

с) Эндокринология.

Ожирение у детей. Rony (Rev. Franç. d'Endocrin, № 1, 1934 г.) изучил 50 случаев ожирения у детей и юношей для выявления возможной роли эндокринных желез в этиологии ожирения. Гипофизарное расстройство, расстройство со стороны полового аппарата, слегка сниженный основной обмен без гипотиреоза, ненормальная толерантность к сахару и психическая отсталость часто наблюдается при детском ожирении. Но изменения эндокринных желез могут встречаться и в смысле гипер- и гипофункции. Этот факт дает возможность считать, что имеется связь между ожирением и эндокринными расстройствами, но что эти расстройства не являются причиной ожирения. Этиология ожирения у детей, как и у взрослых, экзогенная или эндогенная; это изменение — в механизме, регулирующем жировой обмен, который всего вероятнее гипоталамического происхождения.

Е. Ауслендер.

Синдром Опухоли гипофиза и пептическая язва. (Amer. Journ. med. scienc. Abst. 1933 г.) Кешинг недавно обратил внимание на связь, существующую между заболеваниями гипофиза и пептической язвой. Он привел 3 случая умерших от перфорации язвы после операции по поводу опухоли мозга. Автор приводит также свои 2 случая первичной опухоли гипофиза с пептическими язвами. Он считает, что если полагать, что гипофизарные заболевания связаны с заболеваниями надпочечников, а последние ведут к язвам кишок у подопытных животных, то отсюда вытекает этиологическая связь между эндокринными железами и желудочно-кишечными язвами. Лечение пептических язв в начале их развития инъекциями гипофиза заслуживает внимания.

Е. Ауслендер.

Гипофизарная кахексия, случай, леченный вытяжкой передней доли гипофиза. Brougier. (Endocrinology, № 3, 1934 г.) Это наблюдение относится к мужчине 63 лет с общей слабостью, желудочно-кишечными расстройствами, миостенией, резким похуданием. Основной обмен — 40. Отсутствие пигментации и теста Goetsch'a дают возможность исключить болезнь Аддисона. Больной был подвергнут инъекциям экстракта передней доли гипофиза (2 раза в неделю по 1 куб. см.) и наступило полное выздоровление.

Е. Ауслендер.

Острый тиреоидит после удаления зуба. Gønborg. (The Brit. med. Journ. № 3818, 1933 г.) Пять дней спустя после удаления зуба у женщины 24 лет развилось острое воспаление правой доли щитовидной железы, которое через некоторое время самопроизвольно излечилось. Автор предполагает, что инфекция проникла через кровяное русло.

Е. Ауслендер.

d) Туберкулез.

R. Courtois—*Туберкулез легких у бельгийских углекопов.* (Annales de Médecine Légale, № 1, 1935 г.) В туберкулезном диспансере Charleroi за 1932—33 г. среди обследованных рабочих каменноугольных копей было обнаружено 13,8% туберкулезных бациллярных больных; среди рабочих, страдающих антракосиликозом, было обнаружено 34,15% туберкулезных бациллярных больных, среди прочих — 4,82%. Из 388 случаев, лечившихся в санатории поликлиники и в диспансере Charleroi по поводу заболеваний органов дыхания, — 165 чел. не страдали антракосиликозом, из них было 10,3% туберкулезных и 5% бациллярных больных. Из страдавших антракосиликозом лечилось 223, из которых было — 64,57% туберкулезных и 43% бациллярных больных. Среди молодых углекопов, работающих несколько месяцев в шахтах, частота туберкулезных заболеваний была такая же, как и у других рабочих. Данные санатории показывают, что для других профессий средний возраст туберкулезных больных около 30 лет, а у углекопов, более чем в 90% средний возраст больше 30 лет.

Благоприятное течение туберкулеза у углекопов, не страдающих антракосиликозом, и редкость заболевания туберкулезом, позволяют сделать заключение, что вдыхание каменноугольной пыли в течение определенного времени создает настоящую антитуберкулезную вакцинацию.

Мельчайшая микроскопическая угольная пыль, внедряясь в легкое, вызывает такую же клеточную реакцию, как туберкулезная палочка. Автор делает ссылку на работу Ivin'a и других, указывающих, что пыль и туберкулезные палочки дают одинаковую фагоцитарную клеточную реакцию.

На материале, наблюдаемом в санатории de Marcinelle, автором получены следующие результаты: из 405 больных, неуглекопов, страдавших бациллярными формами, — 34,32% при выписке оказались небациллярными, а из 75 углекопов, страдавших антракосиликозом, только 1,33% оказались при выписке абациллярными.

Тяжесть туберкулезного заболевания зависит еще от степени развития антракосиликоза и от стажа работы в шахтах. Из двух углекопов, имеющих одинаковые степени развития антракосиликоза, наиболее тяжелая форма туберкулеза будет в том случае, у которого имеется больший стаж работы в шахтах.

Автор высказывает предположение, что рабочие, резистентные в отношении антракосиликоза, будут резистентны и в отношении туберкулеза, что существует определенный параллелизм между иммунитетом антракосиликотическим и анти-туберкулезным иммунитетом. Автор отмечает, что в ряде случаев, несмотря на эволюцию туберкулезного процесса, антракосиликоз остается одинаковым в течение всего заболевания. Это констатируется также в случаях вторичного антракосиликоза.

При наличии в легких пылевых гранул, в определенный момент могут создаться условия для развития фиброзного процесса. Возможность фиброзного превращения присуща всяким гранулам, как хороший признак, оказывающий влияние на их развитие и на их способность включить в себя определенное количество пылинок. Эта потенциальная возможность может создать стабильное состояние антракосиликотического фиброзного узелка. Но в случае присоединения инфекции, могут наступить глубокие структурные изменения и тогда получаются атипические формы.

По мнению автора, два обстоятельства необходимы для развития типичного антракосиликоза: 1) диссеминация пылевых гранул, как следствие истощения и недостаточности фагоцитарной системы, и 2) появление гуморальных расстройств, обуславливающих одновременно фиброзные прорастания гранул.

Антракосиликоз оказывает на туберкулез двойное влияние, — способствует расцвету и усиливает развитие туберкулезного процесса.

Многочисленные эксперименты демонстрировали, что силикатная пыль или силикатная пылевая гранула в целом являются настоящей ловушкой для туберкулезных палочек. Антракосиликотики становятся легкой добычей для туберкулеза так же, как и для других легочных инфекций, что показывает статистика, не только в отношении частоты, но также в исключительной тяжести у антракосиликотиков.

Автор приходит к следующим выводам:

Хотя редко, но туберкулез может развиваться у старых углекопов при полном отсутствии антракосиликотического процесса. У этих рабочих туберкулез протекает благоприятно и быстро излечивается. В продолжение предсиликотического периода ингаляция антракосиликотической пыли играет роль настоящей анти-туберкулезной вакцинации. Появление антракосиликотического процесса показывает, что вакцинация не создает больше состояния хорошего иммунитета, а, наоборот, получается состояние восприимчивости к туберкулезу и к другим инфекциям. Туберкулез сам по себе не вызывает ни распространения антракосиликотического процесса, ни его генерализации. Туберкулез может эволюционировать долгое время в глубине антракосиликотического процесса, не модифицируя его. В других случаях туберкулез производит некоторое изменение в рентгенологической картине многих видимых узелков, но его действие остается между тем ограниченным, увеличивая объем узелков, граничащих с туберкулезными очажками, образуя тени так, как это встречается при вторичном атипичном антракосиликотическом процессе с множественной локализацией. В исключительных случаях туберкулезные гранулы могут вызвать появление первичного антракосиликотического процесса и тогда все узелки являются туберкуло-силикотическими. Определенно доказано, что антракосиликоз благоприятствует расцвету и развитию туберкулезного процесса. Напротив, роль туберкулеза в патогенезе первичного антракосиликоза небольшая, в громадном числе случаев туберкулез способствует развитию вторичного антракосиликотического процесса. А. Плейццер.

е) Хирургия.

Принципиальное в оперативной терапии рака. Кoenig (Arch. f. Klin. Chir. 177, 336) восстает против пессимизма, существующего в отношении опе-