

STUDIUL UNOR PARTICULARITĂȚI ACTUALE ALE FRECVENȚEI ȘI FORMELOR DE PARALIZIE GENERALĂ PROGRESIVĂ *

dr. Gh. Grecu, dr. Eugenia Stanciu, dr. A. Nagy, I. Sămărghițan

Au trecut peste 150 de ani de cînd *Bayle*, prin celebra sa teză de doctorat, intitulată „Recherches sur les maladies mentales“ a delimitat prima entitate nosopsihiatrică sub denumirea de „paralizie generală cu nebunie“, demonstrînd că la baza acesteia stă un proces de „Arachnitis cronique“. Meritul delimitării acestei maladii îi revine lui *Bayle* (1822), dar anterior lui și *Chiarrugi* (1793) a făcut unele referiri cu privire la unele cazuri, și în special *Haslam* (1798) a descris în monografia sa „Observations on Insanity“, un caz tipic de paralizie generală. *Haslam* prezintă un caz al unui bolnav în vîrstă de 42 de ani, la care boala a debutat în plină stare de sănătate, prin idei delirante de grandoare, tulburări de vorbire (care în cele din urmă a devenit complet nearticulată), anizocorie, stări apoplectiforme, demențiere rapidă, slăbire generală și marasm. Bolnavul a decedat la 18 luni de la debutul bolii, iar la necropsie s-a găsit un meninge opacifiat și îngroșat, în plus o dilatare ventriculară.

* Lucrare comunicată la a IX-a Sesiune științifică a cadrelor didactice, I.M.F., Tîrgu-Mureș, 4—5 ianuarie 1974

Din 1846, la propunerea lui *Requin*, boala delimitată de *Bayle* primește denumirea de paralizie generală progresivă. Desigur că la conturarea și elucidarea etiopatogenetică a acestei maladii au contribuit numeroși autori. Astfel putem aminti că *Bayle*, încercând să explice cauzele leziunilor descrise de el, cu toate că la 1/5 din bolnavii săi a întâlnit în antecedentele lor personale, infecția luetică, nu a făcut nici o legătură între sifilis și boala descrisă, lucru presupus pentru prima dată de *Esmarch* și *Jessen* (1857), iar marele merit de a demonstra prezența „treponemei“ în țesutul cerebral îi revine lui *Noguchi-Moore* (1913), respectiv *Marinescu* (1914). În 1927 *Wagner von Jaurreg* obține premiul Nobel pentru introducerea malarioterapiei (1917), prima terapie psihiatrică activă cu rezultate spectaculoase mai ales în faza incipientă a bolii. Datorită piretotherapiei și în general penicilinei (introdusă în terapia paraliziei generale în 1945) s-a ajuns, atât la noi cât și în străinătate, ca numărul mare de bolnavi paralitici, care cu câteva decenii în urmă ocupau peste 40% din totalul bolnavilor internați în spitalele de psihiatrie, să se reducă foarte mult. Desigur că această reducere, semnalată de numeroși autori (5, 7, 10, 12, 14, 25), este legată în mod direct de măsurile de profilaxie, depistare precoce a infecțiilor luetice și de instituirea unui tratament cu antibiotice bine condus. De fapt, odată cu introducerea antibioticilor în terapia infecțiilor luetice, unii autori afirmă că patologia sifilisului nervos este în dispariție; totuși, după 1955, s-a semnalat o recrudescență moderată a sifilisului precum și apariția unor manifestări mai fruste și atipice ale paraliziei generale.

Considerăm motivată prezenta lucrare tocmai datorită acestor aspecte și mai ales pentru faptul că pe lângă scăderea incidenței paraliziei generale progresive, ea aduce și unele date referitoare la formele de manifestare ale acestei maladii în condițiile actuale, maladie care, cu toate că în ultima vreme este rară, încă nu a dispărut, ceea ce demonstrează că problemele legate de această boală nu au fost pe deplin rezolvate până în prezent.

Material și metodă

La baza lucrării noastre stau observațiile clinico-statistice efectuate pe un număr de 81 bolnavi internați între anii 1960—1973 în Clinica de psihiatrie din Tîrgu-Mureș și Spitalul de bolnavi psihici cronici din Gheja, cu diferite tulburări psihice consecutive unor meningoencefalite cronice sifilitice. În cadrul acestor observații am pornit de la compararea aspectelor psihopatologice cu cele descrise de autorii clasici, în scopul sesizării unor schimbări cantitative și calitative în modul în care se prezintă și evoluează paralizia generală în condițiile contemporane de investigație și tratament și în general datorită terapiei cu antibiotice utilizată atât de frecvent în maladiile infecto-contagioase, considerînd că nici un individ nu a scăpat de acest tratament și că în acest context și paraliziei au profitat, chiar fără să știe, de antibioterapie, fapt care poate schimba evoluția ulterioară a paraliziei.

Un alt scop principal al acestei lucrări este demonstrarea reducerii incidenței paraliziei generale progresive în urma utilizării pe scară largă a antibioticilor. Diagnosticul de psihoză în cadrul infecțiilor luetice ce-

rebrale a fost pus pe baza reacțiilor serologice, pozitive în sînge și L.C.R., precum și a altor semne neuropsihice.

Rezultate și discuții

În decursul a 14 ani, numărul celor 81 de bolnavi internați pentru diferite forme psihopatologice, întîlnite în cadrul paraliziei generale progresive, reprezintă un procentaj de 0,51% din totalul bolnavilor internați.

Repartizînd bolnavii pe anii de internare în care li s-a precizat diagnosticul de paralizie generală progresivă am constatat o recrudescență în 1961 (17 cazuri) și în 1965 (12 cazuri). De menționat că după 1965 frecvența depistărilor s-a redus extrem de mult, ajungînd între 1967 și 1969 la 3 cazuri, iar de atunci și pînă în 1973 nemaifiind depistat nici un caz.

Deci, după cum se vede din acest raport, internările cu paralizie generală în clinica noastră s-au redus enorm, iar această reducere este legată în mod direct de îmbunătățirea mijloacelor și metodelor terapeutice aplicate cît mai din timp și cît mai corect la bolnavii cu infecții luetice. În raport cu starea civilă menționăm că 44,4% erau necăsătoriți, 39,5% căsătoriți, 7,4% divorțați, 5% separați și 3,7% văduvi. Din aceste date rezultă că cel mai mare procentaj, adică 60,5% al acestor bolnavi, trăiau în afara unei vieți familiale organizate. Din cei 81 de bolnavi 74% erau bărbați și numai 26% femei, ceea ce reprezintă un raport de 3 la 1. Acest raport corespunde cu cel găsit de *Hahn* (1959) la un număr de 1086 bolnavi paralitici, în timp ce *Liu* (1960) dă un raport de 4,4 la 1, iar *Orbán* (1957) de 2,1 la 1.

Referindu-ne la județele pe care le deservește clinica noastră putem afirma că paralizia generală este o maladie cu o proveniență de 72,8% din mediul rural și numai 27,2% din cel urban. Acest aspect oglindește faptul că asistența și educația sanitară au fost foarte slabe și rău organizate în urmă cu cîteva decenii, în special în mediul rural. Făcînd o repartizare pe grupe de vîrstă de 10 ani (tabelul nr. 1) am constatat cel

Tabelul nr. 1

Grupe de vîrstă	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80
Procentaj	2,47%	3,70%	6,13%	33,33%	35,81%	16,15%	2,41%

mai ridicat procentaj de 36,81% între 51—60 ani. De fapt, această maladie a fost diagnosticată după vîrsta de 41 ani în procentaj de 87,70%, fenomen care nu corespunde decît parțial cu datele semnalate de autorii clasici, dar acest aspect mai relevă și faptul că în urma îmbunătățirii condițiilor economico-sociale a asistenței sanitare și a introducerii antibioticelor în practica medicală curentă, a făcut ca debutul acestei maladii să apără în majoritatea cazurilor la o vîrstă mai înaintată. O analiză a profesiilor prestate de cei 81 bolnavi, relevă faptul că 48,14% sînt cooperatori agricoli, 17,28% muncitori, 16,05% fără nici o calificare, 9,88% casnice și 8,65% pensionari. Trebuie să remarcăm că 53,9% din totalul bolnavilor, în perioada celui de-al doilea război mondial (1939—1945) au servit în cadrul armatei și că un număr mai restrîns reprezentat de 8,64% au participat ca militari în primul război mondial (1914—1919). O altă

problemă o constituie faptul că 11,11 % din bolnavi au fost șoferi, mecanici, comercianți și pantofari, în timp ce 16,05 % nu aveau nici o calificare lucrînd temporal și ocazional în diferite locuri.

Datele anamnestică au demonstrat că la 3,7 % infecția luetică a fost prezentă la unul sau la ambii părinți, în timp ce 83,95 % recunosc această infecție în antecedentele lor personale, pentru care au făcut diferite tratamente (cu preparate: arsenicale — salvarsan și neosalvarsan —, bismutice, mercuriale, săruri de iod, sulfamide, penicilină etc.), iar 12,35 % nu-și amintesc să fi suferit de această infecție. Preocupîndu-ne de intervalul de timp parcurs de bolnavi de la infecția primară pînă la apariția manifestărilor psihice și neurologice mai mult sau mai puțin caracteristice paraliziei generale pentru care s-au internat, am constatat că, la bolnavii fără tratamente anterioare sau la cei care au beneficiat, din diferite motive, de un tratament incomplet și fără antibiotice (total 55,55 %) acest interval a variat între 3 și 16 ani. Dar și la această grupă paralizia generală a apărut mai repede la acei bolnavi care în viața lor au făcut exces de băuturi alcoolice, au dus o viață dezordonată sau din contră au fost suprasolicitați fizic și intelectual, trăind unii din ei și o viață stressantă. Deci, datorită acestor factori organismul își pierde rezistența și cedează mai repede invaziei treponemelor în sistemul nervos central (6, 12, 14, 22, 23, 24, 26 etc.). La restul bolnavilor (44,45 %) care au făcut unele tratamente complete, în special la cei care au beneficiat și de penicilină, avînd și o viață mai echilibrată fără abuzuri și suprasolicitări, manifestările paralitice au apărut mai tîrziu, adică după 8 și chiar peste 20 de ani.

În continuare ne vom referi pe scurt la simptomele neurologice întîlnite la acești bolnavi atît în perioada de debut cît și de stare, redîndu-le în ordinea frecvenței lor: astfel anomalii pupilare (contur neregulat, semnul lui Argyll Robertson, anizocorie, pupile miotice și alte perturbări ale reflexelor pupilare) în 64 %, hiperreflexivitatea osteotendinoasă în 59 %, tulburări de vorbire (dizartrie) în 48 %, tremurături în 34 %, ataxie în 14 %, mialgii profunde în 11 %, hemipareze, hipertonie sau scăderea forței musculare în 8 %, crize jaksoniene, epileptiforme, afazii tranzitorii și tulburări de conștiință în 8 %, simptome pseudo-tumorale cu diferite localizări în 6 %, fenomene apoplectiforme în 3 %. De fapt, asemenea manifestări neurologice au fost semnalate și de autori clasici dar și de cei mai recentți (4, 5, 9, 10, 17, 18, 25, 34).

Simptomatologia psihică de debut mai des întîlnită de noi este cea psihonevrotică. Rămîne de remarcat faptul că, așa cum presupun și alți autori (5, 10, 12, 25, 26 ș.a.), paralizia generală progresivă îmbracă tot mai frecvent în ultimele decenii diferite forme mai fruste și atipice, ceea ce uneori creează greutăți și chiar posibilități de interpretare greșită. Se pare că aceste schimbări clinico-fenomenologice sînt consecutive atît evoluției naturale a bolii cît și mijloacelor terapeutice specifice și nespecifice, în care principalul loc îl ocupă antibioticele. În general, mulți autori (2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 33 etc.) au semnalat că în ultima vreme formele paraliziei generale progresive clasice nu mai corespund decît în mod parțial cu cele de azi, de pildă cașexia și marasmul practic nu se mai întîlnesc decît ca o excepție.

În stabilirea formelor de manifestare ale paraliziei generale progresive, ne-am ghidat după simptomele psihice ce dominau tabloul psiho-

patologic, simptome care conturau în cea mai mare măsură un sindrom clasic. Pornind de la formele clasice amintim că *Bayle*, susținea ca un simptom patognomic prezența ideilor delirante de grandoare și că el excludea alte forme de manifestare psihopatologică din cadrul acestei maladii. Cu timpul însă, chiar contemporanii săi (*Baillarger* etc.) au lărgit tot mai mult cadrul paraliziei generale, introducând aici și alte forme, în special pe cea depresivă. Cu puțin timp înainte majoritatea autorilor recunoșteau că forma expansivă a paraliziei generale se întâlnea într-un procentaj de 25 % la fel ca și forma depresivă, în timp ce un procentaj mai ridicat aproximativ de 40 % era furnizat de forma simplă dementială. Alte forme semnalate, și după unii autori întâlnite destul de frecvent, sînt următoarele: halucinator paranoide, schizoide, confuzionale, epileptoide și cele atipice: paraliza lui *Lissauer*, taboparalizia și cea diencefalică (asemănătoare encefalitei letargice). Fără a ne opri asupra altor forme grave vom arăta că datorită terapiei actuale a scăzut enorm frecvența formelor grave în favoarea celor mai ușoare cu o evoluție mai lungă.

Revenind la observațiile noastre vom prezenta în continuare formele întâlnite în ordinea frecvenței lor:

Forma simplă dementială	37,2 %
Forma depresivă	23,4 %
Forma expansivă (maniacală)	14,8 %
Forma halucinator paranoică	12,3 %
Forma confuzivă	4,9 %
Forma epileptoidă	3,7 %
Forme atipice	3,7 %

După cum se vede din cele de mai sus pe primul loc s-a situat forma simplă dementială, caracterizată prin scăderea capacităților intelectuale, tulburări de memorie și gândire, bradipsihism și bradikinezie, tulburări de comportament prin scăderea simțului etico-moral și al discernămintului etc. Date asemănătoare au fost publicate de alți autori (10, 12, 14, 15, 16, 28, 33 etc.).

Forma depresivă a paraliziei generale, în procentaj de 23,4 %, s-a situat pe locul al doilea. De fapt, așa cum arată și *Dewhurst* (1969) această formă a cîștigat în ultimele decenii mai mult teren în defavoarea formei expansive, care în observațiile noastre se situează pe locul al 3-lea cu un procentaj de 14,8 %. Diagnosticul de formă depresivă sau maniacală a fost pus pe baza sindromului afectiv care domina tabloul psihopatologic. Trebuie să amintim că în cadrul acestor forme, viața afectivă are perioade scurte în care simptomatologia afectivă poate oscila de la un sindrom la altul, ca de exemplu după o stare de tristețe profundă și plins cu o moderată agitație, bolnavul începe să cînte și să mimeze ritmul și mișcările unui dans. Din observațiile mai multor autori (10, 11, 13, 16, 20, 33) care au întâlnit forma expansivă între 3 și 16 % din bolnavii tratați rezultă un dezacord cu datele semnalate de autorii clasici care dau pentru această formă procentaje mai ridicate. În ultimele decenii (10, 21) se pare că tipul expansiv al paraliziei generale, obișnuit în Europa a fost înlocuit treptat cu forma simplă dementială și depresivă. Făcînd observații (19) asupra ideilor delirante și a tulburărilor de percepție, întîlnite în cadrul

schizofreniilor de-a lungul unui secol au constatat (importante schimbări) că preocupările religioase în secolul trecut au fost de 3 ori mai frecvente decît în perioada contemporană și că preocupările sexuale sînt de 2 ori mai frecvente în perioada actuală decît în secolul trecut. Desigur, asemenea schimbări se întîlnesc și în cadrul paraliziei generale progresive, probabil ele sînt o consecință directă a schimbărilor economico-sociale, în primul rînd a concepțiilor despre lume, a dezvoltării grandioase tehnico-științifice și culturale, condiții în care oamenii lumii contemporane se desprind treptat de vechile concepții mistico-religioase. Aceste schimbări mai pot fi favorizate și de posibilitățile psihofarmacologice de cedare timpurie a excitației psihomotorii cît și de alte aspecte terapeutice și economico-sociale care au redus și frecvența formelor grave de paralizie generală. Din cadrul celorlalte forme amintim că forma halucinator paranoidă am întîlnit-o în 12,3 %, cea confuzivă în 4,9 %, în timp ce forma epileptică și atipică în 7,4 %. În general toate aceste forme de paralizii generale progresive, mai ales în perioada de debut și acolo unde nu existau date anamnestice și nici semne neurologice, pun probleme importante de diagnostic pozitiv și diferențial. În interpretarea biopsihosocială și clinico-fenomenologică am ținut seama de aspectul plurifactorial al fiecărui caz în parte și în special de reacțiile serologice.

Un alt aspect de care ne-am ocupat a fost analiza rezultatelor terapeutice. Desigur că în cazul paraliziei generale, terapia s-a schimbat în bine în special odată cu introducerea piretoterapiei (ale cărei efecte favorabile au fost sesizate chiar de *Esquirol, Morel, Charcot, Sabler, Rosenblum* și alții, care au observat în urma unor boli infecțioase remisii bune la unii bolnavi paralitici, dar această metodă a fost pusă la punct de *Wagner von Juregg* în 1917) și a antibioticelor în 1945.

În clinica noastră, la 88,8 % din cazuri, am făcut un tratament combinat prin piretoterapie, penicilină și alte medicamente proteguitoare ale sistemului nervos sau ale altor organe lezate. Eficacitatea acestui tratament a fost cu atît mai mare cu cît el a fost aplicat în stadiul de debut precoce al paraliziei. În aprecierea rezultatelor ne-am ghidat după schema lui *Michauxs*, care încadrează rezultatele terapeutice în: remisii complete, incomplete, minime și nule. Remisii complete (în care mai persistau minime tulburări psihoneurologice) am obținut în 40,7 %. Remisii incomplete (la care erau prezente variate tulburări psihice și neurologice de intensitate moderată, dar cu caracter persistent) în 45 %. Remisii minime (în care procesul morbid rămînea stabilizat, cu persistența unor defecte de aspect demential și cu pierderea capacității de muncă, în timp ce se ameliora doar starea somatică) în 9,8 % și remisii nule (fără schimbări psihosomatice evidente cu tendința la evoluție și demențiere globală) în 4,5 %.

Într-un procentaj de 11,1 %, din cauza unor leziuni somatice, nu s-a putut aplica piretoterapia, apelînd doar la antibiotice și tonice generale. Remisiile din această grupă au fost mai slabe decît ale grupei analizate mai sus, astfel la un număr de 4 bolnavi am obținut remisii complete și incomplete, în timp ce la restul de 6 aceste remisii erau minime și nule. Bineînțeles că aici pe lîngă paralizie mai acționau în mod defavorabil și alte decompensări organice (cardiopulmonare, renale, hepatice etc.), care în multe cazuri au agravat starea bolnavilor, ajungînd chiar la decese. Amintim că numeroși autori (1, 8, 9, 10, 15, 26, 31, 32 etc.) semnalează

cazuri rare de insuccese și chiar agravare la terapia cu penicilină, motiv pentru care ei recomandă aplicarea unui tratament combinat în funcție de starea somatică și psihică a bolnavului tratat. Demn de remarcat este faptul că din cei 81 bolnavi tratați de noi, 12,3% au avut între 3,6 internări, 23,4% au avut 2 internări, iar restul de 64,3% numai una. Aceste reinternări s-au făcut în urma înrăutățirii stării bolnavilor sau fiind chemați pentru control și tratament.

Concluzii

1. Studiul nostru demonstrează faptul că frecvența internărilor cu paralizie generală progresivă în clinica noastră s-a redus mult, ajungând la 0,51% din totalul internărilor, în comparație cu internările date de autori clasici, ale căror date statistice relevă un procentaj de peste 40% din totalul internărilor în spitalele de psihiatrie.

2. Nu putem ignora această maladie, chiar dacă unii autori susțineau că odată cu introducerea penicilinei în terapia sifilisului va dispărea paralizia generală progresivă.

3. Realitatea clinică demonstrează într-adevăr o reducere însemnată a paraliziei generale progresive, dar în același timp și existența ei, chiar în diferite forme fruste sau atipice, provocând o ridicată morbiditate și mortalitate, aspecte care necesită să i se acorde și în continuare atenția cuvenită.

4. În ultimele decenii raportul dintre diferitele forme clasice s-a schimbat, primele locuri fiind ocupate de forma dementială simplă, depresivă, expansivă și halucinator paranoidă, iar formele grave s-au redus în favoarea celor mai ușoare și prelungite.

5. Aplicarea unei terapii adecvate (specifice și nespecifice) cât mai apropiate de instalarea paraliziei generale progresive, ne ajută în obținerea unor rezultate bune, făcând posibilă reinscrierea socială și readaptarea profesională a unui procentaj ridicat de bolnavi.

6. Pe lângă cele de mai sus, o importanță deosebită revine dispensării și controlului periodic al acestor bolnavi și, în cazuri motivate, reinternarea lor pentru tratament.

Sosit la redacție: 25 ianuarie 1974.

Bibliografie

1. Birkett D.: Brit. J. vener. Dis. (1961), 37, 202; 2. Boudin G.: Concours méd. (1956), 78, 1557; 3. Boudin G.: Bull. et mém. Soc. méd. Hôp. Paris (1962) 113, 484; 4. Brain I.: Diseases of the Nervous System, Ed. Sixth, London, 1962; 5. Bruetsch L. W. Neurosyphilitic Conditions. General Paresis, in: Arieti S.: American Handbook of Psychiatry. Basic Books, New York, 1967, vol. II, 1003; 6. Constanța Ștefănescu și colab.: Neurologia (1960), 6, 481; 7. Cortez P.: Neurologia (1960), 3, 261; 8. Dewhurst K., Todd J.: Int. J. Neuropsychiat. (1965), 1, 257; 9. Dewhurst K.: Psychiat. clin. (1968), 1, 320; 10. Dewhurst K.: Brit. J. Psychiat. (1969), 115, 31; 11. Froshang H., Ytrehus A.: Acta Psychiat. Neurol. Scand. (1956), 31, 35; 12. Gayral L.: Précis de Psychiatrie, Ed. Baillière, Paris, 1967; 13. Grecu Gh.: Studiul unor aspecte ale stărilor depresive, Teză de

doctorat, Tirgu-Mureş, 1972; 14. *Gurevici O. M., Sereischi I. M.*: Manual de psihiatrie, Ed. medicală, Bucureşti, 1949; 15. *Hahm R. D.*: Amer. J. syph. gonor. vener Dis. (1947), 31, 543; 16. *Hahm R. D.* şi colab.: A.M.A. Arch. Neurol. and Psychiat. (1959), 81, 557; 17. *Heathfield K.*: Brit. med. J. (1968), 1, 765; 18. *Joje R., Black M., Floyd M.*: Brit. med. J. (1968), 1, 211; 19. *Klaf F. S., Hamilton J.*: J. ment. Sci. (1961), 107, 819; 20. *Liu M.*: J. ment. Sci. (1960), 106, 1082; 21. *Lucas C., Sainsbury P., Collins J.*: J. ment. Sci. (1962), 108, 747; 22. *Mayer-Gross, Slater E., Roth M.*: Clinical Psychiatry, Ed. Cassell, London, 1960, 448; 23. *Marchand L.*: La syphilis neuro-psychique, Ed. Legrand, Paris, 1939; 103; 24. *Michaux L.*: Psychiatrie, Ed. Flammarion, Paris, 1967; 25. *Negulici E., Cristodorescu T.*: Neurologia (1965), 5, 467; 26. *Nick J., Contamin F., Guillard A.*: Bull. Soc. méd. Hôp., Paris (1962), 113, 494; 27. *Orbán T.*: Acta psychiat. neurol. Scand. (1957), 32, 89; 28. *Power T. D.*: J. ment. Sci. (1930), 76, 524; 29. *Reynolds F. W.*: Amer. J. Syph. (1948), 32, 233; 30. *Robustov G.*: Sov. Med. (1949), 5, 20; 31. *Thiers H., Fayolle J.*: J. Méd Lyon (1962), 43, 195; 32. *Tyson W.*: J. invest. Derm. (1945), 6, 279; 33. *Vurdelja N., Vuckovici S., Kapamadzija B.*: Arch. Psychiat. Nervenkr. (1961), 202, 177; 34. *Wallsh F. B.*: Clinical Neurophthalmology, Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1957.
