все более привлекают внимание иностранных и русских авторов (H. Claude, Torgowla, Голант, работы из клиники проф. Останкова, Пулко и др.). Вместе с тем, современные работы являются синтезом предшествовавших, взаимно противоречивших направлений. С одной стороны, несмотря на полиморфность картин, сифилитические психозы рассматривают как обособленную единицу. Голант, наряду с богато выявленными краевыми симптомами, выделяет осевой синдром содержащийся во всех формах (характер ослабоумливания, дефекты эмоциональной и волевой сферы и т. д.). Немировский и Случевский устанавливают цельность нозологической единицы, исходя из своеобразия структуры бреда (психоавтоматизм) вместе с неврологическим и серологическим изменениями. С другой стороны, внимание направлено на то богатое разнообразие картин (краевых синдромов), благодаря которому затруд-

¹⁾ Доложено 4 X/30 на научном заседании Психиатрической клиники Ленинградского мединститута и больницы им. Балинского.