

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-Эйсером, 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

у человека и животных (паргормонов),—из нестрогой специфичности между антигеном и антителами, а отсюда достаточной реакции с изомерами и боковыми радикалами, мы перешли на спермин. Спермин в растворимом виде несет специфические тела, близкие к сперме с ее альбуминоидами, пептонами и аминокислотами (Кравков). В малых дозах он восстанавливает, по нашим многолетним наблюдениям, нарушенное равновесие в межклеточном обмене беременной женщины, выравнивает баланс продуктов метаболизма ядерных белков антианафилактией, т. е. повышением образования антител в сенсibilизированном организме. Помимо этого, имеется симптоматическое действие, так как спермин снижает повышенное кровяное давление и уменьшает ацидоз в тканях.

Чтобы выяснить дальше эффективность действующих веществ спермина, как мы указали, содержащего продукты высокого расщепления белка, годные для целей нашей антианафилактики, мы провели в 1933 году контрольную группу больных токсикозами на спермине, подвергшемся длительной обработке высокой температурой. Эта группа больных дала, в сравнении с остальными группами, низший процент излечений, что доказало нам потерю спермином основных его свойств (получение низких продуктов расщепления, уже негодных для наших целей). Между тем при пользовании как спермином (по Пелю), так и спермолом, случаев пtiализма, рвоты, неукротимой рвоты, токсикозных дерматитов, эклампсизма и отдельных случаев эклампсии, у нас получалось уже 88—100% излечения. Одновременно установлено нами положение, что, чем сильнее анафилактическое состояние, тем доступнее антианафилактика, т. е. возвращение организма к анергии.

Далее мы перешли к наблюдению кровяного давления у больных токсикозами. Под влиянием лечения препаратами мужской половой железы мы нашли неуклонное систематическое снижение кровяного давления у пользующихся больных как при стационарном, так и амбулаторном лечении. Одновременно шло улучшение и общего состояния, выздоровление, державшееся до самых родов и в послеродовом периоде.

Перейдя к отысканию места, где происходит связывание ядов, мы остановились на подкожной жировой клетчатке, как активаторе антител. Одновременно мы мобилизуем всю ретикуло-эндотелиальную систему.

Методика заключается в нарастающем введении спермина, начиная с 0,2 до 1,5, 2 граммов ежедневно.

При молниеносных видах эклампсии и уже наступающем повреждении внутренних органов можно симптоматически пользоваться Строгановским методом, не забывая об основных активных методах, как кровопускание, родоразрешение, кесарское сечение и т. п., учитывая каждый раз точные для этого показания. В свете нашей теории и Строгановский метод приобретает принципиальное значение, именно потому, что токсикозы—анафилактическое состояние. Ведь еще Безредка предупреждал анафилактический шок у подопытных животных введением хлорал-гидрата и морфия. Здесь имеется блокирование нервно-проводящих путей, хотя отсутствует воздействие на первоисточники заболевания на выработку иммунитета у неполноценных в смысле усвоения чужеродного белка организмов.

В заключение мы должны еще подчеркнуть, что все сказанное многочисленными исследованиями о заболеваниях выделительных органов,

ненормальной зарядке вегетативной нервной системы при токсикозах и т. п. остается в силе. Следовательно и все профилактические меры, направленные к тщательному наблюдению за беременной и лечению ее побочных расстройств, играют видную роль.

Из глазного отделения Орловской городской больницы № 1 (зав. д-р В. Н. Преображенский, глав. врач Я. Н. Цехновичер).

Гумма орбиты.

В. В. Преображенский.

В патологии органа зрения сифилис играет видную роль; он является причиной от одного до трех процентов всех глазных болезней. Однако, сифилис глазницы встречается редко. По данным Казанской глазной клиники с 1900 по 1922 г. среди 129.340 больных имелось только два случая гуммозного поражения орбиты. Профессор Очаповский среди 29970 больных своей клиники отмечает семь случаев такого рода больных. По статистике нашего отделения с 1919 по 1935 г. на 225000 больных зарегистрировано два случая в 1925 г. (Вест. сов. мед., 1925 г.) и нижеприводимый случай является третьим.

В доступной нам литературе удалось насчитать всего 43 случая. Указанная цифра несомненно много ниже действительного числа всех наблюдавшихся случаев гуммозного поражения орбиты.

Наш случай не представлял затруднения для диагностики.

Больной, колхозник Ш. К., 42 лет, ист. болезни № 0891, обратился в амбулаторию больницы 1/II 35 г. 5/II 35 г. был помещен в глазное отделение. Из анамнеза выяснилось, что в 16 лет у больного на мошонке был диагностирован твердый шанкр, вскоре после появления которого был проведен курс лечения серой ртутной мазью. Больной отбывал воинскую повинность, женился на 25 году, имел пять детей, из которых двое умерло в 2-недельном возрасте. В 1919 году перенес сыпной тиф. В ноябре 1933 года стал отмечать затруднение носового дыхания и выделение слизи с острым запахом. Одновременно заметил припухлость в области верхнего века правого глаза, которая от лечения KI у отоларингологов прошла, явления же со стороны носа остались стационарными. С ноября 1934 г. появились боли в области правого глаза, распространяющиеся по ходу тройничного нерва, и вскоре развилась диплопия. 24 декабря 1934 года больной на приеме в поликлинике РОКК вновь получил KI. St. p a e s e n s: Б-ой среднего роста, правильного телосложения, удов. питания, с хорошо развитой костной и мышечной системой, общяя аденопатия.

Правый глаз: При закрытых веках отмечается резкое выпячивание содержимого правой орбиты. Кожа век, особенно нижнего, отечна с красновато-цианотичным оттенком. Глазная щель открывается на $\frac{2}{3}$, через кожу нижнего века по краю орбиты прощупывается бугристая опухоль, распространяющаяся непосредственно от слезных точек до наружного угла. Опухоль с кожей не срощена, бугристая, плотной консистенции, при прощупывании слегка болезненна, от края орбиты может быть несколько отодвинута вглубь орбиты, не флюктуирует.

Глазное яблоко смещено вперед и отклонено несколько вверх и кнаружи. Полная неподвижность глазного яблока кверху и книзу и ограниченная в стороны. Конъюнктивa слегка отечна. Роговица прозрачна, чувствительность ее понижена. Среды прозрачны. Границы сосочка ступеваны, вены гиперемированы (Neuritis optica o. d.).

Поле зрения сужено снаружи. Острота зрения правого глаза 0,07, левого 1,0.