

## Малярия и нервные болезни \*).

Проф. Н. Е. Кушева (Саратов).

Среди разнообразных осложнений, которыми столь богата малярия, осложнения со стороны нервной системы должны быть отнесены к числу серьезных и нередко опасных для жизни больных. Вот причина, почему я считаю необходимым коснуться в настоящее время этого вопроса, одинаково важного как для маляриологов, так и для врачей, специально занимающихся нервными болезнями. При изложении я буду пользоваться литературными данными и своими многолетними наблюдениями.

Все осложнения со стороны нервной системы малярийного происхождения принято делить в клиническом отношении на три группы; 1) осложнения со стороны центральной нервной системы, 2) осложнения со стороны периферической нервной системы и 3) осложнения со стороны вегетативной нервной системы. Нужно, однако, заметить, что в литературе встречаются и другие подразделения; так, итальянец E. Sacchi делит осложнения со стороны нервной системы болотного происхождения тоже на три группы, но в первую группу он относит осложнения со стороны нервной системы, появляющиеся во время пароксизмов обычной перемежной лихорадки, во вторую—более тяжелые осложнения после злокачественной малярии и, наконец, в третью—осложнения, присоединяющиеся к хронической малярии. Я полагаю, что первая классификация, как обнимающая все осложнения со стороны нервной системы и вместе с тем основанная на клинических симптомах, более для нас приемлема, почему мы в дальнейшем изложении и будем придерживаться этой группировки.

К первой группе нервных осложнений малярийного происхождения относятся параличи и парезы, менингит и энцефалит, атетоз, атаксия, множественный склероз и миэлит.

Самое старое сообщение о параличе при малярии было сделано Ферне́м в 1586 г.; случай этот окончился выздоровлением; причиной осложнения параличем автор считал здесь изливание желчи в позвоночный мозг и в начало нервов.

В 1851 г. Оугадоу наблюдал при коматозной форме малярии параличу нижних конечностей и двигательную афазию. Он же в двух случаях встретил после приступов злокачественной малярии параличи с двигательной афазией.

В 1887 г. упомянутый выше Sacchi сообщил свои наблюдения над параличами после малярии. Приводя уже указанное мною деление параличей на три группы, автор отмечает, что формы малярийных параличей чрезвычайно разнообразны,—он наблюдал афазию, гемиплегию,

\*) Доклад, читанный на соединенном заседании Саратовского Физико-Медицинского Общества с Обществом Невропатологов и Психиатров имени проф. Л. О. Даркшевича при Саратовском Университете 28 декабря 1926 г.

параличи, растройство зрения и слуха и т. п.; чаще он встречал гемиплегию, которая сопровождалась афазией и другими растройствами. Saccchi высказывает взгляд, что все эти параличи зависят от поражения головного мозга, хотя, по его мнению, в процесс может вовлекаться и спинной мозг. Патолого-анатомические изменения, по автору, при временных параличах заключаются в приливе крови к мозгу, а при злокачественных формах происходит закупорка капилляров пигментом или кровоизлияния в ткань мозга. Что касается до прогноза, то, по Saccchi, он благоприятен при доброкачественной малярии, но сомнителен при злокачественной. Автор предлагает лечить малярийные параличи хинином, а при мозговых приливах — пиявками к вискам, слабительными и прикладыванием льда на голову; при длительных параличах полезны электричество и водолечение вместе с укрепляющей диетой.

В 1889 г. Boinet и Saleberg, из Тонкина, опубликовали свои наблюдения над двигательными растройствами при малярии. Они делят все подобного рода осложнения на три группы: 1) параличи, 2) судорожные растройства и 3) явления мышечной атрофии. Параличи, по этим авторам, могут быть коркового характера и спинномозгового происхождения. Они появляются от гиперэмии или отека ткани мозга, более тяжелые осложнения — от кровоизлияний или размягчения мозга. Двигательные растройства судорожного характера проявляются в виде атаксии, атетоза или судорог. Невсегда легко бывает провести, — говорят авторы, — дифференциальный диагноз малярийного поражения нервной системы от бери-бери и алкогольного паралича. Прогноз зависит от характера, локализации процесса и степени поражения нервной системы. Авторы предлагают лечить параличи хинином, фарадизацией и мышьяком.

В 1894 г. Grosset и Rouzier более подробно изучили вопрос о гемиплегиях у маляриков. Они делят все наблюдавшиеся ими случаи на 3 группы: 1) случаи параличей перемежного характера, наступающих во время приступа и исчезающих по окончании его; эти параличи сопровождаются судорогами, исчезают быстро от назначения хинина и зависят от мозговых приливов; 2) случаи параличей апоплектического характера, которые остаются после приступа и плохо излечиваются хинином, и 3) случаи параличей, появляющихся вне приступов и не уступающих лечению хинином.

Перехожу далее к осложнениям при малярии со стороны нервной системы в виде тяжелых, нередко смертельных церебральных поражений оболочек и вещества головного мозга. Большинство этих осложнений сопровождается комой и сопором, почему они и носят название коматозных форм малярии. В последнее время эти осложнения малярии описываются под названием *encephalitis malarica*. Известный русский специалист по маляриологии Греков различает три формы их в зависимости от продолжительности коматозного состояния.

Энцефалит в виде коматозной малярии известен уже давно и наблюдается нередко в тропических странах, а у нас — на Кавказе и в Туркестане. Давно это форма встречается и в Поволжье. Так, я лично первый случай коматозной малярии наблюдал еще будучи студентом, в 1882 г., у больного, снятого с парохода в бессознательном состоянии. На вскрытии были найдены в мозгу следующие патологические изменения: шоколадная окраска мозговой ткани и точечные кровоизлияния в веществе

мозга; селезенка и печень были увеличены, а ткань их окрашена в коричневатый цвет. Не мешает также упомянуть, что в Самаре назад тому несколько лет эта форма малярии принята была за чуму, и только приехавшие из центра бактериологи установили правильный диагноз.

Как известно, коматозная форма наблюдается часто при тропической малярии; в последние годы, однако, описаны случаи этой формы и при *mal. tertiana* (Залкинд, Wiener, Ewing, Hesse и др.), а также при *mal. quartana* (Zeger, Ruckewert, Коровицкий).

Я не буду останавливаться на клинической картине этого тяжелого осложнения малярии; полагаю, что картина эта известна всем, укажу только на описанные Dürck'ом гранулемы в головном мозгу у больных, погибших от энцефалита малярийного происхождения; эти патологические изменения Dürck считает специфическими для малярии. Д-р Непряхин, из Казани, в своей статье „К патологической анатомии головного мозга при тропической малярии“ (Каз. Мед. Ж., 1926, № 12) приходит, однако, к заключению, что описанные Dürck'ом „малярийные гранулемы“ не суть специфические образования вообще и в частности неспецифичны для малярии. В виде периваскулярных скоплений ядер глии „малярийные гранулемы“ были описаны Seelen'ом при сыпном тифе, Spielmeier'ом — при брюшном тифе и дизинтерии, Schmidt'ом — при геморрагическом энцефалите, Давидовским — при лейкемии, септицемии и самим Dürck'ом — при болезни Chagas.

Очаговые заболевания в мозгу при малярии проявляются в виде гемиплегий с афазией и без нее, реже в виде параличей и моноплегий.

Бульбарные расстройства при малярии наблюдали Vignani и Marchiafava в виде изменения речи и паралича обоих лицевых и языкоглоточных нервов. Deutmann описал случай одностороннего пареза языкоглоточного нерва с атаксией левой руки при злокачественной малярии. Д-р Менцов опубликовал случай афазии на почве малярии; больной поступил в приемный покой Владикавказской ж. д. в бессознательном состоянии; болен три дня; селезенка увеличена; после впрыскивания под кожу хинина сознание возвратилось: на вопросы не отвечает, но пишет хорошо; небольшое усиление коленных рефлексов, параличей нет. Автор предполагает, что в левом полушарии мозга, в области третьей лобной извилины, произошли какие-то патологические изменения, которые вызвали корковую двигательную афазию. Под влиянием лечения хинином случай окончился выздоровлением. Проф. Жуковский в Анапе наблюдал афазию при малярии у 13-летней девочки; болезнь окончилась выздоровлением после хининного лечения.

Заболевание спинного и продолговатого мозга после малярии, по Manpaberg'у, наблюдается неособенно редко, но все же реже, чем головного. Проф. Быстренин, из Саратова, описал случай meningitis spinalis, а д-р Мостков, в Поти, наблюдал менинго-малярию у детей 8—12 лет. Чаще всего встречаются параличи нижних конечностей с расстройством чувствительности, к которым присоединяются параличи мочевого пузыря и прямой кишки, причем в некоторых случаях отмечается атрофия мускулатуры. Часто трудно сказать, идет ли здесь дело о периферическом неврите, или о заболевании центрального органа.

Csillag наблюдал серию параличей, развившихся в течение тяжелых приступов малярии. Случай периодических параличей на почве ма-

лярии, кроме Csillag'a, наблюдали также Savage, Romberg, Chatres и Залкинд. Последний встретил интересный случай миэлиита с повышенным сухожильных рефлексов и с клонусом, но без паралича. В патогенезе малярийных параличей, по Залкинду, существенную роль играют циркуляторные расстройства в мозговых сосудах, причем перемежающийся характер параличей можно объяснить свойствами перемежающейся интоксикации.

Monacho и Ranichi придают большое значение агглютинирующим свойствам крови маляриков: хинин понижает агглютинацию и тем самым обуславливает нестойкость параличей. С таким объяснением едва-ли, однако, можно согласиться.

Lavegan наблюдал один случай малярии с параплегией, но без расстройства чувствительности и без паралича мочевого пузыря и прямой кишки. Интерес этого случая заключается, между прочим, и в том, что в крови здесь были найдены малярийные паразиты.

Реже, по Manaberg'y, встречаются параличи всех конечностей. Maillot описал один подобный случай; сначала здесь наступил тремор верхних конечностей, затем паралич верхних, и, наконец, нижних конечностей. Случай окончился летально при явлениях паралича дыхания. При аутопсии были обнаружены сильная гиперемия мягкой мозговой оболочки и мозга в шейной части и красное размягчение на уровне поясничной части.

Во время малярийной инфекции наступает иногда изолированный паралич мочевого пузыря в виде задержания мочи.

Случай Brown-Sequard'овского паралича при малярии описаны Pozzili и Lenders'ом. Оба случая Ziemann считает сомнительными, так как в анамнезе больных отмечен сифилис.

Спастический спинномозговой паралич при малярии описал в 1918 г. Driel.

Случаи судорог клонического, тонического и смешанного характера при малярии описывались много раз. Так, Maillot наблюдал один случай, где после приступов mal. tertianaе, сопровождавшихся комой, наступила контрактура правой руки. Verden, из Алжира, утверждает, что во время приступов малярии он часто наблюдал контрактуру конечностей.

Boinet и Saleberg описали интересный случай атетоза у одного солдата в Тонкине. После нескольких приступов малярии первые симптомы осложнения выразились в чувстве онемения в правой руке, а затем в чувстве ползания мурашек в обеих руках. Через 10 дней наступил приступ с коматозным состоянием, после которого на второй день появился типичный атетоз в правой руке. Чувствительность по ходу обоих локтевых нервов была понижена, а в лучевых сохранена.

Отмечены в литературе также случаи paralysis agitans, столбняка и тетании, как осложнений малярии.

Болезнь Raunaud также наблюдалась при малярии. Сам Raunaud впрочем не мог установить точно связи ее с малярией, но после него Ray и Maggoin, опубликовав свои наблюдения, высказали взгляд, что болезнь Raunaud может вызываться малярией. Особенно показательный случай этого рода был описан Blanc'ом. Дело шло о молодом пациенте, который страдал хронической малярией; у него наступило

алгидное состояние, и во время приступа малярии появились цианоз и охлаждение тела, а затем боль в ногах и чувство ползания мурашек в пальцах ног; в межлихорадочных промежутках все эти явления исчезали. С каждым новым пароксизмом указанные выше симптомы все более усиливались, и в конце концов дело дошло до сухой гангрены ножных пальцев.

Следует упомянуть, что в литературе описаны также у маляриков случаи *pseudotabes*. Так, Kohler и Pick, в 1879 г. наблюдали один случай острой атаксии после перемежной лихорадки. У больного после нескольких сильных приступов ежедневной малярии появились дизартрия и атаксия всех четырех конечностей; пателлярные рефлексы отсутствовали, был нистагм, зрачки были узки, не реагировали на свет; после непродолжительного лечения наступило выздоровление. Delwèze сообщил, что он видел на о. Ямайке подобный же случай атаксии с растройством зрения малярийного происхождения, причем симптомы носили здесь перемежный характер и уступили соответствующей терапии.

Залкинд в своей статье „Невромалярия“, описав случаи из своей практики, говорит следующее: „Растройство координации движения столь рельефно у маляриков, что атаксия красной нитью проходит через другие осложнения как центрального, так и периферического характера. Проявляется она в разнообразных формах—от легкой инкоординации до степени распространенной атаксии. Последняя особенно ярко выступает в виде т. наз. „острой атаксии“ Leiden-Westphalia. Итальянские авторы описывали остро развивающийся при малярии „*syndrome cerebellare*“ (Pandolfi, Forli, Ficacci и Schüpfer): у больных внезапно после приступа наступали атаксия, атония, растройство походки, тремор, нистагм, дизартрия и т. п. При лечении хинином—благоприятные результаты“.

В 1925 г. прив.-доц. Амосов и д-р Линдтроп опубликовали статью под заглавием „Острая малярийная атаксия“, о которой приводят свои наблюдения над целым рядом малярийных больных с острой атаксией. В истории болезни одного случая (№ 1) отмечено следующее: „Имеется ясное растройство статики: больной не может стоять и сидеть, его качает в стороны, он падает, как скоро сдвигает ноги. В руках в первые дни болезни резкая атаксия, заметно растроена речь, она монотонна, не медулирована, дизартрична, с ясным носовым оттенком. Мышечный тонус понижен. Сухожильные рефлексы на ногах и брюшные повышены. Никаких растройств чувствительности нет, ни Babinsk'ого, ни клонусов“. При лечении авторы советуют употреблять большие дозы хинина (до 4,0 *pro die*) с последующей хинизацией. В большинстве случаев у них имел место хороший исход заболевания не только *quo ad vitam*, но и по отношению к сохранению полной работоспособности.

Перехожу далее к рассеянному склерозу. Вопрос относительно множественного склероза и отношения его к малярии до сих пор не получил окончательного разрешения. С одной стороны многие симптомы, наблюдающиеся при малярийном рассеянном склерозе, являются тождественными с симптомами настоящего „*sclerose en plaques*“, с другой эта форма отличается быстротой развития, течением и, главным образом, исходом в выздоровление. Есть также авторы, которые приходят к заключению, что рассеянный склероз малярийного происхождения без спе-

дифического лечения может переходить в настоящий склероз (Marie, Charcot, Hirt, Триантафиллидес).

По Mannaberg'у рассеянный малярийный склероз — страдание довольно частое. К такому же выводу пришел у нас в России прив.-доц. Соболев, сам страдавший этой болезнью. В настоящее время в литературе накопилось немало описаний случаев таких осложнений с исследованиями крови на плазмодии, причем чаще всего здесь встречались паразиты тропической малярии. Появляется это осложнение или во время приступа, или после окончания малярии; в первом случае симптомы рассеянного склероза могут носить перемежающийся характер, как это было в случае Kiewet de Jonge'a (1903). В случае д-ра Триантафиллидеса симптомы малярийного склероза, а именно расстройства речи и движения, наблюдались во время приступа малярии. Этот и другие его случаи дают право Триантафиллидесу сделать предположение, о котором я раньше говорил, — что без основательного лечения рассеянный малярийный склероз может переходить в настоящий склероз (*sclerosis disseminata*).

Описанный Spiller'ом случай рассеянного склероза малярийного происхождения окончился смертью, причем на аутопсии в мозгу были обнаружены бляшки рядом с капиллярами, наполненными малярийными паразитами, т. е. такие же образования, какие были описаны Dügsk'ом под названием „гранулем“. Подобный же случай поражения центральной нервной системы малярийного происхождения описан в русской литературе д-ром Доброхотовым. Наконец, следует упомянуть о докладе прив.-доц. Н. В. Миртовского, сделанном им на Поволжском Малярийном съезде по вопросу о рассеянном склерозе при малярии. Докладчик наблюдал 16 случаев этого заболевания, причем пришел к следующим выводам: 1) Патогенез диссеминированного склероза продолжает оставаться спорным вопросом, несмотря на ряд новых данных, полученных клиникой и экспериментом. 2) Малярия способна вызвать диссеминированные поражения нервной системы. 3) Течение малярийного диссеминированного поражения нервной системы имеет свои клинические особенности, отличные от *sclerosis disseminata*. 4) При лечении малярийных диссеминированных поражений нервной системы благоприятные результаты получаются: а) в острых случаях от комбинированного лечения неосальварсаном и хиной, б) в хронически текущих случаях — от неосальварсана (или Ars) и иода.

Обращаюсь далее к эпилепсии. Вопрос о связи эпилепсии с малярией в литературе еще не решен, и до сих пор неизвестно, может ли малярия вызывать настоящие эпилептические приступы. Есть авторы, которые склонны приписывать здесь малярии провоцирующую роль. Случаи излечения эпилепсии хинином описаны Lavegan'ом, Wiluski, Abadie, Белоусовым и др. В русской литературе имеются сообщения подобного рода Знаменского, Первушина и Драпкина. Последний автор, описав 4 случая, пришел к заключению, что малярия во всех этих случаях предшествовала эпилепсии, и первые припадки падучей наступали или в течение малярийного процесса, или, чаще, вскоре после прекращения приступов его. Что касается до собственных случаев, то нам приходилось нераз наблюдать усиление припадков эпилепсии при заражении малярией, но появления эпилепсии в зависимости от малярии мы не встречали.

Вторую группу нервных осложнений малярии составляют, как уже упомянуто, осложнения со стороны периферической нервной системы. Из таких осложнений периферический неврит, по Mappenberg'у, очень редко вызывается малярией. Однако Gowers наблюдал несколько случаев, где эндемическая малярия обусловила паралич нижних конечностей, главным образом мышц стопы, в частности—сгибателей стопы и разгибателей ножных пальцев, иннервируемых малоберцовым нервом. В 1887 г. Singer также описал случай множественного неврита после малярии. Вслед за несколькими жестокими пароксизмами малярии у больного появились расстройства движений и чувствительности в верхних и нижних конечностях и паралич обоих лицевых нервов. После переезда больного из Сингапура в Европу и после гальванизации и сухих ванн наступило полное выздоровление.

Более обстоятельно и подробно описан случай малярийного полиневрита проф. Raumont'ом в его лекциях, читанных в 1895 г. в Париже. Случай касается мужчины, заболевшего в 30-летнем возрасте в Конго перемежающейся лихорадкой, во время которой появился вялый, безболезненный парез нижних конечностей. После двухмесячного лечения параплегии совершенно исчезла. Через 6 месяцев лихорадка снова возвратилась, и спустя 2 недели после этого появился парез ног. Состояние больного, несмотря на лечение, не улучшалось, почему решено было перевезти его во Францию, в Париж, где он и поступил в Сальпетриер, в отделение автора. При поступлении оказалось, что больной страдает параплегией, сопровождающейся расстройством термической и болевой чувствительности на стопах и голених, заметным ослаблением сухожильных коленных рефлексов, распространенной атрофией мышц бедра и голени. Больной не может ни ходить, ни стоять. Кроме того у больного отмечается ясно выраженная амнезия.

Подобные же случаи были описаны Масуамага (в 1890 г.), Buzzard'ом (в 1886 г.), Combemaleм (в 1892 г.) и Catrin'ом (в 1895 г.). В 1899 г. Триантафиллидес на 1300 больных встретил неврит малярийного происхождения 5 раз. В первых трех случаях участие малярии, как причины болезни, сомнительно, но в остальных двух случаях малярия была, несомненно, единственной причиной болезни. В этих двух случаях был констатирован множественный неврит, причем лечение хинином дало хорошие результаты.

В новейшей литературе мы находим описание значительного количества случаев малярийных невритов. При этом по Schüpfer'у для малярийного неврита характерны ухудшение двигательной способности и чувствительность во время приступов малярии, отсутствие реакции перерождения в парализованных мышцах и более частое констатирование вазомоторных изменений.

Glogner описал 6 случаев полиневрита в Камеруне. Осложнение это наблюдалось в течение и после малярийной инфекции и отличалось резко от существующей там эндемической болезни — бери-бери. У четырех больных были при этом обнаружены паразиты малярии.

Из описанных в русской литературе случаев этого рода следует указать на случаи Шеффера, из Астрахани, и Залкинда, из Ростова на Дону. Остановлюсь сначала на случае Шеффера. Больная, 39 л., поступила в клинику с жалобами на головную боль, затрудненное жева-

ние, слезотечение и затрудненную речь. Больна неделю, в анамнезе годовая малярия. Поражены 5 черепно-мозговых нервов: III, IV, V, VI и VII, притом поражены двусторонне. Исключив при дифференциальной диагностике все аналогичные заболевания, автор остановился на периферическом характере данного страдания и распознал полиневрит черепно-мозговых нервов. Селезенка была увеличена, в крови паразитов не обнаружено. Продолжительное лечение хинином дало значительное улучшение. Залкинд наблюдал 6 случаев малярийного полиневрита, причем в одном из случаев тропической малярии симптомы полиневрита с повышением температуры нарастали, а во время нормальной температуры уменьшались.

В литературе имеются описания случаев аутопсии при малярийных невритах. В одних случаях преобладают патологические изменения в виде интерстициальных невритов, а в других—паренхиматозных. Luzatto нашел при вскрытии разрушение миелиновых оболочек и исчезновение осевых цилиндров.

Невралгии малярийного происхождения наблюдаются довольно часто и известны уже давно. Так, еще в 1866 г. Griesinger в своем труде „О горячечных болезнях“ касался этого вопроса. В заведомой им клинике он наблюдал 22 случая малярийных невралгий на 414 случаев малярии (5,3%), причем в 13 случаях имела место невралгия п. trigemini, в 7 случаях—невралгия головы, в 1 случае—невралгия глотки и в 1—межреберных нервов. Больные были в возрасте от 20 до 40 лет. Превалировал ежедневный тип лихорадки.

Позднейшими наблюдениями установлено, что малярийная невралгия не представляет никаких особенностей за исключением регулярной периодичности появления болей, хотя необходимо заметить, что невралгии и другого происхождения нередко также отличаются перемежающимся характером. По локализации чаще всего встречаются надглазничные и межреберные невралгии (Gowers), реже невралгии п. trigemini. Что касается до патогенеза болей, то их могут вызывать или паразиты, или их токсины, которые образуются в результате длительной малярии. Gowers говорит, что „невралгия является косвенным эффектом, результатом малокровия и угнетенного состояния нервной системы под влиянием малярийного яда“. Замечательно, что малярийные невралгии чаще появляются в безлихорадочном периоде; следует также указать, что микроскопическое исследование крови редко дает при них положительные результаты. Залкинд заявляет, что „особенно характерны болезненные ощущения в локтях, что зависит от невралгии п. ulnaris. Упорные головные боли зависят не только от раздражения веточки п. trigemini, снабжающей мозговые оболочки спереди, но и ramus meningei vagi, о чем свидетельствует симптом Mendel'я, констатированный в 3,1% (давление на заднюю стенку наружного слухового прохода вызывает резкую боль)“. Ziemann указывает на гемикранию, невралгию гортани, диафрагмы, желчного пузыря, яичников и на гиперэстезию кожи у маляриков.

Переходя, наконец, к третьей группе нервных осложнений малярии—к поражению вегетативной нервной системы. Отрицать участие симпатической нервной системы во время пароксизмов малярии—нельзя. Так, в период озноба у больных появляется характерная бледность кожи, особенно конечностей, дрожание, доходящее до самых сильных степеней,



и повышение температуры; все это сопровождается учащением сердечной деятельности, причем жар достигает иногда самого высшего предела. Раздражение симпатического нерва в дальнейшем переходит в раздражение *parasympatici*, что сопровождается падением температуры и появлением пота.

Как осложнения со стороны секреторных нервов, при малярии наблюдаются слезотечение, обильное истечение из полости носа, выделение молока из молочных желез и истечение из уретры.

Осложнения со стороны эндокринных желез после малярии описаны многими авторами. Так, напр., *Chauffard*, *Huber*, *Clement* отмечают, что поражение надпочечников при малярии—в виде геморрагий, перерождения, некроза ткани ведет к *Adisson*'овой болезни. В тропических странах наблюдаются на почве малярии поражения половых органов в виде инфантилизма. Описаны, далее, при малярии поражения щитовидной железы.

На этом я кончаю перечисление многочисленных осложнений со стороны нервной системы при малярии. Я не могу в настоящее время представить статистический материал Саратовской Малярийной Станции, касающийся этих осложнений—с одной стороны потому, что в первые годы работы станции мы не регистрировали подобные осложнения, а с другой—большинство маляриков с осложнениями со стороны нервной системы обычно обращаются в специальные клиники и амбулатории, ускользая таким образом от нашего исследования. Все же мы должны отметить, что среди разнообразных малярийных осложнений расстройства со стороны нервной системы наблюдаются чаще других.

Из вышесказанного мы видим, какое громадное значение имеет своевременное распознавание малярийной этиологии многих нервных болезней. Всего резче это проявляется при коматозной форме малярии, когда своевременно поставленный правильный диагноз буквально спасает больных от смерти.

В заключение не могу не высказать убеждения, что совместное обсуждение затронутого мною вопроса принесет несомненную пользу как невропатологам и маляриологам, так и всем вообще врачам, имеющим дело с малярийными больными в амбулаториях и больницах.

---