

Из факультетской терапевтической клиники № 2 Ростовского медицинститута  
(дир. проф. З. М. Кастанаян).

## Случай *situs inversus viscerum*.

Я. С. Хентов.

Случаи *s. i. v.* не представляют теперь, в рентгеноскопическую эпоху, прежней редкости. Но все же эти случаи не так часты, и всякий новый случай из соображений как статистических, так и диагностических должен быть продемонстрирован и описан.

В описываемом нами случае, *s. i. v.* был поставлен не сразу. Жалобы больной на хронические боли в подложечной области слева в левом подреберье, в левой половине грудной клетки заставляли некоторых врачей предполагать у больной миокардит, ввиду прослушиваемых глухих тонов в обычных местах выслушивания сердца, левосторонний плеврит, ввиду ослабленного дыхания слева сбоку, и сплениит, ввиду прощупывания печени, принимавшейся за селезенку. Нами был заподозрен *s. i. v.*, подтвержденный далее рентгеновскими исследованиями сердца, желудка, кишечника.

На основании увеличенной слева печени, на основании имеющих болей слева—необходимо было признать у нашей больной в связи с *s. i. v.* левосторонний гепатит.

Приведем краткую историю болезни этой больной.

Больная К., 28 лет, русская, по профессии—работница швейной фабрики, обратилась к нам на прием с жалобами на тупые постоянного характера боли в подложечной области слева в левом подреберье, в левой половине грудной клетки. Больной себя считает около года. По словам больной, у нее на амбулаторном приеме признавали заболевание сердца, плеврит, объясняли боли увеличением селезенки. Из предыдущих заболеваний она отмечает тиф, малярию, последней болела и в детстве. В детстве перенесла корь, гнойное воспаление подчелюстной железы слева; люес и венерические болезни отрицает. Замужем 3 года. Имела один аборт. Месячные начались с 15 лет, до замужества появлялись во-время, но с болями, после замужества болей не отмечает. Больная среднего роста—157,5 см, удовлетворительного питания, вес 55 кг. Жировой слой развит средне, мышечный—слабо. Кожа несколько дрябля.

При осмотре грудной клетки отмечается асимметрия: правая грудная железа стоит несколько ниже левой, околососочковый кружок слева больше, чем справа. При осмотре сердечной области на обычном месте верхушечный толчок не заметен и не прощупывается. При перкуссии—слева вместо сердечной тупости ясный легочный звук. Верхушечный толчок слабо прощупывается в пятом межреберье справа. Левая граница относительной тупости сердца обнаружена у левого пригрудинного края, правая—на полтора пальца кнутри от правой среднеключичной линии, верхняя граница—3-е межреберье. Тоны сердца на обычном месте выслушивания двусторонки глухи. Выслушивание сердца во 2-м межреберье слева и справа дает ясные и чистые тоны. Ясные и чистые тоны прослушиваются как внизу грудины, так и особенно справа в области обнаруженного верхушечного толчка. Пульс 76, правильный, удовлетворительного наполнения. Легкие норма. Печеночная тупость определяется слева. Нижний край печени прощупывается на 2 пальца в левом подреберье, печень чувствительна при пальпации. Селезенка прощупывается справа только в боковом положении. Пространство Траубе определяется справа, шум плеска желудка определяется также справа от средней линии. Исследование мочи и мокроты никаких отклонений от нормы не дало. Исследование крови: Hb—73%, Эр.—49 0000, лейкоц.—6000, FI—0,7, окраска, величина, форма, структура—норма.

РЭЭ через час—6, через 2—15, при осмотре гинекологом обнаружено *salpingoophoritis bilat. chron.* При осмотре невропатологом—конституция диспластическая, приближается к астенической. Легкий tremor век, пальцев рук. Глоточный рефлекс повышен, конъюнктивальный—отсутствует. Несколько высокое твердое небо, общая вялость. Со стороны психики грубых отклонений от нор-

мы нет. Большая хорошо ориентируется в событиях и проч. *Рентгеноскопия и рентгенограмма*—подтверждается наличие полного s. i. v. Сердце расположено справа, верхушкой обращено вправо. Левый купол диафрагмы стоит выше правого, слева же отмечается более густая и обширная тень от печени, желудок расположен справа. Через 8 часов бариева каша была отмечена в области соесит'а.

---

Из Псковского филиала Ленинградского научно-исследовательского акушерско-гинекологического института (дир. Н. А. Подзоров, зав. филиалом Н. О. Эберлин).

## К вопросу о фармакодинамике спермина при лечении токсикозов беременности.

М. А. Синдерихин.

В настоящее время клинические и экспериментальные данные дают установку на поиски первопричины токсикозов в яйце (плаценте), а еще ближе в чужеродном агенте, внедрившемся в женский организм и нарушившим его обмен веществ. В этом фокусе сходятся высказывания подавляющего большинства авторов, и это есть совершенно достоверное при настоящем уровне наших знаний положение. Речь может идти лишь о характере воздействия самого агента. Отравление организма продуктами межзачаточного распада белка, текущее под знаком анафилактического состояния—вот построение, сделанное незадолго до мировой войны Инстоном, Вольд-Эйнером, Вертесом и Францем. В 1929 году, независимо от неизвестных нам выводов западно-европейских исследователей, мы взяли за разработку анафилактического характера токсикозов и вплотную подошли к выработке метода антианафлаксии.

С позиции анафилактической теории ряд неясностей иммуногенного порядка оказался вполне объяснимым. В поисках токсина, образующегося в организме беременной и сенсibilизированной женщины, можно было окончательно остановиться на протеиногенных аминах и в частности на гистамине, возникающем в условиях ацидозной среды в результате гидролиза плацентарной и мышечно-маточной белковой субстанции со стороны богатой ферментами чужеродной части последа. Впервые гистамин в крови экламптичек открыли Гюсси и Лабгард. Это же было подтверждено Шлоссманом. В последнее время единственной физиологической средой, в которой обнаруживается гистамин, признана моча беременной (Каппелер-Адлер). Этот же гистамин является основным ядом анафилактических состояний (Гамалея, Эббеке). Гистамин резко повышает секрецию слюнных желез (птиализм), вызывает тошноту и рвоту (гиперемезис), отеки, покраснение лица и др. признаки (эклампсия). Он является и агентом, дающим различный фармакодинамический результат. Особенно этот полимерфизм сказывается на кровяном давлении.

Признав токсикозы анафилактическим состоянием, мы обратились к поискам средств, могущих дать десенсибилизацию, т. е. вызвать антианафлаксию. Первые наши опыты начались со спермы (1928 г.). Они дали результат. Исходя из общности гормонов—продуктов гидролиза