

6-ных с разными формами туберкулеза, а также леченных искусственным пневмотораксом с указанием результатов до лечения, в момент затихания процесса под влиянием пневмоторакса и при осложнениях. Взяты наиболее типичные случаи, чтобы не загромождать таблицы. (Таб. № 2)

Хотя наш материал ограничен, все же позволяем себе сделать некоторые выводы:

1) формы компенсированного туберкулеза с небольшим распространением протекают с нормальной витальной зернистостью в эритроцитах, с большим же распространением дают повышение ее;

2) формы субкомпенсированного туберкулеза с небольшим распространением, случаи ранних инфильтратов (каверны), а также с наклоном к кровотечениям дают повышение витально-зернистых эритроцитов, что, может быть, следует отнести отчасти к гиперфункции щитовидной железы, отчасти к непосредственному раздражению костного мозга токсинами;

3) в случаях декомпенсированного туберкулеза с большой протяженностью, деструкцией, длительным течением наблюдается угнетение костного мозга с значительным понижением в крови витально-зернистых форм эритроцитов до полного отсутствия таковых;

4) по состоянию витальной зернистости в эритроцитах можно до некоторой степени судить об успехах терапии.

Сифилис и рак печени.

Проф. К. В. Пунин. (Смоленск).

Врачу-терапевту постоянно приходится встречаться с двумя заболеваниями, клиническая картина которых чрезвычайно похожа одна на другую, но прогноз которых, в большинстве случаев, резко различен, если во время поставлен диагноз и предпринято соответствующее лечение. Я имею здесь ввиду рак печени и ее третичные люэтические изменения. Дифференциальная диагностика этих двух заболеваний иной раз затруднительна даже хорошо оборудованному клиническому учреждению, представленному достаточно большими терапевтическими силами, тем более оно может оказаться не под силу молодому участковому врачу.

Третичный сифилис печени описывается в трех основных видах: интерстициальный люэтический гепатит, гуммозная печень и рубцовая постгуммозная печень (лобарная печень) (Ewald, Eppinger и Walzel, Epstein, Matthes, Minkowski).

Люэтический hepatitis interst. diffusa сильно напоминает по клинической картине и по своему течению Лаёппес'овский атрофический цирроз. Смотря по более или менее сильному сдавлению долек, припуханию и сморщиванию новообразованной соединительной ткани, как и при атрофическом циррозе, последствия проявляются либо в уменьшении, либо чаще, чем и отличается эта форма от Лаёппес'овского цирроза, в увеличении органа. Но если при чистых формах атрофического цирроза печень при прощупывании остается гладкой, ибо патолого-анатомически бугристость ее настолько мала, что нашему пальпаторному обследованию не поддается (поверхность мелко бугриста, как терка, отдель-

вые бугры величиной до булавочной головки—Ewald), то при интерстициальном люэтическом гепатите печень, в огромном большинстве случаев, увеличена и та или иная степень неровности ее края и передней ее поверхности бывает доступна нашему пальпаторному обследованию. Далее, как при Laénnecoвском циррозе, так и тут может иметься асцит, венное коллатеральное кровообращение на коже живота и, как и в редких случаях атрофического цирроза, может наблюдаться желтуха. Селезенка, обычно, при обеих формах увеличена.

Гуммозная форма lues'a печени в своей клинической картине говорит сама за себя. При приобретенном сифилисе гуммы могут по своей величине доходить до величины яблока и больше, располагаются преимущественно на поверхности печени, в особенности, вдоль *Hgam. suspensorium*.

У края на поверхности левой доли печени, где особенно часто гуммы располагаются, они могут прощупываться как болезненные узлы, по своей консистенции они могут быть и тверже и мягче окружающей ткани печени. При общем амилоидном люэтическом перерождении печени, гуммы, в особенности в стадии их размягчения, могут прощупываться как сравнительно мягкие, флюктуирующие образования. Селезенка при этой форме lues'a обычно, увеличена. Асцит и желтуха могут быть и не быть, в зависимости от сдавления или несдавления портальной вены и ее разветвлений и крупных желчных протоков.

Лобарная печень, как последствие рубцевания гумм, может давать самые разнообразные формы и самую разнообразную консистенцию печени, тем более, что помимо рубцов на месте гумм, обычно имеются и интерстициальные изменения паренхимы печени. Селезенка и при этой форме увеличена, также могут быть асцит и желтуха.

Вот в такой краткой характеристике, обычно, даже в солидных руководствах о болезнях печени, описывается третичный сифилис печени, и если в тех же руководствах обычным циррозом печени и, в частности, гипертрофическому циррозу, встречающемуся очень редко, уделяется большое внимание, то третичный сифилис печени описывается в нескольких строках. Возможно, что причина этому лежит в статистических данных Fournier, отметившего на 1000 случаев третичного сифилиса лишь в 2,5 поражение печени. Но эта статистика Fournier в настоящее время является слишком скромной.

Какова же клиническая картина третичного lues'a печени? Можно сказать, что те три основные формы люэтического поражения печени, которые были мною уже упомянуты, являются делением в достаточной мере искусственным. Чаще всего мы имеем сочетанные изменения, цирротически рубцово-гуммозные и в зависимости от этого складывается и вся клиническая картина этих больных.

Совершенно ясно, что врачу чаще всего приходится встречаться далеко не с первыми проявлениями болезни, а тогда, когда уже изменения печени достигли, значительных размеров.

Из чего же складываются субъективные жалобы таких больных? Они могут быть достаточно разнообразны. Чаще всего такого больного приводит к врачу ощущение неопределенных болей, тяжести и неловкости в области правого подреберья. Боли редко носят характер сильных, постоянных болей, чаще больной говорит, что у него побаливает под ребрами и очень часто сам больной уже нащупывает у себя опухоль в пра-

вом подреберья или подложечной области. В иных случаях нет и этих субъективных ощущений, а больной узнает о своей болезни случайно, прощупавши у себя опухоль. В других случаях больных приводит к врачу появившаяся за последнее время желтуха, причем некоторые больные указывают, что желтуха у них появлялась медленно и постепенно, но целый ряд больных отмечает, что желтуха появилась у них сравнительно остро и в этом отношении приходится им верить, на что указывает объективное исследование этих больных. Очень редко, первым симптомом болезни для самого больного является увеличение живота на почве появляющегося асцита. Иногда, но далеко не часто, эти больные дают в своем анамнезе указания на диспептические явления.

На основании изучения клинического материала моей клиники за девять лет, я позволю себе разобрать объективные данные этих больных, и в первую очередь, остановлюсь на желтухе.

В действительности, при третичном lues'e печени желтуха наблюдается довольно часто, на что указывает Erpinger, Matthes и др. Minkowski, наоборот, считает, что желтуха бывает сравнительно не часто. Желтушная окраска кожи этих больных бывает или темно-желтого с землистым оттенком цвета, что говорит за давность существования желтухи, но нередко цвет кожи бывает ярко желтый и, обычно, в этих случаях больные и указывают на сравнительно недавно и быстро развившуюся желтуху.

Там, где врач имеет дело с желтухой, перед ним неизбежно в первую очередь становится вопрос о патогенетической форме данной желтухи, ибо только при установлении патогенеза желтухи возможно дифференциальное распознавание тех вообще заболеваний, которые сопровождаются той или иной желтухой.

В отношении выделения патогенетической формы желтухи, неопценные руководящие данные дает нам школа Aschoff'a с его делением желтухи на продуктивную, ретенционную и механическую и открытие Humans van d. Bergh'a, выделившего в организме две модификации билирубина. Один билирубин, циркулирующий в крови и дающий в сыворотке крови так наз. прямую реакцию, указывает на механическую желтуху, вызванную тем или другим препятствием в желчных протоках в направлении от самой печеночной клетки и вплоть до 12-типерстной кишки. Другая модификация билирубина, дающая в сыворотке по v. d. Bergh'u непрямую реакцию, указывает на присутствие в сыворотке билирубина, выработанного в ретикуло-эндотелиальной системе и, в частности, в селезенке, но не прошедшего через печеночную клетку, и не видоизмененного ею. Этот вид билирубина указывает на повреждение самой печеночной клетки (ретенционная желтуха), или на усиленную продукцию ретикуло-эндотелиального билирубина (продуктивная желтуха).

Больные, имеющие желтуху на почве той или иной формы третичного сифилиса печени, дают обычно тип желтухи механической и в связи с этим прямую реакцию на билирубин в крови по v. d. Bergh'u, наличие желчных пигментов в моче и понижение окраски стеркобилином испражнений, реже ахоличный стул полностью, что уже указывает на полное механическое препятствие в желчных путях. Что касается наличия уробилина в моче, то в огромном большинстве случаев такового в моче открыть не удастся, что находится в полном соответствии с механическим

характером желтухи, но в исключительных случаях незначительное наличие уробилина в моче обнаруживать все же приходится и тогда уже все остальные патогномичные симптомы механической желтухи начинают перекрещиваться с симптомами желтухи ретенционной.

Хотя в моче при этих механических желтухах часто мы находим желчные кислоты, но заметных явлений отравления желчными кислотами, как например, нарушения психики, брадикардии, чаще обнаружить не удается и, может быть, это зависит от медленного нарастания желтухи и неполной задержки желчи в организме.

Как уже указывалось выше, асцит при сифилисе печени встречается не часто, но в тех случаях, где он имеется, он еще больше осложняет дифференциальную диагностику.

Как видно из этого описания желтух при третичном lues'e, дифференциальная диагностика желтухи люэтического происхождения и желтухи, развившейся на почве рака печени, довольно затруднительна. При раке печени мы обычно также имеем механическую желтуху со всеми указанными выше проявлениями.

Не лучше дело обстоит и с пальпаторным обследованием печени. Как уже указывалось, при третичном lues'e печени мы чаще имеем комбинированное изменение печени—цирротически-гуммозно-рубцовую печень.

Печень, обычно, значительно увеличена, неровна, очень часто крупно бугриста, не одинаковой консистенции, местами более плотна, иногда очень плотна, местами консистенция ее приближается к нормальной или даже вполне нормальна. Если бугристость зависит от значительной величины гумм, то эти бугры могут быть и более твердой и более мягкой консистенции, чем окружающая печеночная ткань. Если окружающая печеночная ткань рубцово изменена или имеется, что наблюдается при третичном люэсе, амилоидное перерождение печени, то гуммы могут оказаться значительно мягче окружающих частей печени (Erpinger, Leub'e). Таким образом сифилис печени дает увеличенную крупно-бугристую неравномерную печень. Я не могу согласиться с мнением Erpinger'a, что сифилис чаще ведет к сморщиванию, чем к увеличению всего органа, что отличает его от рака печени. То, довольно большое, количество больных третичным люэсом печени, которое мне пришлось наблюдать, обычно, давало печень значительно и даже очень значительно, увеличенную. Из этого описания пальпаторных находок при третичном сифилисе печени явствует, что отличие сифилитической печени от раковой на основе пальпаторных данных также весьма затруднительно. Ewald пишет, „опыт показывает и я сам наблюдал подобные случаи, что даже после обнажения печени чревосечением, не всегда можно надежно установить характер имеющийся опухоли—есть ли это гумма или карцинома“.

Что касается болезненности печени при прощупывании, то в этом отношении так же трудно дать ответ, когда печень чаще болезненна, при раке или люэсе.

Мы знаем, что болезненность печени, как самостоятельная, так и при прощупывании, возникает тогда, когда в тот или иной процесс втягивается Глиссонова капсула. Следовательно, при быстро растущей печени и быстро наступающем натяжении Глиссоновой капсулы, при всех воспалительных процессах, переходящих на Глиссонову капсулу, поя-

является болезненность печени, усиливающаяся при пальпации. С такой точки зрения следует ожидать, что быстро растущие раки печени, чаще, чем люэтические ее поражения, дают болезненную печень, но, если принять во внимание частоту перигепатита, как при раке, так и при люэсе, то приходится согласиться с тем, что болезненная печень может иметься и при раке и при люэсе. И действительно, перигепатит, дающий даже явственное перигепатическое трение при сифилисе печени, отмечается целым рядом авторов (Эппингер, И. Вальцель, Маттес, Эвальд, Чистович).

Там, где терапевт находит те или иные изменения печени, при пальпаторном исследовании его рука сейчас же направляется к селезенке, т. к. огромное число заболеваний печени является одновременно и гепатолиенальными заболеваниями. Состояние селезенки при третичном люэсе печени в действительности является весьма ценным диагностическим признаком в деле распознавания рака и сифилиса печени. Селезенка при третичном сифилисе печени, какой бы формы этот сифилис ни был, в огромном большинстве случаев и, можно даже сказать всегда, увеличена в той или другой степени. Об увеличении селезенки при люэсе печени говорят все авторы, описывающие люэс печени и селезенки (Ewald, Eppinger, Minkowski, Matthes, Чистович, Гишфельд, G. Sirmann). Наоборот, при раке печени увеличение селезенки наблюдается только в тех случаях, когда селезенка увеличивается на почве венозного застоя, вызванного прижатием опухолью воротной вены. Все диагностированные мною сифилитические поражения печени проходили всегда с увеличением селезенки, определяемым пальпаторно, или только перкуторно. Таким образом, наличие или отсутствие увеличенной селезенки является чрезвычайно ценным дифференциально-диагностическим признаком в деле распознавания сифилиса и рака печени.

Ввиду важности в целях дифференциальной диагностики обнаружения увеличения селезенки, я позволю себе остановиться на методах ее обнаруживания. Увеличение селезенки при третичном сифилисе печени зачастую бывает весьма незначительным и в этом отношении необходимо тщательное и методическое обследование больного. Прощупывание селезенки, увеличенной в небольшой степени, является как известно, делом не всегда легким. Если при значительных увеличениях селезенки, при ее пальпации—положение больного на спине является наиболее выгодным для исследующего, то при малом увеличении селезенки является наиболее выгодным для врача диагональное положение больного на правом боку, в три четверти наклона туловища (Sahli, Schuster), при чем правая нога больного вытянута, левая согнута в колене и тазобедренном суставе, голова пригибается к туловищу, и левая рука в согнутом положении лежит на грудной клетке. При таком положении больного врач кладет левую руку ладонью на левую половину грудной клетки в области 7—10 ребер и слегка надавливает на нее. Слегка согнутые пальцы правой руки направляются перпендикулярно реберному краю в области 10 ребра и из покровов живота, вдавливанием пальцев, образуется как бы карман, в который при глубоком вдохе больного попадает край селезенки, и, не уминаясь в образованном кармане, проскальзывает под пальцами. К сожалению, целый ряд моментов зачастую препятствует

пальпации селезенки: напряжение брюшных мышц, метеоризм, неумение больного правильно дышать и т. д., поэтому, наряду с пальпацией, всегда необходимо применять и перкуссию селезенки. Leube указывает, что увеличенной следует считать только ту селезенку, которая прощупывается, т. е. по мнению целого ряда авторов, перкуссия селезенки еще более затруднительна, чем пальпация. Я, на основании большого количества одновременных перкуторных и пальпаторных исследований селезенки, позволяю себе держаться того мнения, что правильно применяемая перкуссия селезенки всегда дает возможность определить увеличение органа. Для этого я применяю перкуссию селезенки по способу Sahli.

Перкуссия ведется сверху вниз между средней и задней аксиллярными линиями. Перкутировать надо очень слабо, чтобы не получалось почти никакого звука на месте заведомого предлежания селезенки. Спускаясь этой перкуссией сверху вниз, обычно наталкиваемся на абсолютную тупость, начинающуюся в норме с 9 ребра. Это начало селезеночной тупости соответствует границе между верхней и средней третью селезенки, верхняя треть селезенки находится за легкими и тихой перкуссией не определяется. Найдя верхнюю границу селезеночной тупости, палец, по которому перкутируют, переносится на следующее межреберье и накладывается перпендикулярно длинной оси селезенки, другими словами, перпендикулярно ходу ребер. Затем, постепенным передвижением пальца по длинной оси селезенки, по ходу межреберного промежутка, спускаются вниз к реберной дуге, перкутируя опять-таки очень тихо. Абсолютная тупость нормальной селезенки не доходит до края реберной дуги на 5 см. Если тупость селезенки доходит до реберной дуги, то, в большинстве случаев, такая селезенка уже прощупывается, но бывают случаи, когда в силу тех или иных причин, увеличенная перкуторно селезенка все же пальпации не поддается, секция же подтверждает обычно увеличение селезенки, найденное перкуторно. Я настойчиво рекомендую применять всегда одновременно с пальпацией и перкуссию селезенки, что особенно важно в деле дифференциального распознавания рака и люэса печени.

Там, где дело идет о дифференцировании рака и сифилиса печени, в пользу рака говорит нахождение первичных раковых очагов в тех или других органах. Первичный рак печени возникает сравнительно редко, в 4—5% всех случаев рака печени, следовательно, для диагностики сифилиса печени чрезвычайно ценно исключить возможность ракового поражения желудка и кишок, чаще всего дающих, при поражении их раком, метастазы в печени. Обычными методами исследования желудочно-кишечного тракта в случаях подозрения на поражение их раковой опухолью, является исследование испражнений на кровь и исследование желудочного содержимого. К сожалению, в деле дифференциального диагноза вторичного рака печени и сифилиса печени эти методы исследования не всегда могут дать нам достаточно твердые опорные пункты: при сифилисе печени в испражнениях часто может быть находима кровь в силу изменений на почве существования желтухи с одной стороны и в силу венозного портального застоя с другой стороны. Что касается исследования желудочного содержимого, то ахилия, дающая нам возможность подозревать раковое поражение желудка, не открываемое рентгеном, при

сифилисе печени может встречаться также чрезвычайно часто. Дело в том, что при сифилисе печени, по данным целого ряда авторов, могут иметься и сифилитические поражения желудка (Chiari, Cornil, Birch-Hirschfeld, Luger, Brauns, Лурия). Сифилис же желудка чаще идет с пониженной секрецией (Лурия, Пловинский, Neugebauer). По нашим наблюдениям при сифилисе печени в огромном большинстве случаев обнаруживалась или резко выраженная гипосекреция, или даже полная ахилия.

Что касается температурной кривой при сифилисе печени, то в этом отношении можно найти ценные литературные сообщения. Перебегающая лихорадка при сифилисе печени описана—Klemperer'ом, Ewald'ом, Rosenbach'ом, Gerhard'ом, Frerichs'ом, Kirchheim'ом. Температура может наблюдаться гектического типа, сопровождается знобами и сравнительно быстро иногда исчезает от противосифилитических средств. Может отмечаться и субфебрильная температура. Целый ряд случаев сифилиса печени, прошедших через мою клинику, давал те или иные температурные нарушения, но какой-либо правильности в температурной кривой, конечно, уловить не удавалось. Высокие подъемы температуры, сопровождающиеся знобами и болями можно в некоторых случаях объяснить нагноившимися гуммами, но ряд случаев с продолжительной не сильно выраженной ремиттирующей температурой, а особенно с температурой субфебрильной, длящейся долгое время, требует, вероятно, другого объяснения.

Можем ли мы на основании температурной кривой проводить дифференциальную диагностику между сифилисом и раком печени? Если обратиться к литературе по поводу температуры при раке печени, то в этом отношении имеются указания, что рак печени чаще протекает без температурных нарушений (Ewald, Matthes), но с другой стороны при гнойном распаде опухоли или при вторичных воспалительных явлениях может наблюдаться лихорадка. Eppinger пишет, „нам известны случаи со значительным увеличением количества белых кровяных телец и высокой лихорадкой, где при вскрытии, кроме распространенного рака, не было обнаружено никаких признаков смешанной инфекции“.

Таким образом, надо признать, что продолжительные температурные нарушения чаще говорят в пользу сифилиса печени, конечно, если нет каких-либо других причин для повышения температуры.

В тех случаях, где врачу приходит мысль о третичном сифилисе печени, он всегда должен помнить, что третичный lues есть поражение всего организма, а не какое-то изолированное заболевание печени и селезенки, а потому терапевт должен направить свое внимание на обследование всего больного и, особенно, тех органов, которые чаще всего при сифилисе и поражаются, а именно сердца и аорты. Сифилитический аортит может протекать без всяких субъективных признаков со стороны больного (Moritz, Romberg, Huchard, Barriè, Müller, Heiman).

По мнению приведенных авторов субъективные симптомы появляются тогда, когда уже имеется расширение аорты. Другие же (Kulbs, Schlesinger) полагают, что целый ряд субъективных ощущений со стороны таких больных может наводить мысль врача на возможность сифилитического поражения аорты. Конечно, такие жалобы больных, как

загрудинные боли, ангинозные явления должны, особенно в этих случаях, привлекать внимание врача. Из объективных данных надо очень внимательно относиться к перкуссии восходящей аорты. Расширение восходящей аорты, особенно у сравнительно молодых людей, при одновременном поражении печени, заставляют серьезно задуматься о возможности сифилиса печени. Там, где при одновременном поражении и печени, подозрительном на lues, имеется недостаточность аортальных клапанов, вопрос решается с большим количеством шансов в пользу сифилиса. У молодых больных, не имевших эндокардита в анамнезе, нахождение недостаточности аорты во многих случаях равносильно предположению о сифилисе (Schlesinger). Значительную часть поражений аорты за счет сифилиса относят и другие авторы (Romberg, Gonter, Heimann, Citron, Плетнев).

Казалось бы, что существенным подспорьем в деле дифференцирования сифилиса и рака печени может явиться реакция Вассермана, но, к сожалению, это далеко не так. В тех случаях, где реакция Вассермана положительна—дело идет в большинстве случаев о lues'e. Но при сифилисе внутренних органов вообще, положительная реакция Вассермана бывает, приблизительно, в 50%—70% всех случаев. Так, Schlesinger считает, что при сифилисе аорты одна треть случаев дает отрицательную реакцию; по данным Boas'a, Bruck'a, Bauer'a, Blumenthal'я, Citron'a, Donath'a, Saubry и Parau при сифилитических заболеваниях аорты реакция Вассермана положительна в 70—100%.

При сифилисе желудка положительная реакция Вассермана наблюдается от 44%—до 96% (Лурья). При сифилисе печени, неосложненной желтухой, по мнению Erringer'a и Walzel'я можно с большой уверенностью полагаться на реакцию Вассермана. Случаи сифилиса печени, которые прошли через мою клинику, часто давали отрицательную реакцию Вассермана и только после предпринятого антилюэтического лечения реакция Вассермана делалась положительной.

Я умышленно под самый конец оставляю оценку анамнестических данных в деле распознавания сифилиса и рака печени. Помимо тех сравнительно не частых случаев, когда третичный сифилитик не говорит о бывшем у него сифилитическом заражении, огромное большинство больных и не может дать врачу в этом отношении достаточных данных. Третичный сифилис печени есть болезнь чаще всего пожилого возраста, болезнь людей, не леченных потому, что у них много лет тому назад сифилис не был диагностирован. Огромная часть тех клинических случаев сифилиса печени, которые мне пришлось наблюдать, относится к крестьянскому населению, жившему до революции в условиях самой низкой культуры при полном отсутствии врачебной помощи. Ясно, что при таких условиях разговоры о заражении сифилисом лет 20—25 тому назад остаются пустыми разговорами. Мне пришлось видеть сифилитиков с положительной реакцией Вассермана, с характерными рубцами на коже, с соответствующими изменениями внутренних органов, и эти больные не знали, что у них был сифилис.

Как видно из всего сказанного дифференциальная диагностика рака и сифилиса печени в целом ряде случаев далеко не легка. Обращаясь к своему материалу, я должен признать, что имеется не малое количество

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. Коробков.

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. ¹). 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 ²) 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-

¹ Подробные литературные указания можно найти у Lavegan'a (Палюдим. 1901 г.) и Кусева (Хроническая малярия. 1929).

² Любенецкий. К учению об Adisson'овой болезни. Русск. врач, № 11 и 12, 1908 г.