

микробов. Выполняя бактерицидную и детоксицирующую функцию, витамин С попутно и сам разрушается.

В. Дембская.

б) Эндокринология.

Van Kier. Симметричное заболевание кожи аллергического типа при тиреотоксикозе (Deut. med. Woch. Ноябрь, 1936 г.).

Тиреотоксикоз может вызвать появление симметричной экземы. Автор приводит случай экземы, расположенной в обеих подмышечных впадинах и не поддававшейся никакому терапевтическому лечению. Через 15 дней после применения препарата из поджелудочной железы наступило улучшение, закончившееся полным излечением через 4 недели. Перерыв в лечении дал рецидив заболевания, которое при возобновлении лечения опять прошло.

Авторы решили применить экстракт поджелудочной железы, так как в этом препарате по данным Вауера и Фиельса имеется ретардин, способный нейтрализовать тироксин.

Е. Ауслендер.

Gonard. Гипофизарная корреляция и гипертиреоз (Rev. Frans. d'Endocrin № 5, 1936 г.).

Знание эндокринной корреляции очень важно не только для изучения физиологии желез, но и для клиники. Рядом физиологических работ установлено, что активность щитовидной железы стоит в связи с гипофизом: тиреостимулин, который можно получать из гипофиза, возбуждает и регулирует деятельность щитовидной железы. С клинической точки зрения гипофизарно-тиреоидная корреляция может быть либо в смысле гипофункции, либо гиперфункции.

Теоретически логично, что приобретенный гипотиреоз может вызвать у больного некоторые симптомы гиперпитuitarизма, которые можно обнаружить, если искать гипофизарные симптомы. Часть симптомов, наблюдаемых при Базедовой болезни, относится автором за счет гипофиза. При лечении рентгеном гипофиза иногда исчезают симптомы Базедовой болезни. Но необходимо все же принять во внимание, что расстройство со стороны какой бы то ни было железы дает симптомокомплекс плюригландулярного заболевания, но с превалированием симптомов со стороны одной лишь железы.

Е. Ауслендер.

Wallis. О влиянии фолликулина на кровяное давление (Zbl. Gyn., 1936, 48, 2839—2843).

А. применял фолликулин в 12 случаях эссенциальной гипертонии (8 женщин и 4 мужчин), в которых, кроме впрыскивания этого гормона, не началось никакого другого медикаментозного лечения. Результаты показали, что фолликулин совершенно не обладает действием, понижающим кровяное давление.

В. Иванов.

Melzger, Hoerner и Mayer. Легкий случай болезни Кёшинга, проведенный аутопсией (Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, № 27 1936).

Авторы приводят случай болезни Кёшинга, где был поставлен диагноз базофильной аденомы гипофиза, несмотря на то, что симптомокомплекс этого заболевания был неполным.

Б-ная, 37 лет, 8 лет тому назад обратила внимание на ожирение и скудность менструаций. У б-ной было небольшое увеличение щитовидной железы. Назначенные тиреоовариальные препараты дали быстрое исхудание и

менструации вернулись к норме. За год до поступления в больницу у б-ной вновь начали уменьшаться менструации, она стала быстро прибавляться в весе, и зоб сильно увеличился. При поступлении вес б-ной был равен 69 кг при росте в 145 см. Лицо толстое и красное, на животе небольшие стрии. Кровяное давление 160/105 по Рива-Роччи.

Совпадение у молодой женщины таких симптомов, как быстрое ожирение, неправильность *menses* и гипертония, заставило предположить базофильную аденому гипофиза. При дополнительном обследовании: рентгенограмма черепа обнаруживает маленькое турецкое седло с некоторой атрофией задних клиновидных отростков. Рентгенограмма других костей без изменений. Гликемическая кривая—N. Основной обмен N. Моча N. Гемоглобин равен 90%. Красных кровяных шариков 4000000. Глазное дно и поле зрения без изменений. Через 6 недель б-ная погибает от случайной причины. На секции обнаруживается колоссальная аденома базофильных клеток гипофиза. Гистологическое исследование заставляет предполагать злокачественную опухоль. Другие эндокринные железы обнаруживают изменения, описанные Кёшингом. Итак, в данном случае имелся синдром Кёшинга без остеопорозов гипертрихоза, эритремии и гипергликемии. Стрии были не такими, как они описаны Кёшингом, т. е. не темными и не глубокими. Следует отметить несоответствие легкости клинической картины с тяжестью анатомического поражения гипофиза.

Е. Ауслендер.

Refsum. *Кожная температура при заболеваниях щитовидной железы* (Acta chirurgica Scandinavica, Vol. LXXVIII, Fasc. 1—111, S. 140—157).

Автор измерял кожную температуру у больных с зобом и у б-ных с тиреотоксикозом. У больных с тиреотоксикозом и повышенным основным обменом при нормальной температуре в прямой кишке было обнаружено значительно большее повышение температуры кожи стоп, чем у больных с простым зобом. Повышенная продукция тепла при тиреотоксикозе, очевидно, выравнивается повышенной потерей тепла через кожу. Предоперационная подготовка и струмектомия при тиреотоксикозе понижают кожную температуру и основной обмен. Во время струмектомии, производимой под местной анестезией, наблюдается быстро наступающее резкое повышение кожной температуры стоп приблизительно одновременно с освобождением щитовидной железы; при токсическом зобе это явление выражено сильнее. Такое повышение кожной температуры во время операции автор объясняет травматизацией симпатических и парасимпатических нервных волокон. Другие операции, производимые под местной анестезией, не дают подобного повышения кожной температуры.

В. С. Маят.

Hergold. *Гормональные воздействия на рост грудных желез и лактацию* (Med. Klin. 1936, 44, 1489).

Грудные железы во время беременности находятся под влиянием двух гормонов—фолликулина и гормона желтого тела, которые, однако, способствуют лишь росту их, но не обладают лактационным действием. Соответствующая перестройка грудных желез представляет не только необходимое предварительное условие для наступления лактации, но является и тем моментом, благодаря которому становится возможным гормональное воздействие на секрецию молока. Лактация наступает только в результате действия лактационного гормона передней доли гипофиза. Следует признать, что изгнание плода и последа вызывает выделение этого гормона; открытие и выделение его в чистом виде дает возможность оказывать влия-