

Наряду с этими формами, всегда ведущими к смерти, существуют формы с неполным синдромом, которые делятся 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 6-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.