

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.) приводят 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 опухольми 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.

Наряду с этими формами, всегда ведущими к смерти, существуют формы с неполным синдромом, которые длятся много лет без обнаружения опухоли. У детей развитие кортико-надпочечниковой опухоли дает преждевременное половое созревание с ненормальным развитием волос. Б. ч. это злокачеств. гипернефромы, ведущие быстро к летальному концу. Авторы подчеркивают, что не обязательно, чтобы заболевание коры надпочечника было причиной синдрома вирилизма-гирсутизма, но часто и заболевание яичников дает тот же синдром, причем заболевание бывает 2-х родов: 1) опухоли яичника, гистологически идентичные надпочечниковым и 2) просто фиброзное перерождение яичников. Авторы приводят интересный случай Галле, подтверждающий роль яичников: после аппендикулярного перитонита, осумкованного в малом тазу, у б-ной появляется необычное оволосение лица, живота, бедер, голени и предплечья и также аменоррея. Через 7 месяцев больная оперируется, выпускается два литра гнойной жидкости, которая как бы омывала яичники, и вскоре после операции появляется менструация и исчезает все патологическое оволосение. Даже и при надпочечниковой опухоли, как правило, имеется вторичная атрофия яичников. Авторы приводят также случай, где при опухоли гипофиза сочеталась акромегалия с гирсутизмом.

Резюмируя вышеизложенное, авторы приходят к заключению, что наряду с несомненной связью синдрома вирилизма-гирсутизма с новообразованием коры надпочечника (описаны многочисленные случаи полного исчезновения вирильных черт после удаления опухоли надпочечника), все же существуют и другие факторы, ведущие к этому синдрому. Однако, вследствие чрезвычайной редкости и невозможности проверить их патолого-анатомически, эти случаи трудно классифицировать. Объяснением механизма влияния опухоли коры надпочечника на половую сферу и сексуальный характер может служить только гипотеза о кортикальном гормоне, регулирующем гармоническое развитие вторичн. половых признаков. Выздоровление после удаления опухоли подтверждает это положение, но экспериментально инъекция вытяжек надпочечников животных не дала ни один из симптомов генито-надпочечникового синдрома. В заключение авторы приходят к выводу, что так как чаще в его имеются злокачественные опухоли, которые, будучи предоставлены самим себе ведут к смерти, а также, ввиду того, что были случаи полного излечения после удаления опухоли, не следует останавливаться ни перед какими попытками лечения, какой бы процент смертности они не давали бы.

Е. Ауслендер.

с) Туберкулез.

Бацилловыделение без легочных поражений клинических и радиографических Ch. Rudelski, Léroux et El. Kudelski (Rev. de la tub 1934, 2) сообщают о 18-летнем юноше, который попал под наблюдение в связи с кашлем с мокротой, в которой были обнаружены ВК. Со стороны дыхательного аппарата никаких клинических отклонений от нормы не обнаруживалось, рентгенография также давала нормальную картину, т^о нет, нет исхудания, общее самочувствие — превосходное. В течение 8 месяцев была такая клиническая картина, а ВК обнаруживались при каждом исследовании в необильной мокроте. Инкуляция бацилл морской свинке дала положительные результаты. Проведенная дважды бронхоскопия этого больного дала диффузную гиперемич трахеи и бронхов без характерных поражений, но с обильной слизью, в которой были обнаружены ВК. Этот случай Аа относят в группу bronchite tuberculeuse, описанного Вaгd'ом. Бронхит, по мнению авторов, только наследие на ТБК процесс с таким расположением очага, который ни при клиническом, ни при рентгенографическом обследовании, проведенном систематически, регулярно в течение 8 месяцев не мог быть открыт.

Н. Крамов.

Бацилловыделители без видимых поражений. F. Bezançon, P. Braun et A. Meyer (Rev. de la tub. 1934, 2) останавливаются на случаях бацилловыделения без каких-либо рентгенографических или аускультативных отклонений от нормы у этих бацилловыделителей. Аускультативно здесь или ничего ненормального, или явления bronchitis discreta. Течение этих случаев доброкачественно: большинство или не дает ТБК изменений, или узелковые ограниченные формы. Некоторые из этих больных становятся хроническими бронхитиками, в анамнезе которых нередко есть указания на перенесенный тбк желез или костно-суставной.

Н. Крамов.