

эпилептическом спектре мы должны поместить и описанный нами случай так называемой „спинальной эпилепсии“.

У нашего больного патологический очаг был в шейном отделе спинного мозга (C_4-C_5). Мы полагаем, что здесь имело место нарушение связи спинного мозга с центральными механизмами терморегуляции и обмена веществ, что привело к описанной нами гипертермии и „спинальной эпилепсии“.

Из хирургического отделения Старо-Челнинской больницы ТАССР.

О так называемом „аппендикулярном симптомокомплексе“ при малярии.

А. А. Шкляев.

Аппендицит, являясь наиболее распространенным заболеванием органов брюшной полости и в то же время наиболее „коварным“ заболеванием, при котором кардинальные симптомы принимают всевозможные оттенки, должен по праву занимать внимание врача-терапевта, а в особенности хирурга при жалобах больных на боль в животе.

Взяв себе строго за правило прислушиваться к малейшим жалобам больных на „боли в животе“ и тщательно их исследуя, мы в своей работе встретились с проявлением клинических симптомов, вполне напоминающих острый аппендицит. Мы их назвали аппендикулярным симптомокомплексом, встречающимся довольно часто при наиболее распространенном в нашей местности заболевании — малярии.

Приведу несколько историй болезни:

1. Больной М., 33 лет (ист. б. № 25), поступил 4. I. 1935 г. с резкими болями в правой подвздошной области и в подложечной области. Больным себя считает с 4 час. утра 4. I. 1935 г. Начало заболевания отмечает резкими схваткообразными болями в правой подвздошной области, рвотой и незначительной головной болью. Температура 38° , пульс—98, удовлетворительного наполнения. Так как в этот день было назначено несколько операций, то небрежное исследование больного, вследствие загруженности врача, привело больного на операционный стол. На операционном столе после туширования кожи живота иодом—повторное исследование. Брюшная стенка справа незначительно напряжена, болевые точки М. Бурнса и с париетальной брюшины. Притупление перкуторного звука в подвздошной области. „Блюмберг“ отрицательный. Диагноз острого аппендицита при соответствующем анамнезе и других объективных данных, казалось, был бесспорным. Разрез по М. Бурнсу. По вскрытию брюшной полости свободно извлечена соесит без каких-либо наслоений, спаек и явлений раздражения брюшного покрова, и совершенно макроскопически неизменный отросток без инъекции сосудов с неукороченной и неуплотненной брыжейкой. Аппендэктомия. 5/1 самочувствие больного хорошее. К вечеру газы отошли, но в ночь на 6/I 1936 г. (5 час. утра) мы были вызваны дежурным по больнице к больному. Больного застаем в тяжелом состоянии, температура $39,5^\circ$, пульс 110, удовлетворительного наполнения. Жалобы на резкие боли в ране и под ложечкой. Рвота. Предпринята ревизия раны. Края разреза не инфильтрованы, ранка сухая, инфильтрата и красноты около раны нет. Ввиду резкой раздражительности больного введен подкожно Sol. morphii pur. 1⁰/₁₀ — 1 см³, мало успокоивший больного. Тщательное исследование больного дало

увеличенную на $2\frac{1}{2}$ пальца болезненную селезенку. Назначен *сhипп тиг.* $0,5 \times 3$. После приема хины больной успокоился, уснул, рвота прекратилась, и на вечернем обходе больной дал совершенно свободно пальпировать живот, заявляя о полном отсутствии боли в ране. В дальнейшем течении заболевания состояние больного удовлетворительное. Подъемы температуры регулярно через день. 10^{II} сняты швы; заживление первичным натяжением. В крови больного обнаружены паразиты *mal. tertian.* 11^{II} выписан в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

2. Почти аналогичная история болезни больной Б. (№ 40), где налицо были все признаки острого аппендицита и где недостаточно добросовестное исследование больного привело больную на операционный стол. На операции мы нашли макроскопически совершенно неизмененный отросток, не подававший и намека на бывшее или существующее его воспаление, а также на присутствие каловых камней, дающих так называемую „аппендикулярную колику“. После дополнительного исследования мы в данном случае также нашли увеличенную селезенку, и хинизация больной выяснила истинную картину заболевания.

Подобного рода случаев, но с менее выраженными симптомами, мы можем отметить еще два. Наблюдение приведенных случаев в дальнейшем дало нам возможность избежать практической ошибки и распознать „аппендикулярный симптом“ при малярии.

Приведу ряд примеров.

3. Больной М., 27 л. (ист. бол. № 420), поступил в больницу 20/VIII 1935 г. с жалобой на резкие боли схваткообразного характера в правой подвздошной области и в подложечной области. Больным себя считает с 18/VIII 1935 г. Заболевание началось резкими болями в подложечной области и в правой половине живота, разлитого характера. 19^{III} самочувствие лучше. Боли почти исчезли. Рвота повторно, зноб, незначительная головная боль. Вид тяжело больного; язык сухой, слегка обложен, аппетит совершенно утрачен. Состояние беспокойное, временами боли в животе. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не определяется. Температура 38° утром, и 39° к 12 часам дня. Пульс 98, хорошего наполнения. Живот равномерно вздут. При пальпации живота мышечное напряжение слева. Пальпация правой подвздошной области болезненна. „Блюмберг“ отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Селезенка увеличена на 2 пальца, резко болезненна. Газы не отходили, стул задержан. Склеры иктеричны, имеется резко выраженный супраорбитальный рефлекс слева. Больному назначен *сhипп тиг.* $0,5 \times 3$. Больной к вечеру встал, попросил кушать, ночь спал хорошо, ночью же отошли газы и нормальный стул. Утром 21/VIII температура N , пульс 72, хорошего наполнения. Живот мягкий, болезненных зон и точек не определяется; дальнейшая хинизация, и на 5-й день больной выписан в хорошем состоянии.

4. Б-ой доставлен в больницу с диагнозом острого аппендицита. Начало заболевания острое. Температура $38,5^{\circ}$, пульс 100, но хорошего наполнения. Жалобы на незначительную боль головы, разбитость. Все внимание больного сосредоточено на правой подвздошной области (больной держит руку в этой области). При пальпации *défense musculaire* отсутствует. При пальпации в правой подвздошной области больной резко реагирует, болезненная точка М. Бурнея, рефлекс с париетальной брюшины. Добросовестно обследовав больного, мы нашли увеличенную, резко болезненную селезенку, выступающую из-под реберной дуги на 2 пальца. Печеночная тупость сохранена; газы не отходили 2 дня. На основании состояния пульса, отсутствия выраженного напряжения брюшной стенки, а также увеличенной и болезненной селезенки при наличии левого супраорбитального рефлекса мы от операции отказались, назначив больному *сhип. тиг.* $0,5 \times 3$. Ночью обильный пот, газы отошли, и больной успокоился. Лабораторное исследование крови выявило наличие паразитов малярии. В течение недели проводилось противомаларийное лечение, и больной жалоб на боли в животе ни разу не предъявлял.

Описанный „аппендикулярный симптом“ мы проверили на материале более 200 случаев, находя у маляриков в стадии острого приступа следующие признаки:

1) Интенсивная в большей или меньшей степени болезненность в правой подвздошной области, как при пальпации, так и в известных случаях спонтанная.

2) Точка М. Бурнея почти всегда ясно положительна.

3) *Défense musculaire* в значительном количестве случаев отсутствует с правой стороны или выражен в очень незначительной степени.

4) Иногда наблюдается задержка газов и стула.

5) Симитом Блюмберга, как правило, отрицательный.

6) Пульс во всех случаях удовлетворительного наполнения и, несмотря на частоту, в некоторых случаях не носит абдоминального характера, говорящего о раздражении брюшины.

В доступной нам отечественной литературе мы нашли статью д-ра Демьянова в Кубанском н. м. вестнике, том V за 1936 г. под заголовком „О малярийном аппендиците“. Вряд ли название „малярийный аппендицит“, правильно: слово *appenditis* говорит о наличии воспаления отростка, мы же полагаем, что подобные случаи должны быть отнесены к категории разбираемого нами симптомокомплекса.

В „Вестнике хирургии и пограничных областей“ за 1928 г., т. XIV, помещена работа О. А. Флерова, где автор приводит данные Брессо о 5 маляриках с диагнозом аппендицита, у которых при операции аппендикс оказался неизменным (что подтверждено и микроскопически). В этой же работе приводится цитата Циманна, отметившего аппендицитоподобные явления при малярии.

Выводы: 1) Своим сообщением мы отнюдь не намерены защищать консервативный метод лечения при остром аппендиците. Будучи принципиальным сторонником раннего оперирования при остром аппендиците, я желаю своим сообщением о так называемом „аппендикулярном симптоме при малярии“ предостеречь от возможности диагностической ошибки.

2) Так называемый аппендикулярный симптомокомплекс, элементы которого изложены выше, встречается в огромном проценте случаев при острой малярии и должен быть учтен при постановке диагноза острого аппендицита.

3) Важным подспорьем в дифференциальной диагностике служат исследование крови на наличие паразитов малярии и гемограмма.

4) Механизм происхождения этих аппендикулярных болей при малярии не выяснен. Мы полагаем, что увеличенная селезенка тянет *Lig. gastrolienale*, а отсюда получается раздражение всего *plex. solaris*. Отраженные боли проявляются именно в подложечной и правой подвздошных областях, у которых имеется между собой какое-то взаимодействие. Между селезенкой и *ileo-coecal'ной* областью имеется эмбриогенетическая связь, которой, вероятно, и можно объяснить возникновение „аппендикулярного симптома“ при малярии.