

При перкуссии сердца границы его, как мы уже говорили, оказываются в большей или меньшей степени смещенными в правую сторону. Это *dextropositio cordis* наблюдается при г. д. весьма часто, но не абсолютно постоянно и некоторыми авторами описываются случ. этого заболевания без какого либо смещения сердца в правую сторону.

При аускультации легких в области барабанного звука мы можем отметить резко ослабленное дыхание, ослабленное голосовое дрожание и, наконец, кишечное урчание различной интенсивности.

При рентгеноскопии больного с г. д. левая $\frac{1}{2}$ диафрагмы определяется значительно выше, чем правая и достигает иногда 2-го ребра. При спокойном дыхании левая $\frac{1}{2}$ диафрагмы либо вовсе не дает никаких колебаний, либо эти колебания весьма незначительны; при инспирации можно бывает отметить, что самая верхняя точка диафрагмы движется в медиальном направлении, каковое движение усиливается при глубоком дыхании. Многими авторами описывается парадоксальное дыхание, иногда временно появляющееся и исчезающее у того же больного.

На экране можно бывает отметить небольшие перистальтические движения диафрагмы, передающиеся последней от желудка: под диафрагмой определяется солов в различной степени наполнения и желудочный пузырь, который может уменьшаться и увеличиваться соответственно движениям диафрагмы. Что касается прогноза данного заболевания, то нужно полагать, что, вероятно, г. д. не оказывает заметного влияния на продолжительность жизни: некоторыми авторами описываются больные, благополучно прожившие до 60—80 летнего возраста. Но все же г. д. может осложнить течение некоторых заболеваний дыхательных путей, например, пневмонии, плеврита и т. д.

Нужно, между прочим, опасаться производить пункцию у таких больных, т. к. таким путем мы рискуем проколоть петли кишок, находящиеся в выпячивании левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы и дающей порой притупление в левой нижней $\frac{1}{2}$ грудной клетки.

Лечению в случаях г. д. отводится весьма скромное место. Правда, в особо тяжелых случаях некоторыми врачами была произведена резекция расслабленной и выпяченной в грудную клетку диафрагмы с последующим зашиванием дефекта. Трудно что-нибудь сказать о результатах этой операции, т. к. нет еще достаточного количества наблюдений.

Необходимо в заключение отметить, что особенностью нашего сл. является большая подвижность и смещаемость селезенки. Очевидно, мы имеем у нашего больного дело с врожденной аномалией (удлинением, слабостью) связочного аппарата селезенки, т. е. с аномалией, аналогичной той, которая коснулась и левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы.

Обе эти аномалии—связочного аппарата селезенки и левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы, очевидно, врожденного происхождения и носят однообразный характер. Нигде в литературе мы не нашли указаний на такое сочетание патологических явлений. Возможно, что некоторую роль играло в этом малярийное увеличение селезенки.

Из инфекционного отделения Елабужской райбольницы АТССР. (Зав. отд. Г. И. Хватов).

К вопросу о ранней диагностике сыпного тифа.

Др Г. И. Хватов.

Поставить диагноз сыпного тифа в ранние сроки чрезвычайно трудно.

Если при ряде заболеваний мы имеем более или менее специфические симптомы и реакции, то в начальной фазе сыпного тифа симптоматология весьма запутана и практическому врачу приходится занять выжидательную позицию до появления достоверных признаков тифа (сыпи).

Раннее распознавание сыпного тифа в период до появления на теле больного сыпи,—имеет громадное значение, как в смысле быстрой ранней изоляции больного, так и в проведении соответствующих санитарно-профилактических мероприятий и назначении лечения.

В течение ряда лет моей врачебной практики,—я все время задумывался над вопросом возможно раннего распознавания с. тифа.

Наблюдая большое количество прошедших сыпно-тифозных больных, я заметил интересное явление, заключающееся в том, что в первые дни (3—5—7) заболевания сыпным тифом и до момента появления сыпи, — *кожа больных имеет своеобразную сухость*.

Исследуя кожу таких больных поглаживанием кистью руки по одному и тому же участку, я неизменно ощущал сухость и нежный шорох.

При дальнейшем поглаживании и массаже — кожа все равно оставалась сухой и не увлажнялась. Заинтересовавшись этим явлением, я стал его проверять.

На материале свыше сотни больных данный симптом появлялся в 80% всех случаев, диагноз коих впоследствии подтвердился (Т. exant). Там же, где данный симптом был отрицателен (кожа не имела сухости, не издавала при трении шороха, а была влажной) — диагноз сыпного тифа не подтверждался.

В доступной мне литературе описания подобного явления я нигде не встретил, а поэтому решаюсь предложить описанный симптом для целей раннего диагноза сыпного тифа.

Из Пропедевтической хирургической клиники Полтавского мединститута. Завед. С. М. Эйбер.

Случай мужской истерии, проявляющейся в виде альголагнии (стремление больного к операциям без всяких к тому оснований¹⁾).

Ассистент клиники И. Э. Сандуковский.

3/II 1934 г. в приемный покой Полтавской межрайонной больницы явился больной из поликлиники с диагнозом „заворот“ для экстренной операции. Больной был помещен в хирургическое отделение той же больницы и к нему немедленно был вызван дежурный хирург, установивший нижеследующее.

Больной Д. В., 41 года, русский, холост, работает на Днепропетровщине лекпомом. Со слов больного, в день поступления в больницу он, проезжая в поезде мимо Полтавы, стал испытывать резкие боли в животе, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Через некоторое время появилась отрыжка и вздутие живота. Газы не отходили, стула в тот день не было. В связи с этими болями больной сошел с поезда и обратился в поликлинику за помощью, откуда он был отправлен в больницу.

Из опроса больного выяснилось, что в период 1915—1916 годов он, страдая туберкулезом легких, перенес крупозное воспаление легких, а затем экссудативный левосторонний плеврит. Во время империалистической войны был ранен осколками шрапнели в обе ноги, засыпан землей до подмышек и контужен в правую половину тела. Лечился в госпитале 2 месяца. До 1930 года временами проявлял раздражительность, все его злило, иногда расстраивался настолько, что насильно удалял больных из кабинета. В 1930 году, по словам больного, работал лекпомом в Мечниковской больнице, был оперирован по поводу аппендицита. С этого времени и началась его хирургическая эпопея. После удаления отростка у него снова в подвздошной области появились боли, сопровождавшиеся вздутием живота, задержкой стула и газов. В связи с этими явлениями больной был снова оперирован, и с тех пор ему было произведено 15 операций. Все эти операции производились по поводу спаек. На почве этих спаек у него был заворот, ликвидированный операцией с наложением противоестественного калового отверстия, с последующим закрытием свища, удавшимся лишь после 3-й операции. У больного были частые расхождения операционной раны, требовавшие для своего закрытия последующих операций. В общей сложности больной был оперирован 24 раза — все операции производились под общим наркозом. Операции выполнялись, по заявлению больного, профф. Оппелем и Самариным при участии профф. Павлова, Грекова, Асвацатурова, Раздольского. 9/I 1934 года оперировался по поводу левосторонней паховой ущемленной грыжи.

¹⁾ Доложено на Научной конференции в Полтаве.