

жит задерживающий фактор: так, в начальных стадиях беременности он отсутствует, затем появляется (во второй трети), достигает наивысшего содержания в последней трети, с тем, чтобы перед концом беременности снова исчезнуть.

А. а. считают, что задерживающий рост опухоли фактор присутствует и в свежей ткани, но здесь он замаскирован благодаря противоположному действию фактора, стимулирующего рост. Под влиянием высушивания последний устраняется.

То обстоятельство, что описываемый фактор удается обнаружить лишь в высушенной ткани, говорит против его ферментативной природы. *Н. Казан.*

Schiff и Hien. *Серологическое обследование Берлинского населения.* (Klin. Wochenschr. N 10, 1931 г.). В течение 11 лет исследовалось 30.000 проб крови стационарных больных. Распределение по группам дает следующий результат: Группа O—31,6%, группа A—42,2%, группа B—14,7%, группа AB—6,5%.

В отношении пола разницы в группах нет. За указанный период времени процент. соотношение групп существенно не изменилось. *Т. Шарбе.*

### в) Эндокринология.

*Вирилизм и его причины.* Ланжерон и Данэ (Journal de Gynecologie et d'Obstetrique, ноябрь 1933 г.) приводит историю болезни совершенно нормальной женщины 31 года, имевшей 2-х детей, у которой без всякой видимой причины развились в течение 6 месяцев явления вирилизма-гирсутизма: (борода, усы, оволосение всего тела), аменорея, изменение черт лица и характера, потеря в весе, ослабление мышечной силы. Внутренние органы без изменений, кровяное давление  $140/95$ . Повышен основной обмен (+21%). Самое тщательное исследование не обнаружило опухоли надпочечника или яичников, однако развитие болезни дает возможность предполагать злокачественное новообразование.

Больная лечилась полигландулярными препаратами, стрихнином и рентгенизацией надпочечников; в результате — улучшение общего состояния без влияния на симптомы вирилизма-гирсутизма. Авторы обращают внимание на то, что хотя клинически этот синдром хорошо всем знаком, этиология и патогенез до сих пор неизвестен, при чем и патолого-анатомически при этом заболевании наряду с опухолями надпочечниковыми встречаются заболевания яичников, гипофиза и щитовидной железы. Все же самой частой причиной являются заболевания надпочечников — злокачественная опухоль, аденома и просто гиперплазия их. Это заболевание чаще поражает женщин. В зависимости от того, в какой стадии развития появляется опухоль, получается тот или иной симптомокомплекс, но всегда связанный с половой сферой.

Если опухоль развивается у зародыша, то получается псевдогермафродитизм (у авторов 13 случаев), клинически эти случаи типичны: внутренние половые органы женские, наружные — мужские, так же, как и вторичные половые признаки. Патолого-анатомически оба надпочечника поражены большей частью доброкачественной аденомой, Интерес этого заключ. в том, что можно поставить вопрос о кортико-надпочечниковом гормоне, регулирующем развитие гениталий.

У молодых женщин надпочечниковый вирилизм совершенно типичен — аменорея, ожирение, гирсутизм (появление усов, бороды, волосатости всего тела), общий вид приближается к мужскому, голос грубеет, кожа теряет нежность и мягкость, черты лица делаются резче, характер меняется, вначале болезни увеличивается мышечная сила. Изменений в сексуальном влечении не наблюдается, б. ч. исчезает с всем половое чувство, основной обмен и кровяное давление в тех случаях, где были произведены соответствующие обследования, давали преимущественно высокие цифры. Чаще всего только через год после появления первых признаков заболевания является возможность пальпацией определить опухоль, исходящую из почки. В этот период появляются иногда боли в пояснице, иррадиирующие в нижние конечности. Для более раннего определения опухоли следует обратиться к рентгену и пизмографии (инструментальной или внутривенной). Гиперастения начала заболевания переходит в астению, ожирение сменяется похуданием, ведущим к истощению, кахексии и, наконец, к смерти.