

случаев третичного сифилиса печени, где примененным в клинике специфическим лечением удалось больного если не вполне вылечить, то во всяком случае сделать работоспособным, но в этих случаях окончательная дифференциальная диагностика между раком и сифилисом была установлена в пользу сифилиса только после предпринятого антилюэтического лечения.

Врач-терапевт никогда не должен забывать о возможности сифилитических поражений печени и о частоте этих поражений и там, где диагностика между раком и сифилисом для врача невозможна — примененное специфическое лечение может оказать большую помощь больному.

## Malaria chronica larvata.

(Опыт освещения семiotики скрытой хронической малярии).

Доц. Л. Кербков.

Возможность перехода острой малярии в хроническую хорошо известна. Известно также, что проявления хронической малярии могут быть крайне атипичны и неясны. Иначе говоря, малярия становится скрытой. Неоднократно делались описания скрытой малярии (Lavegan, Триантафиллидес, Невядомский, Гонорков, Демьянов и др. <sup>1</sup>). Однако еще до сих пор ее семiotика разработана клинически недостаточно, между тем как без знания семiotики нет возможности вылавливать и регистрировать скрытую малярию. И нельзя поэтому составить себе представление о ее распространении и необходимости ее изучения.

В семiotике малярии на первый план, мне кажется, следует выдвинуть: вялость, апатию, усиливающуюся в первую половину дня. По утрам трудно вставать, долго приходится „разламываться“. Надо над собой делать усилия, принуждать себя к движениям, к работе. Это — характерная утренняя „лень“ хронических маляриков, при чем для больного трудны главным образом мышечные усилия. И в этом отношении адинамия при малярии очень походит на адинамию при Адиссоновой болезни, тем более, что обычно имеется и гиперпигментация. Степень выраженности такого состояния, конечно, бывает различна — от слабых форм до малярийной кахексии. Адинамия и степень усиления, пигментации обнаруживают известный параллелизм. Нередко наблюдается также некоторое понижение кровяного давления. Вряд ли можно сомневаться, что здесь дело заключается в малярийной интоксикации, с преимущественным поражением надпочечников, поэтому Любенецкий <sup>2</sup>) имел полное основание назвать такое состояние „малярийным адиссонизмом“.

Следующим пунктом является повышенная склонность хронических маляриков к выделению пота. Теплое помещение, несколько жаркая погода, небольшие мышечные усилия (наприм., обыкновенная ходьба) и они начинают буквально обливаться потом, в то время, как тут же дру-

<sup>1</sup>) Подробные литературные указания можно найти у Lavegan'a (Палюдим. 1901 г.) и Кушева (Хроническая малярия. 1929).

<sup>2</sup>) Любенецкий. К учению об Adisson'овой болезни. Русск. врач, № 11 и 12, 1908 г.

гие люди почти или даже совсем не потеют. Существуют и специальные „малярийные“ поты. Они появляются под утро, когда человеку уже надо просыпаться, а иногда сейчас же после пробуждения. Бывают они и раньше по времени, но чрезвычайно редко в первую половину ночи. Это и является их отличием от туберкулезных потов. Интересно, что если такой малярик засыпает днем, то и тогда он часто просыпается с потом. Указание д-ра Демьянова<sup>1)</sup>, что эти поты появляются в 1-ю половину ночи, приходится считать опиской или недоразумением. Это резко противоречит повседневному наблюдению. Бывает и еще один вид малярийных потов, хотя это больше относится к отделу эквивалентов; б-ой в определенный час, вдруг („ни с того, ни с сего“) покрывается более или менее обильной испариной. Это означает, что закончился „приступ“, — приступ настолько ослабленный и извращенный, что сам больной обычно его совершенно не сознает, объясняя подчас свое состояние каким-то странным и досадным утомлением.

Что врач недоумевает, сталкиваясь со скрытой малярией, это постоянное явление. Обычно он придумывает какое-нибудь объяснение „для очистки совести“ и успокоения б-го. Но иногда малярия подсовывает такие случаи, где ходовыми объяснениями удовлетвориться нельзя. Например, у б-го одутловатость или отеки лица, усиливающиеся по утрам, иногда одновременно отеки на кистях рук, лодыжках и пр. Причем тщательное и повторное исследование мочи отклонений патологического характера не обнаруживает. Здесь дело может выясниться без труда — направленный в сторону малярии анамнез, как общий, так и специальный (соленая пища и пр.), *habitus* и, наконец, *terapia ex jvantibus*. Затем, как-то мало известен один замечательный факт из области малярийной интоксикации. Это — медленное заживление ран у хронических маляриков (С. А. Флеров). Как мне передавали, хирурги в некоторых местностях со значительной эндемической малярией имеют обыкновенно подвергать своих больных предоперационной хинизации. Дальше, к проявлениям малярийной интоксикации следует, по моим наблюдениям, отнести еще один интересный факт, некоторые больные сами на него указывают, а у других это выясняется после расспросов: с некоторого времени становится больно причесывать волосы. Особенно болезненна бывает перемена прически, когда волосам приходится придавать другое направление. Иногда всякое дотрагивание до волос причиняет боль, а прическа становится пыткой. Повидимому, источником боли является окружность корней волос, а причиной — свойственные малярии местные отеки (см. ниже).

Хронический колит тоже весьма часто обязан своим происхождением малярии, что обычно подтверждается специфической окраской лица, периодичностью его усилений и прочими данными. Но возможно ли его объяснить исключительно интоксикацией или здесь имеет место особенная локализация малярии — сказать пока нельзя.

Анемия при хронической малярии довольно хорошо известна. Конечно, она изменяет и внешний вид больных, но не всегда одинаково, даже вне зависимости от ее степени. У таких больных обыкновенно на-

<sup>1)</sup> Демьянов. О скрытой форме малярии. Казанск. мед. журнал, № 1 1927 г.

блюдаются и другие токсические проявления и эквиваленты, например— одуловатость лица и проч. Чаще всего у малярийных анемиков приходится наблюдать миастическую динамию и общую апатию (встают с трудом, в первую половину дня проявляют значительную умственную и мышечную абулию). От вышеописанных маляриков с адиссонизмом они резко отличаются отсутствием гиперпигментации и заменой ее сероватым или зеленоватым оттенком окраски лица. Исследование красной крови у некоторых таких больных дает неожиданный результат: отклонения незначительны. Таким образом, это—quasi анемия. А разгадку отсутствия гиперпигментации мы можем найти, например, у Lavega'n'a, который указывает, что пигментируются лишь те малярики, которые много времени проводят на воздухе. Если такие проявления случайно наблюдаются у девушки или молодой женщины, то это затрудняет дифференциальный диагноз между хлорозом и хронической малярией. Год назад ко мне обратилась одна молодая женщина (жена врача). Habitus, анамнез и проч.— все определенно говорило за хлороз. Спустя месяц у нея вспыхнула острая малярия типа тифоида (в сентябре <sup>1)</sup>) с массой плазмодий в крови. После усиленной химиозации острая малярия исчезла, но исчезли также признаки хлороза и до сего времени не возвращаются.

Попробуем перейти теперь к эквивалентам приступов малярии.

От настоящих приступов они отличаются, во-первых, отсутствием температуры (изредка, при точном измерении,  $t^0$  слегка субфебрильна), так и своеобразием и оригинальностью проявлений. Надо сказать, что многие из этих проявлений сопровождают в виде симптомов и настоящие приступы острой малярии, однако в качестве второстепенных явлений в картине болезни и не всегда должным образом учитываются. Весьма интересным является, например, сонливость хронических маляриков. Человек достаточно выспался, встал в обычное время, а часов в 12 дня его снова неудержимо клонит ко сну. Если ему возможно поддаться искушению и вздремнуть, то он моментально крепко засыпает, и через короткое время просыпается, иногда с небольшой испариной. А невозможность заснуть переживается довольно тягостно. С течением времени взамен сонливости появляется ощущение вялости и слабости в определенные часы. Это тоже нередко заканчивается испариной.

Весьма оригинальным эквивалентом приступов при длительном существовании хронической малярии бывает чихание. Вблизи определенного часа вдруг начинается щекотание в носу и раз за разом неудержимое чихание, сопровождающееся жидким выделением. Обычно это продолжается несколько минут и исчезает без всяких последствий. У некоторых, при большей длительности такого эквивалента, появляются другие неприятные симптомы: припухание носа, головная боль в области лба и друг.

Зубная боль, собственно— симуляция зубной боли, т. к. болит „вся сторона“, правая или левая, наблюдается и как спорадическое явление, в течение суток и более, и как периодическое— в течение нескольких часов ежедневно, через день, или иначе. В случаях иной лока-

<sup>1)</sup> По моим наблюдениям малярия чаще дает тифозные формы осенью, нежели в другое время года, при чем это является обострением, а не первичным заболеванием.

лизации и большей продолжительности (периодичность—в виде ожесточений) такая боль трактуется как невралгия тройничного нерва. Действительно же весьма часто эта невралгия имеет малярийную подкладку. При хронической малярии описаны также мног. друг. невралгии (см. указ. в нач. автор.). По моим наблюдениям как будто бы чаще других приходится констатировать невралгию надглазничных и некоторых межреберных нервов. Об этих невралгиях сами больные часто забывают, но чувствительность к давлению остается в течение долгого времени. И таким путем можно обнаружить бывшую невралгию и напомнить о ней б-му. Между прочим все эти невралгии легко возникают и обостряются под влиянием некоторых провоцирующих агентов: различные охлаждения, сырость, алкоголь и др. В малярийном характере этих невралгий убеждают и результаты специфического лечения, причиной же являются собственные малярии местные отеки, в данном случае по окружности нервного ствола или пучка, главн. обр. у места его выхода. Подобным же эквивалентом оказывается мигрень, ее малярийное происхождение возможно установить в громадном количестве случаев.

Известно, что иногда типичный приступ малярии сопровождается крапивной сыпью. Эта же самая *urticaria*, однако, может появляться (и с большим упорством) через определенные промежутки времени, но без зноба, жара и пота, в качестве *forme fruste* малярии. При вспышках этой крапивницы опять-таки играет большую роль провокация (и, в частности пищевая). Набивший оскомину факт: многие не могут переносить хинина, он у них вызывает крапивницу. Объяснение ходячее: идиосинкразия, впоследствии—анафилаксия. Пусть последнее биологически (биохимически) и верно, но корень зла здесь в малярии (это именно она обостряется от хинина). И такая анафилаксия часто удачно лечится тем же хинином. У некоторых маляриков эквиваленты приступов бывают грозными. Например, внезапные обмороки с довольно длительной потерей сознания, а когда б-ые приходят в себя способность речи восстанавливается не сразу. *Habitus*, анамнез, исследование крови и проч. позволяют прийти к заключению о малярийной природе этих припадков, причем здесь невольно напрашивается мысль о возможности эмболий мозговых сосудов.

В некоторых местностях очень часто наблюдаются случаи внезапного появления поноса и рвоты. Как известно, эти симптомы могут сопровождать типичный малярийный приступ. Но вот, если они появляются изолированно, возникают порядочные диагностические затруднения, тем более, что отнюдь нередко понос может быть кровавистым, а иногда и рвота приобретает кровавый характер. Попадаются также случаи, в которых создается впечатление острой химической или алиментарной интоксикации, или холеры: профузный понос, неукротимая рвота, судороги, резкое ослабление пульса и т. д. Иногда при хронической малярии приходится наблюдать симуляцию аппендицита.

Психическая подавленность, а также другие психические расстройства хронических маляриков с одинаковым правом могут быть отнесены как к проявлениям интоксикации, так и к эквивалентам. Например, угнетенное настроение может быть и периодическим, и может наблюдаться как постоянное явление. Нервно-мозговая система может быть и объектом интоксикации и местом обитания плазмодий, как считают некоторые авторы.

Диагностика скрытой малярии начинается, как уже указывалось, с семиотики. Без знания последней не может и притти в голову, что перед вами малярия. Конечно, весьма помогает распознаванию анамнез и наблюдение. Этими путями устанавливается периодичность эквивалентов, появление их в определенные часы и ограниченная продолжительность. Весьма подкрепляет диагностику факт когда-либо перенесенной острой малярии. Пусть она была целый ряд лет назад, это—дела не меняет, ее упорство поразительно. Иногда можно выяснить наличие провоцирующих агентов. Небезынтересно также выяснить прежнее местопребывание больного. Это нередко напоминает ему о забытом остром периоде. Также способствует диагнозу, если удастся установить существование других эквивалентов или других признаков интоксикации. Такие комбинации обычны. Громадное значение имеет внешний вид маляриков. Их окраска (лица) настолько характерна, что если она выражена, это сразу ставит нас на верный путь. И приходится лишь думать о том, чтобы не просмотреть какого-либо сопутствующего заболевания. Довольно хорошее описание малярийной окраски имеется в статье Демьянова<sup>1)</sup>. Характерные морфологические особенности белой и красной крови (см. у Шиллинга<sup>2)</sup>) заканчивают наше диагностическое рассуждение. Селезенка редко бывает увеличена при хронической малярии, часто лишь приходится отмечать болезненность в селезеночной области (это отмечает и Демьянов<sup>1)</sup>). В предложенной Савченко-Барановым реакции я не имею никакого личного опыта, а стало быть—и мнения. Находка плазмодий при скрытой малярии, это счастливая случайность, т. ч. для массовой диагностики роль такого исследования ничтожна. Провокационная методика может, конечно, иметь место, поскольку она допустима. Дифференциальный диагноз бывает иногда очень нелегко, например, болезненность волос и рожа волосистой части головы, при чем последняя может случиться и у известного всем заведомого малярика. Сонливость иногда бывает и при опухолях мозга, правда,—иного характера, но по началу смешать легко. Геморрагический колит весьма похож на дизентерию. Правда, при малярии кровь появляется раньше и вначале бывает обильнее, да и само начало болезни более острое. Но все же это легко угадать из виду. Если вы имеете перед собою холероподобный приступ малярии, то отделаться от мысли об интоксикации или даже—о настоящей холере (как спорадическом случае), вещь очень трудная, по крайней мере в первые 1—2 дня. Только точный анамнез, общие эпидемиологические соображения, а иногда лишь бактериологическое исследование и дальнейшее наблюдение рассеивают сомнения. Похожее на аппендицит проявление малярии имеет уже более отличий от настоящего аппендицита (*defense musculaire*, пульс и пр.), но все же случаи смешивания бывают. Бесспорно, что во всех этих случаях тщательное исследование—*conditio sine qua non*. По счастью, такие случаи не часты. А обычные формы скрытой малярии, при условии знакомства с ее семиотикой, поддаются распознаванию без особого труда. Кстати сказать, иногда наводит на мысль появление (в редуцированном виде) herpes'a, даже *post factum*. Сегодня вялость, ломота всей половины зубов и т. под., а на завтра или через день один-два малозаметных пузырька на губе.

<sup>1)</sup> О скрыт. форме маляр. Каз. мед. ж. 1927, № 1.

<sup>2)</sup> Картина крови и т. д.