

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.

няется выделение осевого ядра, что и приводит ряд клиницистов к отрицанию самого этого ядра. Указанные выше авторы, наряду с экзогенным моментом (инфекция), выделяют момент конституциональный; совокупностью обоих и обуславливается наблюдаемый полиморфизм в течении психозов. Rastet, Guiraud et Lumlansky отметили роль алкоголя в построении параноидного бреда сифилитиков.

При изучении множественности факторов, так или иначе определяющих форму и течение психозов, большое значение и интерес представляет структурный метод Birnbaum'a, который и положен в основу нашей работы. Не отвергая нозологического принципа, метод Birnbaum'a дополняет его. Если нозологическое изучение выделяет преимущественно патогенетический фактор, Birnbaum поставил наряду с ним фактор патопластический, обуславливающий индивидуальную окраску психоза, и добавочные факторы—предиспонирующий, влияющий на патопластику, и провоцирующий (роль последнего менее ясно обозначена). Конституция, психогенный момент, соматические изменения организма рассматриваются Birnbaum'ом, как структурные компоненты этиологически предопределенного психоза. Учение Birnbaum'a получило мало распространения в клинике. В СССР большое внимание ему уделяется школой проф. Останкова. На значение метода Birnbaum'a для соц. профилактического направления правильно указывает Л. М. Розенштейн; при изучении психоза в разрезе социального бытия личности учение о структурных факторах особенно ценно, поскольку именно оно позволяет выявить роль социальных факторов (профессии, условий жизни, взаимодействия со средой) в строении психоза. Нами взяты случаи, где сифилис определял генез заболевания; как всякий агент он может при других психозах определять патопластику или играть роль провоцирующего фактора. При анализе патопластического и других факторов структуры учитывалась роль конституции, перенесенных заболеваний, психических травм, внешней ситуации и т. д. Прогрессивный паралич в наших случаях исключался.

Случай 1-й. У-цкий Г. С., 46 лет. Животновод. Поступил 20 августа 29 г., выписан 1/X 29 г. Отец офицер; вспыльчивый, несдержанный в словах; сильно пил; умер от прогрессивного паралича. Дед (по отцу) алкоголик; покончил жизнь самоубийством. Мать—беспокойная права, навязчивая, многословная, доверчивая, легко пугается. Брат и сестра—вспыльчивые, раздражительные. Больной окончил университет в 1905 г. Служил, занимая хорошее положение, как специалист. С детства был доверчивым и слабохарактерным, немного вспыльчивым, но не злопамятным. В 1910 г. подвергся нападению с целью грабежа, получил несколько ударов по голове и пролежал без сознания около 3-х суток. После этого стали отмечаться изменения характера: аффективные вспышки по незначительным поводам, склонность к эйфории, снижение работоспособности. В 1913 г., будучи женихом, заразился сифилисом от посторонней женщины (первичная индурация). Когда заражение обнаружилось, был настолько потрясен, что облил себя керосином и зажег; был спасен и долго лежал в хирургической больнице; затем находился в частной лечебнице по поводу тяжелого невраза. В 1917 г. табес (атаксия в начальной стадии, опоясывающие боли, расстройство мочеиспускания). После терапии значительное улучшение. С 1919 г. работал в Новгороде, по Наркомзему; был ответственным работником. В 1923 г. заключил с одной конторой договор, нелепо составленный и убыточный для учреждения. Был привлечен к суду и направлен для экспертизы в психобольницу, где проявлял повышенную аффективность, покушался на самоубийство. Был выписан с диагнозом „Tabes dorsalis и патологическая аффективность“. От суда был освобожден и поселился в Гатчине, где у матери имеется дом и хозяйство. В 1925 г. вступил в старую артель, где, пользуясь его слабохарактерностью, его постоянно эксплуатировали. В 1927 г. в Ленинграде,

встретил в Гостином дворе завхоза школы, с которой имел дела. Завхоз попросил его подписаться на какой-то бумаге за делопроизводителя, т. к. без этого завхоз будто бы не мог получить материи из склада; так и было сделано. В связи с арестом завхоза был арестован и больной за подлог. Вновь подвергался психиатрической экспертизе, подтвердившей диагноз Новгородской психобольницы. По освобождении от суда вернулся к матери. Через полгода уехал в Псковский округ, где поступил на службу. Из-за вспыльчивости и несдержанности имел частые служебные конфликты. В 1929 г. на Обл. совещании делал доклад, предлагая новый способ утилизации крови скота на бойнях. Встретив возражения со стороны некоторых молодых работников (по его мнению мало компетентных) в разгаре спора ударил оппонента по лицу. Весною 1929 г. выяснилось, что он за плату составляет планы для частных организаций, обращающихся к нему лично, помимо учреждения. Был обвинен в „рвачестве“, привлечен к суду и присужден к двум годам лишения свободы. После утверждения приговора кассационной инстанцией, мать его подала прошение на имя Верхпрокурора. В Исправдоме больной был возбужден, плакал, пытался броситься в пролет лестницы, но был удержан и направлен на испытание в психобольницу.

St. praesens. Астеник. Церебрального типа (по С и го). На руках и бедрах обширные рубцы после ожогов. Тоны сердца глуховаты. Пульс 76, напряженный. Кр. давление по Riwa Rossi 170/115. Анизокория $s > d$. Симпт. Аргиль-Робертсона. Левая носогубная складка сглажена; язык отклоняется влево. Дизартрия. Легкая атактичность походки. Жалобы на ощущение пояса, стреляющие боли и, по временам, недержание мочи. Брюшные р. вялые. Коленные р. отсутствуют. Стойкий, красный дермографизм. RW с кровью отрицат.; с спинномозг. жидк. положительная, (++) ; Sachs-Georgi (+), Taccata-Ara (+). Вполне ориентирован. Память снижена. Обращаясь с вопросами, неправильно понимает получаемые ответы или забывает их, иногда заменяя конфабуляциями, причем сам плачет или негодует по поводу ответов, которые будто бы получил. Путает даты; считает с ошибками. При обширных познаниях в биологии недостаточно осмысляет прочитанное и при оценке старается отделаться общими фразами, маскирующими дефект осмысления и запоминания. Считает себя жертвой интриги, не понимает, в чем именно заключается его преступление. Пишет заявление в НКЮ, называя Псковский суд „шайкой разбойников, держащих его в плену“. Повышенная аффективность; с угрозами и криком требует выписки; вспышки заканчиваются слезами. После некоторых уговоров успокаивается и старается смягчить сказанное им только-что. В общем добродушен и легко внушаем. По освобождении от суда поселился в Гатчине, где жил до весны 1930 г. Пытался устроить образцовое хозяйство и очень сердился, встречая препятствия, но вскоре успокаивался, довольствуясь малым.

Разбирая описанный случай, находим: сифилитическое заболевание, не укладывающееся в рамки табеса. Против прогрессивного паралича говорит малая прогрессивность процесса, отсутствие паралитического бреда и общего прогрессирующего ослабумливания почти за семь лет наблюдения в психобольницах. Неврологические симптомы также мало прогрессировали. Отсутствие галлюцинаторно-параноидного бреда говорит против табетического психоза. Мы имели со стороны психики нарушение мышления, затрудняющее как возможность критически разбираться в фактах и ситуациях, так и анализировать изучаемые больным научные вопросы; снижение памяти и внимания; лабильность аффектов; вспышки не оставляют глубокого следа на психике; быстрый переход к реакциям беспомощности (слезы), дефекты волевой сферы. При всем этом еще в 1929 г. больной настолько работоспособен, что может выступить с проектом, представляющим (по отзывам специалистов) некоторый интерес; на службе и в суде его поступки истолковывают как сознательное правонарушение. Следовательно, здесь нельзя говорить об общем упадке психики, а о неравномерном лакунарном поражении. Наличие такого, вместе с очаговыми симптомами, приводит к диагнозу „сифилитический псевдо-

паралитический психоз". В нашем случае он протекает в комбинации с табесом. Указанные изменения личности и составляют основной синдром сифилитических психозов.

Не было ли добавочных факторов, позволяющих данному синдрому развиваться у больного с такой исключительной полнотой и силой, доминируя в картине заболевания? В наследственности больного: алкоголизм и аффективность со стороны отца и ряд психастенических черт у матери. Больной по психической конституции относится к психопатам психастенико-эмотивного типа (по Durré). Уже в юности—недостаток воли, внушаемость, легкая аффективность. В дальнейшем эти черты видоизменялись под влиянием ряда ситуаций и экзогенных травм. Такова патопластика нашего случая. Роль преформирующего фактора играла психогенная травма: факт заражения сифилисом и связанная с этим личная драма, провоцировавшая аффективный взрыв (с покушением на самоубийство); затем половое воздержание из боязни заразить женщину, раскаяние. Частые конфликты, создавшиеся на почве непонимания новым новым быта, являлись также моментом, постоянно травмирующим. На патопластике сказалось и влияние травмы черепа (психический сдвиг в сторону усиления аффект. лабильности); получилось как бы наслаивание на конституциональные симптомы симптомов органического происхождения. Но главную роль травма сыграла тем, что вызванная ею дефектность коры мозга и расторможенность подкорковых механизмов создали почву для развития сифилитического процесса по описанному типу. Таким образом травма явилась фактором предрасполагающим. Не могли сифилис быть только фактором, провоцирующим психопатические реакции личности, осложненные посттравматическими изменениями? Признать за сифилисом роль генетического фактора позволяет: развитие наиболее глубоких изменений личности лишь через много лет после механической травмы, характер изменений, а также данные серологического исследования и неврологические поражения, сопутствующие психическим.

Случай 2-й. К-т Т. В. 30 л. Желдорслужаший. Поступил 12/IX 29 г. Выписан 2/I 30 г. Отец умер молодым; сведений о нем не имеется. Мать умерла 39 л. от тбс легких, была скромная, немного замкнутая, религиозная. Две сестры матери замкнутого нрава, мало общительные. У одной тбс легких; другая лечилась от анемии. Дед (по матери) сильно пил; умер от тбс легких 48 л. Младший брат больного, учащийся, трудолюбивый, спокойный, немного застенчивый в общении. Больной с детства учился прилежно, но с трудом из-за утомляемости и головных болей. Служит 10 лет. Добросовестный работник, крайне щепетильный; замкнутый. С женою жил очень дружно; их 3-е детей здоровы. Алкоголем не злоупотребляет. В 1924 г. заразился сифилисом (первичная индурация, лимфаденит), лечился инъекциями ртути и вливаниями неосальварсана. Летом 1929 г. гриппозная пневмония, после которой приступил к работе, еще чувствуя себя слабым. В августе 1929 г. первые проявления психического заболевания: на службе—немотивированные, нелепые поступки; дома—угрожал убить жену, бегал за нею с заряженным ружьем; явления негативизма; мутизм. Направлен в психобольницу.

St. praes. Астеническая конституция. Заметное истощение. Тоны сердца глуховаты. RW с кровью и с спинномозговой жидкостью резко положительная (4+), Sachs-Georgi (+), Tасата Ага (+). Анисокория $d > s$. Реакция зрачков на свет вялая. Левая носогубная складка сглажена, коленные р. повышены, неравномерны $S > d$. Клонус стоп. Красный дермографизм. В месте вполне ориентирован; во времени ориентирован недостаточно. Считает себя здоровым, поступившим для переосвидетельствования на предмет отпуска. Речь монотонная. О семье, о тоске по детям говорит тоном холодного безучастия. Мало доступен, негативистичен. Движения стереотипны. Агрессивен—случай нападения на персонал. Жалобы на то, что он говорит не свои слова, а вложенные помимо его воли в мозг.

С 1/X по 28/XII малярийная терапия, затем курс специфической терапии (неосальварс. и бихинол), лечение укрепляющими (pil. Blaudii) и усиленное питание. К 1/1—30 г. значительное улучшение; угасание бреда и других болезненных симптомов. Тяготится пребыванием в больнице; склонен к угнетению, скоро проходящему, несколько раздражителен. После выписки через месяц вернулся к работе. В семье установились прежние, добрые отношения, но, по сведениям от жены и сослуживцев, через 4 месяца больной стал пассивнее, легче огорчается, плачет; работоспособность понизилась, чего он сам не замечает.

Анализируя построение данного психоза, как патогенетический фактор мы видим сифилис, протекающий с рядом неврологических симптомов и серологическими изменениями, причем после проведенной терапии наступает улучшение. Со стороны наследственности имеем: шизотимные личности, tbc, анемия. Сам больной шизоид. Эта шизоидность и окрашивает патопластический фон психоза. Картина заболевания состоит из явлений 2-х родов: во-первых, типичные шизофренические компоненты; во-вторых, явления психоавтоматизма (ощущение не своих слов), относимые преимущественно к реакциям экзогенного порядка (Clérambault). По мере угасания шизофренических симптомов выступают экзогенные изменения личности, вызванные сифилитической инфекцией: недостаточность интеллекта, аффект.-лабильность и др. Предиспонирующим фактором сказала гриппозная пневмония, ослабившая защитные приспособления уже истощенного организма и в силу этого способствовавшая при наличии предварительного инфицирования сифилисом развитию данного психоза.

Случай 3-й. К.-цев, 41 г. Счетовод. Безработный. Поступил 6/IX 29 г., выписан 10/II 30 г. Отец больного суровый, злопамятный; сильно пил; ни с кем не сближался, имел лишь приятелей собутыльников. Умер от tbc. легких, 48 л. Брат отца был психически болен и умер в психобольнице (сведений о его заболевании не имеется). Другой брат потатор; умер 44-х лет от какого-то заболевания печени. Мать в ранней молодости перенесла психическое заболевание; в дальнейшем проявляла циклоидные смены настроений, была склонна к депрессиям; по характеру была отзывчивой, деятельной. Умерла 80 лет. Ее мать приветливая, общительная, болела редко; умерла в глубокой старости. Больной с детства чуждался товарищей, старался держаться отдельно. Боялся отца. Учился плохо, особого интереса к чему-либо не проявлял. Окончив реальное училище, служил счетоводом, затем бухгалтером. С 22-х лет сильно злоупотребляет алкоголем; нелюдимый, грубый; как и отец имел главным образом приятелей на почве попойек. С первой женой развелся. Со 2-й женой живет 6 лет; имеет 4-х детей; жену постоянно ревнует, почти не разговаривает с нею иначе как с руганью. По службе с годами становился менее работоспособен. 6 лет тому назад был переведен в счетоводы, затем сокращен. С тех пор жил в доме матери, вместе с ней хозяйничал и сдавал комнаты. Всегда боялся за имущество, ждал обысков, прятал какие-то вещи. В 1919 г. заражение сифилисом: лечился ртутными фрикциями. Летом 1929 г. получил по наследству от умершей матери дом. Рассчитывая осенью уехать с семьей из Пскова, он продал дом, причем не выполнил ряда формальностей, что повлекло штраф в 50 р. Когда въехал в дом новый владелец, он еще оставался жить в своей комнате. Вскоре начал говорить, что продал дом незаконно и его будут судить; из-за него все погибает. Уходил из дома, два раза пытался повеситься, но оба раза был удержан. Жену, приехавшую из Ленинграда с продуктами, осыпал бранью, говорил, что она привезла краденое „сейчас людям нечего есть, а ты где это могла получить“? Появился отказ от пищи. Через две недели поступил в психобольницу.

St. praes. Астеническое телосложение. Питание пониженное. Левая граница сердца увеличена на 2 см. Тоны сердца глухи. Напряженная пульсация на аорте. RW с кровью резко положительная, с спинномозгов. жидк. отрицат. (—); Sachs-Georgi (+), Takata-Ara (+). Анизокория $s > d$, зрачки на свет почти не реагируют. Правая носогубная складка сглажена. Язык отклоняется вправо. Брюшные р. вялые, легко истощаемые. Коленные р. резко повышены, неравномерны $d > s$.

Клонус стоп и коленных чашек. Мышечный валик. Красный дермографизм. В месте ориентирован; во времени недостаточно ориентирован. Резкая заторможенность. Движения стереотипны; на долгое время застывает в одной позе. На вопросы отвечает после долгой паузы. Иногда плачет. По временам беспричинно агрессивен—выбил стекло, ударил больного. Пытался бежать из больницы; на вопрос о причине побега отвечал: „Хочу уйти от всех, никого не видеть, ведь я перед всеми так виноват“. Бред греховности: он великий грешник, через его грех все погибнет; его должны судить, т. к. он виновен в незаконной продаже дома. От пищи отказывается, т. к. недостойн принимать пищу. Психологическое исследование по Бернштейну дало: осмысление и комбинаторные процессы снижены. Резкое ослабление памяти. Наглядных несообразностей в картинках не замечает. Счет в пределах сотни, с большими числами затруднен. С I/X—маларийная терапия, затем неосальварсан и бихинол. В период заболевания маларией явления сердечной декомпенсации; применялось *ol camphorae* (подкожно) и *inf adonis vernalis* с *diuretin*ом. Со стороны психики отмечалось постепенное убывание острых симптомов. Малоподвижность и бред греховности продолжали держаться стойко. Больной говорил о готовности убить себя и семью, т. к. им предстает слишком тяжелая жизнь. С 1/I 30 г. угнетение, безучастность ко всему кроме своего положения и своей семьи. Явления бреда отсутствуют. Больной участвует в работах; выполняет лишь физический труд; с умственным трудом не справляется. Память резко снижена. Внимание неустойчиво. Стойкие дефекты осмысления и комбинаторных процессов. Выписан женой 10/II 30 г.

Неврологические симптомы, данные серологии, улучшение после маларийной терапии говорят за связь психоза с сифилисом, который и является патогенетическим структурным фактором. Патопластика определяется данными конституции. В наследственности мы находим: со стороны отца—шизоидные личности и алкогольная деградация. У самого больного с детства преобладали шизоидные реакции, провоцируемые трудностями внешней ситуации. Социогенный фактор, как преформирующий, оказывал влияние на заострение патопластического элемента: слабость социальных связей (семейная ситуация), затем трудовые конфликты, вызванные алкогольной деградацией, положение мелкого собственника, боящегося за имущество—все это, отчуждая от среды, выявляло дефекты психической конституции больного.

Экзогенные изменения личности (общая генерализированная дементность, пассивность, тупость) не могут целиком относиться за счет сифилиса, а объяснимы также влиянием развивающейся алкогольной деградации психики, давшей сдвиг в сторону общего ослабумливания и снижения эмоционально-волевых реакций. Алкоголизм здесь является фактором predisponирующим, поскольку подготовлялась инвалидность мозга и в то же время он влияет на патопластику, углубляя психическую деградацию.

Случай 4-й. П-в Л. О., 30 л. Статистик, безработный. Поступил 11/I 30 г. Происходит из купеческой семьи. Отец—слабохарактерный, сильно пил; умер от артериосклероза мозга. Мать также сильно злоупотребляла алкоголем; отличалась половой распущенностью; с мужем развелась. Два брата больного неустойчивые, часто меняли профессию: один из них в юности убежал на фронт; второй—с момента Февральской революции вступал в партии эсеров, анархистов, затем поступил в Балтфлот. Оба брата пропали без вести в гражданскую войну. Старшая сестра отличается большим сексуальным темпераментом; развелась с тремя мужьями; занималась спекуляцией, теперь дом. хозяйка. Младшая сестра болеет тbc легких; живет на юге. Больной с детства был немного нервным, работал в нелегальных кружках. Первое *libido sexualis* в 12 л.: начало половой жизни с 13 лет; с 16 лет постоянные *abusus in Venereae et abusum in Vasso*. Окончив ВУЗ, с 1917 г. работал по статистике. В 1918 г. сифилис; лечился фрикциями и инъекциями ртути. В 1919 г. поехал в Сибирь с проддружидами, участвовал в борьбе с мешечничеством, делал обыски, подвергся опасности быть убитым. С 1921 г. снова работал по статистике, часто меняя места жительства. В 1923 г. работал в угрозыске

по борьбе с бандитизмом. К этому периоду относится начало головных болей и явлений тяжелой невралгии. Ввиду того, что RW с кровью дала 4+, он повторил курс инъекцией ртути и лечился вливанием неосальварсана. В 1924 г. перешел на службу в Ташкент, где снова RW дала 4+, почему был проделан курс биохинола. Через полгода заболел малярией (tertiana), изнурительные приступы прекратились через несколько месяцев после внутримышеч. инъекции хинина. По выздоровлении приступил к работе. Вскоре после этого впервые проявился бред: его преследует организация, которая хочет его использовать в целях получения каких-то колоссальных доходов. На него воздействуют гипнозом через сослуживцев и через женщин. Женщины, с которыми он имел связи, завлекали его для шпионажа и для гипноза. Включая в бред сослуживцев, принимал на свой счет все их взгляды, разговоры; в организации участвуют Троцкий и Демьян Бедный. После того как однажды был вызван в ГПУ для дачи каких-то показаний, уверял, что видел там Троцкого; когда он вошел к следователю, там стоял высокий мужчина, с проседью („конечно Троцкий“). Мужчина обернулся, взглянул на него и вышел. Больной объяснял, что был вызван в ГПУ, чтобы там быть загипнотизированным Троцким. Направлен в Ростов в психоневролог. клинику, откуда вскоре выписался. RW с кровью и спинномозг. жидкостью была отрицательна. С 1926 г. служил в Твери, Новгороде, Пскове. Благодаря слабо выраженному бреду, слыл за „чудака, психопата“, но мог служить. В Пскове дома почти не жил; где он проводил внеслужбное время, никто не знает; сам больной упоминал о каких-то приятелях и „девицах“. С осени 1929 года снова обострение бреда: преследование организацией через невидимых женщин. Направлен в психобольницу.

St. praes. Атлетико-диспластическое телосложение. Расширение левой гр. сердца на 1½ см. Границы aortae ascendens немного увеличены вправо. Тоны сердца глуховаты. Систолический шум на верхушках. Акцент на 2-м тоне на аорте. Ангиокория d>s. Реакция зрачков на свет—справа вялая, слева отсутствует. Левая носогубная складка сглажена; язык отклоняется влево. Коленные р. неравномерны d>s. Красный, диффузный дермографизм, легко вызываемый. RW с кровью 3+, с спинномозг. жидк. (—). Sachs-Georgi (+). В месте, времени и окружающем вполне ориентирован. Психологическое исследование по Бернштейну показало недостаток осмысления, неустойчивость внимания, неточность запоминания; при пересказе прочитанного выпускает важные детали, иногда заменяет их произвольными конфабуляциями. К своему положению относится безразлично, легко внушаем, пассивен; в требованиях и желаниях мало настойчив. Организация в контакте с ГПУ влияет на него гипнозом на расстоянии и наркотиками; обильные парестезии, ощущение в теле особые „флюидов гипноза“; посредством наркотиков у него вызывают „искусственно“ эрекции; воздух наполнен голосами зовущими и угрожающими; в частности, голоса женщин, завлекающих его нашептыванием, возбуждающем libido; эротические сновидения, частые поллюции, что также связано с гипнозом. Голоса слышатся и в мозгу, изнутри. Служащие больницы, работая в организации, передают его слова и мысли Д. Бедному. Лечение сальварсаном и биохинолом существенных результатов не дало.

В описанном случае ярко выступает экзогенный синдром: неврологические симптомы и психотические явления в виде галлюцинаторно-параноидного бреда. Галлюцинации имеются двух родов: во-первых—пространственно помещающиеся вне больного, и во-вторых—психический автоматизм с эндофазией, парестезиями, ощущением загипнотизированности и т. д. Роль галлюц. параноид. синдрома и психоавтоматизма при органических психозах, особенно при сифилисе мозга, выдвигается рядом авторов (Clérambault Ceillier, Останков и сотрудники его школы). Если вместе с Н. Claude'ом признавать для психоавтоматизма возможность и психогенной природы, наряду с органической, все же значение его как характерного компонента при органических (сифилитических и алкогольных) психозах установлено прочно. У нашего больного построение бреда не имеет прямой связи с данными психической конституции; параноидные черты в семье больного не играют роли. Происходя из психопатической семьи, он, как и его братья, относится к типу

„Triebmenschen“ Крепелина. Влияние преисихотической личности сказалось на содержании бреда; жизнь больного, богатая внешними событиями, в центре политической и бытовой борьбы, дала богатый материал для фабулы бреда, причем, если это придало патопластическую окраску психозу, то тут же выступает и экзогенный патогенетический фактор: характерные черты сифилитического параноидного бреда: отсутствие символизации, реалистичность, связанность с бытом (Голант). Алкоголизм относится к преформирующим факторам, провоцируя психопатические проявления и влияя на характер галлюцинаций. Бредовый психоз проявился вслед за перенесенной малярией. Можно бы думать о специфическом влиянии малярии на характер психоза у сифилитиков аналогично тому, что имеется в случаях метаморфоза раг.р в сторону доброкачественной параноидной формы под влиянием малярийной терапии (Plaut, Herstmann, Шмарьян, Мирская-Гинзбург). Ввиду некоторой противоречивости в этом вопросе, установить роль малярии, как предрасполагающего фактора, влияющего на патогенез, можно лишь предположительно (Немировский и Нарбутович).

Случай 5-й. П-в Н., 39. Конфетчик. Поступил 28/VI 29 г., выписан 1/X 1929 г. Отец—рабочий, религиозный, ходил на собрания евангелистов, дома читал библию, был склонен поучать о религии и каяться в грехах; умер 69 л. от инсульта. Мать энергичная, любила семью, дружила с нужными ей людьми; хитрая; бывали истерические припадки; умерла от какого-то желудочного заболевания. Больной женат; имеет двух здоровых детей. Работал на конфетных фабриках; постоянно злоупотреблял алкоголем. По характеру не открытый, несколько подозрительный, но считался неглупым и хорошим работником. В 1913 г. заражен сифилисом (первичная индурация, вторичные высыпания). Лечился фрикциями ртути и вливанием неосальварсана. С 1914—17 г. на фронте. После февральской революции работал в войсковых комитетах, выступал на митингах. В Пскове, на выборах в Учред. собрание агитировал за компартию. После демобилизации служил на фабриках. Был уволен со службы; с 1924 г. работает в артели. С 1927 г. злоупотребление алкоголем значительно усилилось; стал подозрителен, беспрерывно ревновал жену. В июне 1929 г. императивные галлюцинации: голоса приказывают произносить циничную брань, выйти на улицу и ударить милиционера (что и было исполнено); в соседней комнате слышал топот спрятанных мужчин. Постепенно нарастало беспокойство, появился бред преследования. Поступил в психобольницу.

St. praes. Атлетическое телосложение, питание удовлетворительное. На голове alopecia syphilitica. Распирение аорты и усиленная пульсация во 2-м межреберья справа. Левосторонняя паховая грыжа. Анизокория $s > d$; зрачки вяло реагируют на свет. Левая носогубная складка сглажена; брыльные р. abs. Коленные р. неравномерны $s > d$, RW с кровью (+), с спинномозг. жидкостью (—), Sachs-Georgi (+). В месте и времени ориентирован. Беспокоен, часто плачет, жалуется на преследование со стороны коммунистов; голоса угрожают ему расстрелом за то, что он в 1919 г. один раз принял участие в спекуляции; голоса ругают его: „бандит, спекулянт, балаховщина“. Мысли его через воздух делают известны компартии. К нему подводят по трубам (отопительным) „регуляцию“ и выводят ее по всему телу через ноги. Бред преследования держится стойко. Больной упорно считает, что должен быть суд над ним. Замкнут, ни с кем не общается. Настроение тревожное: очень боится „расплаты“. Применена малярийная терапия с последующей специфической (неосальварсан и биохинол).

Перед выпиской исследование по Бернштейну дало заметное ограничение осмысления и комбинаторных процессов. Память снижена. Наглядные несообразности в картинках обнаруживает после некоторого напряжения. Счет с незначительными ошибками. После выписки, по сведениям за 8 месяцев, работоспособность утрачена в большой мере; общее снижение интеллекта; алкоголем злоупотребляет реже. Постоянно ходит в церковь и пребывает в „благостном“ настроении; любит говорить, что „через белезнь он познал истину“, т. е. стал ве-

рующим. Повышенная эмоциональная реакция на мелкие события при некоторой тупости в отношении более значительных фактов.

Патогенез этого случая смешанный. Сифилис вызвал ряд экзогенных реакций (неврологические и серологические симптомы), параноидный бред с обильными галлюцинациями, с элементом психоавтоматизма (мало выраженного, эпизодически проявлявшегося). Не менее важным фактором, определяющим патогенез, является алкогольная интоксикация (образование параноидного бреда, характер галлюцинаций—императивных и угрожающих, шопот любовников, ревность, страхи). Деградация психики также развивается под совместным действием сифилиса и алкоголя: общее стойкое снижение интеллекта, мыслительных процессов, аффективность при наличии эмоц. тупости. Больной принадлежит к параноидной психоконституции (эгоцентризм, комплексность, стремление утверждать свои идеи, подозрительность, недоверчивость). Параноидный характер мы видим и у отца больного. Данные конституции определяют и патопластику психоза; скажутся они и в послепсихотических изменениях: исход в религиозное смирение параноидной деградирующей личности. Некоторая асоциальность, связанная с нею нестойкость связей с коллективом, бытовые конфликты способствуют обострению параноидных реакций личности; таким образом, социальный момент выступает как преформирующий фактор.

Переходим к общим выводам.

1. В построении сифилитических психозов участвует ряд факторов, совокупным взаимодействием которых и составляется психоз.

2. В наших случаях, сифилис, как патогенетический фактор, проявляется изменениями личности органического порядка (лакунарное ослабование, характерные дефекты эмоциональной сферы, участие психоавтоматизма в структуре бреда).

3. Указанные изменения личности могут считаться основным ядром, вокруг которого группируются краевые синдромы.

4. Роль патопластического и других структурных факторов играет конституция, психогенный момент (как и индивидуально психогенный, так и социогенный), изменения личности под влиянием факторов среды (семейная ситуация, быт, профессия), перенесенные заболевания и вызванные ими соматические изменения организма.

5. В 3-х случаях из 5-ти в строении психоза участвует алкогольная интоксикация; влияние последней сказывается на характере галлюцинаций в параноидном бреде и на характере самого бреда.

6. Алкогольная интоксикация, углубляя деградацию личности, дает отклонение дементности от лакунарного типа в сторону общего ослабления.

7. Случаи, осложненные алкоголизмом, дают худший прогноз; малый и специфическое лечение не приносят серьезных результатов. В силу этого картина бреда и характер наблюдаемых изменений личности могут иметь прогностическое значение.

8. Внутри одного и того же случая структурный фактор, влияя на патогенез, часто в то же время оказывает влияние и на патопластику (случаи №№ 1, 3, 4.). Известная взаимопроницаемость факторов указывает на искусственность слишком строгого разграничения структурных элементов психоза. Это не уменьшает значения метода Birnbaum'a,

а лишь говорит за взаимопроницаемость психических процессов личности, которая в каждой отдельной реакции функционирует как единое целое.

9. Множественность структурных элементов психоза не противоречит нозологическому принципу, а дополняет его, разделяя генетический фактор от сопутствующих.

В заключение приношу благодарность профессору П. А. Останову и ассистенту клиники И. Ф. Случевскому за ценные указания, которыми я пользовался.
