

Эти незначительные по эффективности результаты фаготерапии дизентерии были получены нами, несмотря на самое тщательное выполнение указаний, имеющихсЯ в литературе. Нами употреблялся специфический в отношении данной вспышки поливалентный и очень активный бактериофаг. В данном случае бактериологическим исследованием была установлена инфекция, вызванная различными представителями дизентерийной группы, с преобладанием бактерий Шига. У всех больных, подвергнутых фаготерапии, из кишечника через 2—3 дня был выделен бактериофаг правда, с некоторыми вариациями его первоначального титра, показавшего уменьшение. При лечении были приняты все меры к тому, чтобы фаг смог проявить свое действие в щелочной среде (давалась сода, соответствующая диета).

Из 99 человек 66 больных получали фаг в первые три дня заболевания, т. е. в сроки, наиболее рекомендуемые, но и в этих случаях особого успеха отметить нельзя. Очевидно недостаточно только иметь активный фаг *in vitro* и применять его с вышеизложенными предосторожностями. Приходится считать, что методика лечения бациллярной дизентерии бактериофагом требует еще дальнейшего изучения и большего уточнения, чем мы имеем в настоящий момент.

Из клиники нервных болезней Казанского ин-та усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина (дир. проф. И. И. Русецкий).

К ВОПРОСУ О МАЛЯРИЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Доц. П. А. Бадюл.

Из числа наиболее распространенных хронических инфекционных заболеваний бесспорно одно из первых мест принадлежит малярии с ее разнообразными проявлениями. В повседневной практике нам на каждом шагу приходится встречаться с теми или иными формами малярии, и мы настолько привыкли к этому, что подчас замечаем лишь случаи с более определенной клинической картиной и нередко прсматриваем менее ясные, скрытые формы малярии, предполагая здесь другую этиологию. Такое положение объясняется гл. обр. чрезвычайно большим многообразием малярийных заболеваний, протекающих часто под видом других болезней. Уместно вспомнить слова д-ра Богораза по поводу некоторых проявлений малярийного заражения, походивших на хирургические заболевания: «Из известных науке болезней только сифилис и бугорчатка могут соперничать с болотными болезнями в многообразии и разновидности проявлений».

Осложнения при хронической малярии и ее обострениях наблюдаются часто со стороны нервной системы. В клиническом отношении принято их подразделять на три группы: 1) осложнения

со стороны центральной, 2) периферической и 3) вегетативной нервной системы. Мы прекрасно понимаем, что такое искусственное подразделение нейромаларии на отдельные, строго очерченные патографические формы является условным и относительным. В действительности же, во многих случаях можно говорить лишь о преимущественном поражении того или иного отдела нервной системы, учитывая реакцию последней в целом. С точки зрения представления о целостности реакции нервной системы на малярийную инфекцию мы несравненно меньше будем испытывать затруднений для объяснения патогенеза отдельных симптомов. Из заболеваний периферической нервной системы на первом месте (по частоте проявлений) стоят невралгии отдельных нервных стволов и сплетений, с которыми мы встречаемся очень часто в поликлинической практике. По данным некоторых авторов локализация их преимущественно левосторонняя. Так, Демьянов в своей работе «О скрытых формах малярии» указывает: «Невралгия п. supraorbitalis слева наблюдалась нами в 44 случаях (73%), справа — в 4 (6%) (всего случаев было 60), левосторонняя межреберная невралгия была наблюдаема в 48 случаях (79%), справа она не встречалась; невралгии plexus cervicalis et brachialis отмечались слева в 41 случае (68%), справа лишь в 1 случае (1,6%). Таболов в статье «К распознаванию малярии» описывает как постоянный диагностический признак при малярии (в 99% всех случаев) — болезненность при надавливании пальцем на уровне второго поясничного позвонка, влево от позвоночника на 3 см и у наружного края продольной мышцы спины. Zitto описал простой признак для распознавания малярии. Этот признак заключается в болевом ощущении при надавливании концом пальца в 9 левом межреберье на пространстве, ограниченном средней и задней подмышечными линиями. Механизм передачи, по автору, совершается по типу висцеро-сензорного рефлекса. По нашим наблюдениям создается впечатление о более частой локализации невралгий на левой стороне, но все же приведенные цифры, не столько в отношении частоты невралгии при скрытой хронической малярии, сколько в отношении локализации их на левой стороне, кажутся нам несколько преувеличенными. У целого ряда больных мы отмечали невралгии на правой стороне или с обеих сторон.

Недавно под нашим наблюдением в стационаре терапевтической клиники находилась б-ая С., у которой после прекращения приступов трехдневной малярии и снижения температуры развилась типичная картина невралгий затылочного, межреберных нервов, шейного и плечевого сплетений исключительно с правой стороны. В октябре 1936 года в нервной клинике лежала больная П. с упорной формой малярии (в крови pl. malariae tertianae). Наряду с явлениями резкого истощения, слабости, малокровия и неврастеническими симптомами у нее наблюдалась тяжелая форма двусторонней невралгии rami supraorbitalis n. trigemini. После снижения температуры головные боли продолжались. Обычная противомаларийная терапия и физические методы лечения не давали

облегчения. Только после применения подкожных инъекций хинина вместе с метиленовой синькой в подлопаточную область и инъекций 1/4% раствора новокаина в п.п. *supraorbitalis* удалось устранить эти боли. У другой больной, К. с резко выраженным после малярии астеническим состоянием, гиперрефлексией и псевдоклонусами имела место упорная невралгия затылочных нервов, больше с правой стороны.

Наиболее часто встречается невралгия п. *supraorbitalis*. Она может быть различной степени выраженности. Обычно мы наблюдаем умеренные формы с небольшой болезненностью в месте выхода нерва, а иногда и гиперестезией кожных покровов соответствующей части головы. Интересно, что эта гиперестезия наблюдается у больных непостоянно, чаще после простудных моментов и во время неясного обострения малярии. Мы находим ее при объективном исследовании, обычно после расспроса больных. Большинство из них указывает, что по временам бывает больно дотрагиваться до волос, расчесывать их гребенкой, менять прическу и придавать волосам другое направление. На это обстоятельство обращает внимание и д-р Коробков. В других случаях больные испытывают ощущение кратковременного удара, стягивания и ломящих болей в области лба и виска. На прием больные приходят с жалобами на головную боль и обычно довольно точно указывают на их локализацию, что и побуждает врача более внимательно отнестись к болевым точкам п. *supraorbitalis* или п. *occipitalis* при невралгии последнего. Практически на это очень важно обращать внимание, чтобы не принять невралгию за головную боль другого происхождения. В более выраженных формах невралгии во время приступа болей глаз часто слезится и краснеет. Гипестезия в области иннервации п. *supraorbitalis* бывает реже. Так же нечасто мы видим невралгию 2 и 3 ветвей тройничного нерва. На 2 месте по частоте появления стоит невралгия затылочного нерва; характеризуется она теми же симптомами, что и невралгия п. *supraorbitalis*. Далее идут невралгии *plexus cervicalis*, *brachialis*, nn. *intercostales* и п. *ischii*. К числу более редких форм относится п. *lumboabdominalis*, *plexalgia lumbosacralis*. Относительно приведенного признака Таболова мы личного опыта не имеем, признак *zitto* мы неоднократно находили у б-х маляриков.

Параличи отдельных нервных стволов и сплетений наблюдаются редко. За последние 3 месяца мы имели в клинике 2 таких случая. У одного больного после повторных приступов малярии развился левосторонний плексит пояснично-крестцового сплетения с преимущественным поражением сакрального сплетения и явлениями выпадения, гл. обр. со стороны поверхностных видов чувствительности корешкового типа. У другого больного после малярийной комы обнаружился паралич левого перонеального нерва. История болезни его будет приведена ниже.

Полиневриты малярийного происхождения встречаются значительно реже по сравнению со столь часто встречающимися невралгиями. Если Luzzato в 1902 г. насчитывал в литературе 40 случаев малярийных полиневритов, то в настоящее время их

описано несравненно больше. В русской литературе следует указать на случаи Шеффера из Астрахани, Залкинда из Ростова на Дону, Аммосова из Баку, Арзуманова из Армении и др. Проф. Аммосов указывает, что малярийная инфекция (тропическая форма) при полиневритах дает характерные особенности: «Это прежде всего наличие сосудистых расстройств; симптомокомплексы Рено, мы, как правило, находим при этих формах: конечности синюшны, холодны наощупь, периодически они становятся бледными; в части случаев мы не могли прощупать пульсацию *art. dorsalis pedis*. Сосудистые явления могут быть в иных случаях настолько значительными, что развиваются глубокие некрозы и больные гибнут. Нам пришлось исследовать серию таких больных с малярийными гангренами и во всех случаях можно было установить, что глубокие сосудистые расстройства, часто ведущие к смерти, не сопровождаются выраженным полиневритом. Пролежни образуются не на обычных местах: они распространены, но опять таки нестойки и быстро заживают». Далее Аммосов считает характерным, что несмотря на столь значительные изменения наблюдается быстрое восстановление функций и исчезновение атрофий. По Шюпферу для малярийного полиневрита типичны явления выпадения со стороны движений и чувствительности, отсутствие реакции перерождения в парализованных мышцах и более частое констатирование вазомоторных изменений. Залкинд наблюдал 6 случаев полиневрита, причем в одном из них с тропической малярией симптомы с повышением температуры нарастали и во время нормальной температуры уменьшались. Арзуманов из Армении сообщает о 7 случаях полиневритов на почве тропической малярии и приходит к заключению, что описываемые им случаи развивались при рецидивах тропической малярии, когда течение ее принимало хронический характер и состояние б-х граничило с кахексией. Проявление и течение их не отличалось от полиневритов с другой этиологией.

В нервной клинике находились на излечении 2 больных с малярийным полиневритом. Один случай является более типичным, остановлюсь на нем подробнее.

1. С-ка, 16 лет, девица, колхозница. Поступила в нервную клинику 6.IX 1936 года с жалобами на отсутствие движений и на боли в руках и ногах, затруднение речи, одышку, боли в груди. В начале августа первые проявления малярии в острой форме; приступы малярии сопровождались головной болью, головокружением, рвотой и повышением t до $39 - 40^{\circ}$. С 20.VIII нарастающие явления парапареза нижних конечностей. 27.VIII слабость рук, боли в мышцах туловища и конечностей, шопотная речь, изменилась «поговорка речи», поперхивание, дисфагия; по словам б-ной, вода задерживалась за грудиной и не проходила, твердую пищу не принимала, температура повышалась до $37,5 - 38^{\circ}$. Детских болезней не помнит. Месячные с 13 лет. Наследственность чистая. Б-ая правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледно-желтого цвета с сероватым оттенком, слизистые бледны. Легкий симптомокомплекс Ногге'a слева, краевой нистагм глаз, незначительная асимметрия лица за счет слабости *n. facialis*.

sin. Слабые движения в проксимальных отделах рук, *paraplegia interior*. Поверхностное и учащенное дыхание, движения купола диафрагмы извращены, не может напрягать живот. Пассивные движения очень ограничены из-за сильной болезненности в мышцах конечностей. Сухожильные, надкостничные кожные рефлексы отсутствуют. Зрачковые реакции — N. Со слизистых — понижение небного и глоточного рефлексов. Ригидность затылочных мышц, с. Кернига. Гипотония в мышцах конечностей. Сильная болезненность при давлении на нервные стволы, мышцы, конечности, спину, брюшные стенки, межреберные промежутки и шею. По этой причине невозможно было прощупать селезенку и печень. Болезненны к давлению места выхода n. n. *supraorbitales* et *occipitales* и особенно жевательные мышцы. Поверхностная чувствительность всех видов расстроена по периферическому типу до паховой складки. Мышечное чувство резко нарушено в пальцах стоп и кистей. Кинестетическое чувство отсутствует в ногах, снижено на руках. Вибрационная чувствительность отсутствует до колен. Тазовые органы в порядке. Органы высших чувств — тоже. В трофической сфере умеренное похудание мышц верхних и нижних конечностей, атрофия более заметна в мелких мышцах кистей и стоп. Частичная реакция перерождения в мышцах дистальных отделов конечностей. Из вегетативных рефлексов отметим с. D. Aschner'а 24/96, резкое преобладание белого дермографизма над красным, выраженный пилomotorный рефлекс. Психическая сфера в пределах N. Речь несколько дизартрична и замедлена. Смеяться, громко говорить, кашлять не может. Консультация ларинголога — парез голосовых связок. Внутренние органы в порядке. Кров. давление: max. — 110, min — 85. RW с кровью отрицательная. При исследовании крови обнаружены гаметы *malariae tropicae*.

Гемограмма: гемоглобин 53%, индекс 0,69, эритроцитов 3870000, лейкоцитов 4200, в лейкоцитарной формуле моноцитов 11,5, лимфоцитов 26,5%, РОЭ — 53 мм в 1 час.

Моча — уд. вес 1031, уробилин по Schlesinger'у, сплошь ураты.

Через 2 месяца после лечения в клинике значительное улучшение в двигательной и чувствительной сферах. Б-ая самостоятельно ходит, движения атактичны, типа интенционного дрожания. Крупное дрожание пальцев, рук, особенно большого и указательного, неравномерное по амплитуде, ритму и скорости, усиливается от легкого напряжения. Быстрая мышечная утомляемость. Понижение температуры в дистальных отделах нижних конечностей. При ходьбе легко наступает цианоз голеней и стоп, пульс *art. dorsalis pedis* et *tibialis* прощупывается, *meneses* отсутствуют. Падение в весе на 12 кг 5.XII выписывается с явлениями значительного улучшения.

Остановимся вкратце на особенностях данного случая. Подострое развитие заболевания после ряда повторных приступов малярии, когда температура шла на снижение, явления менингизма, диффузный характер поражения. Участие черепномозговых нервов — легкий парез левого лицевого нерва, болезненность к давлению n. n. *supraorbitalis* и особенно жевательных мышц, явления пареза блуждающего нерва, парез голосовых связок. Со стороны верхнего шейного сплетения — парез n. *frenici*, болезненность n. n. *occipitales* и шейных мышц. Со стороны грудных нервов — ограничение движений и боли в мышцах спины, поясницы, межреберных промежутках и брюшных стенках, отсутствие брюшных, коленных и лобковых рефлексов.

Значительная болезненность при движениях в отдельных мышцах проксимальных отделов нижних конечностей. Преобладание расстройства глубокой чувствительности над поверхностной. Умеренные трофические нарушения. Следует отметить легкий нистагм глаз, дизартрию, крупное, неравномерное дрожание в отдельных пальцах вытянутых рук фасцикулярного типа, повышенную возбудимость вегетативной нервной системы (больше симпатического отдела), вазомоторные явления, прекращение *menses*, большое падение в весе (на 12 кг.). Характерна быстрая мышечная утомляемость при движениях. Несмотря на тяжелое положение в начале заболевания 6-ая выписалась из клиники через 31½ месяца в удовлетворительном состоянии с небольшими остаточными явлениями полиневрита.

У второй больной явления полиневрита были не столь резко выражены. По клинической картине здесь было много общего с первым случаем, и большая часть тех особенностей, которые были только что приведены, отмечена и у второй больной.

В следующем случае с *myelopolyradiculoneuritis malarica* мы имели *maximum* явлений со стороны задних корешков спинномозговых нервов и относительно более легкие симптомы выпадения со стороны периферических нервных стволов и проводящих путей спинного мозга.

3. У-в, 24 л., служащий. Поступил в нервную клинику 25.IX с жалобами на сильные, стягивающие боли в мышцах шеи, надплечий, спины и ног, невозможность ходить, двигаться в постели, головные боли, сильную слабость и легкую задержку мочи при мочеиспускании. Тропическая форма малярии с 1929 г. Настоящее заболевание относит к июлю. Приступы малярии с повышением температуры до 40° почти ежедневно, с 14.III через день. 10.VIII помещен во 2-ю советскую больницу. Здесь стала снижаться, и появились боли в пояснице и по ходу седалищных нервов. 28/VIII выписался из больницы. В начале сентября наблюдались выраженные стягивающие боли в пояснице, крестце, ногах, не мог самостоятельно переворачиваться в постели, лежал на животе, на спине не мог. При попытке подняться ударяло в поясницу и шею «как будто шея была прикована». В середине сентября появилась задержка мочеиспускания, боли носили дергающий, отдающий, стреляющий характер, меняли локализацию. Из заболеваний перенес: воспаление легких в 1915 г., тиф сыпной и возвратный в 1920 г. Венерические болезни отрицает. Курит и пьет умеренно. Наследственность чистая.

Отчетливый горизонтальный и вертикальный нистагм в крайнем положении глаз. Движения и сила в верхних конечностях в пределах N. Объем активных и пассивных движений в нижних конечностях, туловища, шеи резко ограничен. Живые сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей. Брюшные рефлексы вызываются хорошо, за исключением нижних. Из патологических рефлексов с обеих сторон: Россолимо, Жуковский — Корнилов и Мендель — Бехтерева. Зрачковые реакции в порядке. Со слезистых тоже. Очень резко выраженная гипертония мышц нижних конечностей. Первое впечатление при осмотре больного — это картина спастического компрессионного синдрома. При попытке слегка поднять или согнуть ногу в коленном суставе возникают сильные боли и защитная реакция со стороны больного. Также резко напряжены мышцы спины и шеи. Поверхностные виды чувствительности расстроены в основном по корешковому типу до d_{10} . Мышечное чувство нарушено в пальцах стоп. Кинестетическое чувство расстроено в зонах иннервации пораженных корешков. Тазо-

вые органы — легкая задержка при мочеиспускании. Органы высших чувств в порядке. Б-й правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледны с сероватым оттенком, слизистые оболочки бледны, небольшая атрофия в мелких мышцах стоп, диффузное похудание конечностей.

Вегетативная нервная система: с D. Aschner'a 18/72, эпигастрический—12/66, красный дермографизм: 9 секунд, длительность 2 минуты, белый латентный период 11 сек., длительность 4 минуты.

Селезенка и печень болезненны, не прощупываются. Диспептические явления. Кровяное давление: max. — 103, min. 50.

Гемограмма: Hb — 69%. Лейкоцитов 6,800. Лейкоцитарная формула: юных форм 0,5%, палочкоядерных 7,5%, сегментоядерных 42,5%, эозинофилов 4,5%, моноцитов 12,5%, лимфоцитов 32,5%. Обнаружены плазмодии трехдневной малярии. РОЭ — 9 mm. в 1 час.

Моча без уклонений от Н. Реакции Вассермана и Кана с кровью отрицательные. Исследование спинномозговой жидкости — жидкость светлая, прозрачная, р. Nonne — Apelt'a — отрицательная, р. Pandy едва заметная опалесценция. Плеоцитоз — 2 лимфоцита во всей камере R. Wasserman'a с ликвором отрицательная.

25/X походка спастическая, ходит очень медленно, с трудом передвигая ноги. Объем движения туловища ограничен, с трудом при помощи рук садится на кровать. Бросается в глаза чрезвычайно быстрая утомляемость больного, незначительное движение вызывает сердцебиение, одышку и необходимость отдыха в течение 1 — 2 минут. Количественное понижение электровозбудимости в мелких мышцах костей рук без реакции перерождения. Понижение кожной температуры в голенях и стопах, потливость ног, цианоз пальцев рук и ног чередуется с побледнением и похолоданием конечностей.

Здесь мы также имеем, как и в предыдущих случаях, постепенное нарастание симптомов после снижения температуры. В клинической картине следует отметить: отчетливый нистагм, резкую гипертонию мышц шеи, туловища и нижних конечностей, очень большое ограничение движений из-за болезненности нервных стволов, мышц и их сухожилий, главным образом в проксимальных отделах конечностей, легкие проводниковые симптомы и нарушения тазовых органов, живые сухожильные рефлексы при значительном понижении чувствительности по корешковому типу, умеренные трофические расстройства без качественного изменения электровозбудимости, повышенную возбудимость вегетативной нервной системы, больше со стороны симпатической нервной системы, отсутствие изменений спинномозговой жидкости при наличии проводниковых и резких корешковых явлений. Большая слабость и очень быстрая утомляемость при самых незначительных движениях и напряжениях мышц, дрожание конечностей, диспептические явления, падение в весе на 12 кг, хорошая восстанавливаемость.

4. К-в, 33 лет, помощник машиниста. Поступил в нервную клинику 13/X 1936 года с жалобами на слабость в левой стопе, затруднение походки, судороги в икроножных мышцах, стесненное дыхание, общую слабость. Приступы малярии с 17/VIII 1936 г. В ночь на 16/IX потерял сознание и

был отправлен в больницу. Бессознательное состояние, бред и высокая температура продолжались 4 дня. Придя в сознание, больной заметил слабость в левой стопе. Вскоре к слабости присоединились тонические судороги в приводящих мышцах бедра и икроножных мышцах левой ноги. В конце сентября б-й обратил внимание на значительное потемнение кожи и болезненность на ограниченных участках пяток обеих ног. Из перенесенных заболеваний — сыпной, брюшной и возвратный тифы в 1919 — 20 г. Венерические болезни отрицает. Со стороны наследственности ничего особенного не отмечается.

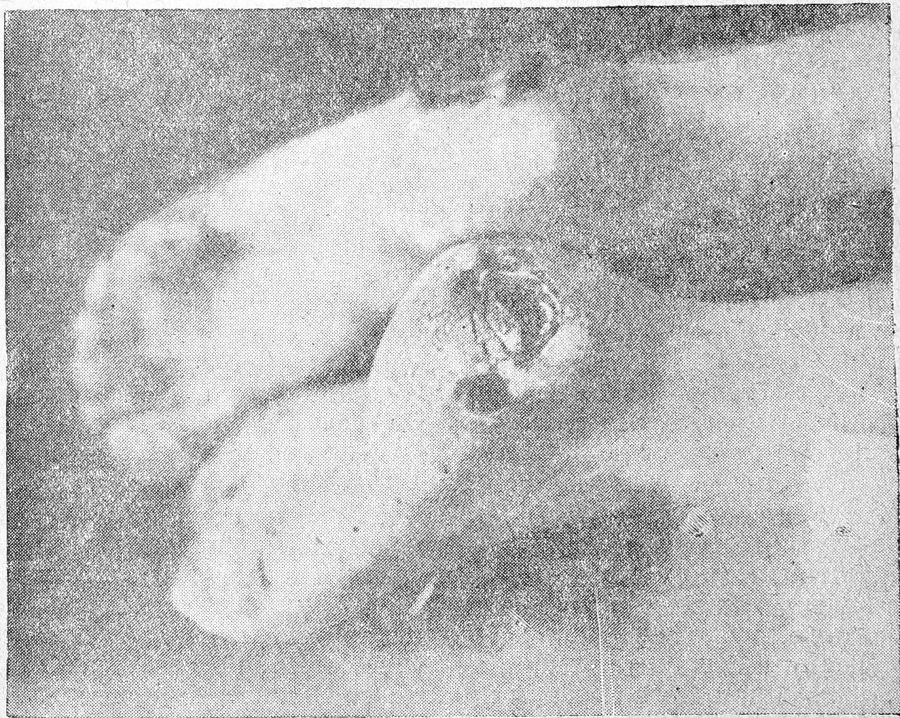
Б-ой резко пониженного питания, выглядит старше своего возраста, кожные покровы бледножелтовато-землистого цвета, слизистые бледны. Со стороны нервной системы паралич п. *peroneus communis sin.*, слабые проводниковые симптомы с обеих сторон, вяловатые зрачковые реакции. Походка *steppage*. Гипестезия на поверхностных виды чувствительности в области кожной иннервации п. *n. cutaneus surae medialis et lateralis*, *peroneus superficialis et profundus*. Похудание мышц голени и бедра слева и частичная реакция перерождения в них при исследовании электровозбудимости. Из вегетативных рефлексов следует отметить резкое преобладание белого дермографизма над красным.

На поверхности кожи на груди и спине многочисленные темно-коричневого цвета пятна различной величины. Кожа на стопах сухая, легко шелушится. На задне-боковой поверхности пятки слева и больше на задней справа расположены язвы круглой формы около 4-5 см в диаметре. Кожа в окружности язв несколько утолщена, мозолиста с синюшным оттенком. В центре правой язвы имеется углубление величиной в окружности с 2-копеечную монету с гнойным отделяемым; слева язва поверхностная. Наблюдается болезненность даже при легком давлении (перевязка) как в самой язве, так и в окружающих ее кожных покровах.

Психическая сфера без особых уклонений. Сердце и легкие N. Селезенка и печень не прощупываются. Моча N.

Гемограмма от 5/II. Эритроцитов 4.440.000. Лейкоцитов—8.900. Лейкоцитарная формула: палочкоядерных 0,5%, сегментоядерных 63%, эозинофилов 2%, базофилов 1%, моноцитов 5,5%, лимфоцитов 28%. РОЭ 31 мм в 1 час. В поле зрения в очень большом количестве обнаруживаются полудуния *pl. malariae tropicae*, RW. в крови отрицательная. 31/X сделан новокаиновый блок по Вишневскому справа. 4/XI после блока язва на правой ноге хорошо гранулирует, 10/XI сделан повторно блок. 19/XI постепенное заживление язв с обильным образованием грануляций. 5/XII парез п. *peroneus sin.* менее выражен, полоска гипестезии на передней поверхности голени; хорошо поправился, грибы в весе, выписывается из клиники.

В приведенном случае интересно сочетание периферического пареза п. *peroneus communis sin.* легкими проводниковыми симптомами и трофическими нарушениями не только на стороне пареза, но и на другой стороне. Вначале было высказано предположение о сифилитической этиологии трофических язв, принимая во внимание вялый характер зрачковых реакций и их анизорефлексию. Но развитие язв после малярийной комы, значительная болезненность их даже при легком давлении, хорошее быстрое заживление после противомаларийного лечения и блока по Вишневскому, отсутствие табетических симптомов,—все это говорит больше за малярийное



До лечения



Во время лечения (обширное образование грануляций при проведении курса противомаларийной терапии и после первого блока по методу проф. Вишневского).

происхождение трофических расстройств. Многие авторы считают характерным для нейромаларии, особенно тропической, грубые трофические изменения включительно до гангрены, иногда без заметных полиневритических симптомов.

В описанных случаях мы наблюдаем своеобразное течение нейромаларии, отличное от других форм. Из клинических проявлений мы выделяем, с одной стороны, сочетание периферических форм поражения с участием в той или иной степени центральной нервной системы, с другой стороны, видим благоприятное течение и хорошую восстанавливаемость во всех случаях. Не только проводниковые симптомы, но и отдельные симптомы, как нистагм, легкие дизартрические нарушения речи, расстройство координации мелких движений в стадии восстановления, крупные, неравномерные подергивания в отдельных пальцах рук, типа фасцикулярных и миоклонических сокращений, вряд ли можно объяснить одним только периферическим характером заболевания. При допущении же некоторого участия в процессе проводящих систем мозжечка или самого мозжечка, нам был бы более понятен механизм развития верхних симптомов. Всем хорошо известно, как часто встречаются случаи острой атаксии типа Leyden—Westphal'я на почве малярии. Комбинация полиневрита с острой атаксией тоже встречается, и в литературе мы находим описание подобных случаев. Гиперкинетические явления в пальцах рук, проводниковые симптомы можно трактовать, как результат легкого поражения проводящих путей и заинтересованности в процессе клеток передних рогов серого вещества спинного мозга. Второе, что обращает внимание—это хорошая и быстрая восстанавливаемость процесса, несмотря на тяжелые первоначальные явления. Большинство авторов тоже считает характерным для нейромаларии благоприятный прогноз *quoad valetudinem*, имеются указания в литературе и на усиление нервных симптомов во время отдельных приступов малярии.

Повидимому здесь прежде всего играют известную роль вазомоторные нарушения, изменения кровообращения в капиллярах—замедление тока крови, легкое образование стаза и тромбоза сосудов. Могильницкий устанавливает, что капилляры пораженных областей бывают расширены, переполнены красными шариками, содержащими плазмодий, легко образуются легкие кровоизлияния и некрозы, легко выступают тромбозы вследствие распада споруляционных форм и выхода в плазму чужеродного пигмента, образуются гранулемы Дюрка, как следствие нарушения питания. Нужно учитывать и ослабление питания тканей вследствие влияния анемии, уменьшения белков плазмы крови, токсического воздействия продуктами распада, изменение обмена веществ и т. д. Но все это относится к обратимым явлениям. Под влиянием изменившихся условий кровообращение может восстановиться. По отношению к нервной системе дело не доходит до образования значительных деструктивных очагов, миелиновые волокна сохраняются, в нервных клетках развивается обратный хроматоз.

Наши наблюдения относятся только к тем случаям, которые

прошли через нервную клинику за последние 3 месяца. Необходимо будет расширить собираемый материал, и тогда мы сможем прийти к более определенным выводам относительно характерных клинических особенностей при нейромаларии.

Литература 1. Кушев, Хроническая малярия, Монография, 1929 г.—2. Маргулис и др., Полиневриты, сборник.—3. Демьянов, Скрытая форма малярии, Каз. мед. ж., 1927 г.—4. Каченовский, Малярия и ее лечение, 1916 г.—5. Коробков, Хроническая скрытая малярия, Каз. мед. ж., 1933 г.—6. Кушев, Малярия и нервные болезни, Каз. мед. ж., 1927 г.—7. Аммосов, Об основных вопросах изучения нейромаларии, Азербайджанский мед. ж., № 1, 1935 г.—8. Арзуманов, К вопросу о малярийных моно-и полиневритах, 1927 г., Бжшканак Хандес.—9. Гроссман, К проблеме парамаларийных заболеваний нервной системы, Труды 3-го Поволжского научного съезда врачей Астрахани, 1930.

Из клиники нервных болезней Казанского ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (дир. проф. И. И. Русецкий).

О ВЛИЯНИИ ТОКСИЧЕСКИХ ДОЗ ПЛАЗМОЦИДА НА НЕРВНУЮ СИСТЕМУ.

М. А. Рифман.

Последнее время в лечении малярии стали применять плазмохин, синтетически полученный в Германии в 1925 г. Шулерманом, Шенгофером и Винглером. Плазмохин является препаратом, активно действующим на все формы трех и четырехдневной малярии, но не действующим на кольца тропической малярии. При лечении плазмохином гаметы исчезают из крови на 4—8-й день (в то время как при лечении хинином гаметы остаются в крови в течение нескольких месяцев). Целый ряд наблюдений над плазмохином говорит о его хорошем лечебном эффекте.

В СССР в 1933 г. был синтетически получен Магидсоном и Струковым препарат—плазмоцид, аналогичный плазмохину. Действие его паразитоцидное и в особенности гаметоцидное (Николаев). Проф. Мошков указывает, что «плазмоцид позволяет осуществить эпидемиологическую профилактику, ввиду способности делать больного с гаметоцидами в крови незаразными для комара через 18 часов после введения препарата, а при приеме хинина больной может заражать комара и во время лечения».

В то же время имеется немало работ офтальмологов, невропатологов и терапевтов, указывающих на токсическое действие больших доз плазмоцида. Так, по данным Катерова и его сотрудников, при применении плазмоцида по схеме Московского тропического института можно было довольно часто наблюдать ряд побочных явлений в виде резких болей в эпигастрическом отделе с мучительной по временам рвотой; боль и рвота появлялись на 4—6-й день после приема плазмоцида. Эти осложнения при применении