

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 оснований<sup>1)</sup>).

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.

<sup>1)</sup> Доложено на Научной конференции в Полтаве.

Кроме этих сведений, больной добавляет, что он находился на излечении в течение этого сравнительно краткого времени в психиатрических больницах Ленинграда. Последние 2 года лечился в Одессе, затем в Харькове в клинике проф. Бельца. Все эти операции переносил хорошо. „Мне перенести операцию“ говорит больной, „что стакан воды выпить“. Я и сейчас прошу сделать мне операцию“. Обычно, после наркоза спит 2—3 дня, курит после операции очень много—до 100 папирос в день, между операциями немного меньше, не употребляет алкоголя, „из-за слабого здоровья“ не хочет жениться. Отец умер от алкоголя, мать от прогрессивного паралича, брат женат, имеет 4-х детей; сестра замужем, имеет 2-х детей. В детстве никаких отклонений от половой сферы не отмечает. Сон изменчив.

*St-tus praes* Больной среднего роста, пониженного питания, правильного телосложения. На теле (животе и ногах) много послеоперационных рубцов. Слизистые оболочки слегка анемичные. Лимфат. железы прощупываются в обеих паховых областях. Сердце, легкие без особых изменений. Кисти и ступни цианогичны. Со стороны нервной системы отмечаются признаки дегенерации: малые ушные раковины, высокое небо, зрачки равномерны, реакция их живая. Функциональная деятельность черепных нервов полностью выражена. Дермографизм розовый, диффузный; мышечный валик при постукивании резко выражен. Симптом Хвостека резко положительный. Конъюнктивный рефлекс справа понижен, слева в норме. Глоточный в норме. Кожная болевая чувствительность справа на голове понижена. Сухожильные рефлексы живые, патологических нет.

При осмотре живота отмечается множество рубцов различной величины и направления. Живот слегка вздут, участвует в акте дыхания. Признаков, указывающих на усиленную перистальтику или местное вздутие (симптом Вала) не отмечается. При пальпации небольшая болезненность в области рубца справа, в остальном никаких отклонений от Н не отмечено.

*Рентгеноскопия.* (На 2-ой день после поступления в 6-цу). Желудок, кроме усиленной перистальтики, изменений не представляет. Органы грудной клетки в пределах нормы. Через 14 часов после принятия бария отмечается присутствие его в соесит и, в небольшом количестве, в концевых петлях тонких кишок. На следующий день остатки бария на стенках толстых кишок.

Лабораторные исследования крови отклонений от нормы не обнаружили.

Объективный осмотр нашего больного обнаружил явные отклонения от нормы, увлекая его в сторону психопатогенных факторов. Под мазохизмом, который можно здесь заподозрить, подразумевается такое состояние, когда больной страдает способностью испытывать наслаждение и половое удовлетворение от боли. Хирурги, практики мало задумываются над мотивами субъективного порядка, приводящими к ним больных на операционный стол, поскольку эти мотивы не имеют прямого отношения к жалобам больного. Хирург считает лишь с жалобами, которые больной локализирует в определенном месте и, сопоставляя локализацию болей с местонахождением того или другого органа в соответствии с общим состоянием больного, умозаключает определенную нозологическую единицу в ряду других патологических явлений. Между тем, субъективное состояние больного, ход его психических процессов могут иметь отношение к заболеванию и прикрывать тайные намерения, ничего общего с показаниями к операции не имеющие. Все вышесказанное характеризует собой такую психопатию, как *мазохизм и истерия*. Против мазохизма в нашем случае говорит то, что больной не испытывает, по его словам, никакого полового удовлетворения; у него имеется влечение к другому полу; ведет он нормальный половой образ жизни. Таким образом, нам остается остановиться на другом диагнозе—истерии у мужчин, проявляющейся в форме необоснованного стремления оперироваться, т. е. типичная хирургическая истерия (альголагия). Случаи хирургической альголагии впервые описаны Нотцигом, Шренком, Крафтэбингом. Последний наблюдал больную, которая повторно вывихивала себе руку для получения ощущения вправления. Осипов сообщает об одном случае, где больная с явно выраженной психопатической конституцией, подвергалась целому ряду операций.

Каршкян также сообщил об одной больной, подвергнувшейся целому ряду операций у проф. Федорова и Опеля. Подобные случаи описаны Шульцем и Дрешером.

Евлахов наблюдал в клинике Финкельштейна больную с настоящим желанием оперироваться по поводу опухоли в горле, между тем как ля-

рингоскопия и бужирование ясно показывали полную проходимость пищевода и отсутствие какой-либо опухоли в горле. У этой же больной на теле оказались рубцы в 3-х местах от бывших операций.

Живот нашего больного исполосован рубцами. При подсчете на животе у него оказалось 15 рубцов от бывш. разрезов и если учесть, что часть из них вырезана, а часть разрезов производилась по старым рубцам, то можно с наибольшей вероятностью допустить еще таких 5-6, таким образом количество рубцов на животе у него доходит до 20—21.

На основании опроса больного, осмотра его, предположено было, что здесь имеется заболевание, имеющее в основе своей не кишечную непроходимость, а какую-то другую нозологическую единицу психопатологического порядка. Увлечение, с которым больной рассказывал о своих операциях, манера говорить, пересылая свое повествование фамилиями видных хирургов и профессоров других специальностей, заявление о том, что он не раз был демонстрирован в медицинских обществах, вопрос его о том, будет ли он демонстрироваться нами, еще более утвердило нас в нашем первом предположении. За время опроса живот опал, за время беседы боли исчезли, а с ними и *defense musculaire* и больной, увлекшись своим рассказом, как бы забыл о главной причине, приведшей его в клинику. Решено было лечить его консервативно, на что он далеко неохотно согласился, и подвергнуть его дальнейшему наблюдению.

В последующие дни, после некоторых неудачных попыток склонить нас на операцию, он, повидимому, окончательно оставил мысль подвергнуться ей. Через несколько дней больной в удовлетворительном состоянии был выписан из больницы.

Есть основания полагать, что случаев хирургической альголангии в общем немало. Каждый хирург, поработавший много в борьбе с хирургическими заболеваниями, мог бы рассказать поучительные случаи из своего личного опыта. У многих хирургов бы али болезные, стремившиеся центрировать их внимание и окружающих на своих переживаниях, как наш больной на себе, и своим эгоцентризмом иногда доводили хирурга и персонал до изнеможения. Проф. Оппель в своих клинических лекциях указывает на такую больную с подозрением на истерическую непроходимость кишек. На вопрос проф. Оппеля: „Вы хотите операцию?“, больная отвечает: „хочу“. И здесь же пр. Оппель говорит „истерички часто хотят операции, такое охотное согласие на операцию подзрительно“. В нашем случае было легче ориентироваться, ибо больной, придя пешком в клинику, стал требовать, при отсутствии особых показаний, операцию, при чем в доказательство правильности своего требования, стал приводить всех профессоров Ленинграда и Хагькова, оперировавших его по поводу заворота. Чем больше доказательств приводил больной, тем больше отклонялись его домогания и, как оказалось в дальнейшем, мы оказались правы. У больного не было илеуса, а основной болезнью его была истерия.

---

Из Госпитальной хирургической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. В. Л. Боголюбов)

## Случай воздушной эмболии при пневмопункции.

Асс. П. А. Гулевич.

Случай внезапной смерти при операциях и диагностических манипуляциях на плевре и легких не принадлежат к частым. До недавнего сравнительно времени эти случаи обыкновенно находили объяснение в плевральном шоке или нарколе, применявшемся при операциях.

Работы более позднего времени, посвященные экспериментальному изучению вопроса о воздушной эмболии (В е ф е р, Ф о р л а н и н и, Ш т е р н б е р г, Б е р г ш т р а н д) выявили роль последней в происхождении интересных нас осложнений. По современным воззрениям, большинство тяжелых и, особенно, смертельных осложнений, наблюдаемых при операциях на плевре и легких, объясняется воздушной эмболией сосудов головного мозга и обуславливается ранением сосудов малого круга. Наиболее часто эти осложнения наблюдаются при