

другие — центральной нервной системе и внутренней секреции — прибавить новый, третий механизм — выделение особых, имеющих специальное свойство веществ, продуцируемых органом при раздражении различных его нервов, поступающих в поток кровообращения и оказывающих соответствующие влияния на отдаленные органы. Эти новые физиологические данные заслуживают большого внимания клиницистов и открывают очень далекие перспективы, особенно в изучении клиники вегетативной нервной системы. *Р. Лурия.*

К физиологии желчеотделения. Для изучения секреторной и двигательной работы желудка и двенадцатиперстной кишки Беленький (Архив Клинической и Экспериментальной Медицины, 1923, № 1—2) сконструировал двойной тонкий зонд, дающий возможность одновременно изучать секрецию обоих органов и влияние желудочного пищеварения на дуоденальное и наоборот. Пользуясь этой методикой и изучая влияние различных веществ на отделение желчи, Беленький пришел к выводу, что соляная кислота является раздражителем для выделения желчи, причем желчь при этом получается непосредственно из печени, без расходования накопившейся в желчном пузыре желчи; при введении же сильных жировых раздражителей сначала опорожняется желчный пузырь, а уже потом начинает поступать желчь из самой печени *Р. Лурия.*

б) Внутренняя медицина.

Классификация легочного туберкулеза. Несмотря на то, что наиболее распространенная классификация легочного туберкулеза Turban-Gerhardt'a была принята на последней Международной Конференции по туберкулезу, а более новые классификации E. Albrecht'a и A. Fraenkel'a, Vasmeister'a и в особенности Aschoff-Nicola, основанные на патогенетическом принципе, несколько расширили схему, в которую можно уложить крайне разнообразную клиническую картину легочного туберкулеза, все многочисленные классификации не отражают крайне лабильного течения этой болезни. Штернберг (Врачебное Дело, 1923, № 9—10) кладет в основу своей классификации не деление форм туберкулеза по протяжению его в легочной ткани, не различия анатомических и патологических изменений легких, а биологический принцип, находящий свое выражение в клиническом проявлении болезни, как реакции всего организма на *virus*. С этой биологической точки зрения Ш. предлагает отличать в клинике легочного туберкулеза, независимо от результатов физического исследования легких, 1) случаи компенсированные, с нормальной температурой, сохраняющие полную работоспособность, т. е. случаи, где токсемия уравновешена; 2) субкомпенсированные случаи, где имеется субфебрильная t^0 , склонность к потере веса, быстрая утомляемость больных как выражение весьма неустойчивой нейтрализации туберкулезных токсинов; 3) декомпенсированные случаи с t^0 выше 38^0 , с потерей трудоспособности с более или менее полным нарушением равновесия между токсинами *tbc* и антитоксическими веществами, и, наконец, 4) случаи острого нарушения компенсации, имеющие особенно большое практическое значение, так как, появляясь у больных с хорошей компен-

сацией, они именно и дают часто повод к неправильному диагнозу, напр., гриппа. Клинически эти случаи очень похожи на то, что мы имеем при вырыскивании большой дозы туберкулина. Компенсация туберкулезного процесса выражается не только в выработке веществ, нейтрализующих токсины, но и в изменениях биологических и морфологических свойств самого возбудителя, туберкулезной палочки, превращающейся в хорошо компенсированных хронических случаях в полусапрофит под влиянием защитных средств организма. Для врачей, желающих отметить, кроме этой биологической классификации болезни, еще и анатомические изменения, остается возможность присоединить ее, напр., к классификации Turbana's. Введенная автором уже с 1907 года в Туберкулезном Отделении Обуховской больницы, классификация эта сделана с 1919 года обязательной во всех Контрольных Комиссиях Петрограда и оказалась весьма практичной.

Р. Лурия.

Choleresis u Choleretica. Из многочисленных функций печени Brugsch и Horsters (Kl. Woch., 1923, № 33) остаются являются на отделении желчи, которую принято рассматривать, как результат секреторной работы печени. Авторы для желчеотделяющей функции печени предлагают ввести термин „холерез“, как выражение, обозначающее процессы выделения органа. Считать желчь секретом или экскретом печени? Исходя из представления о желтухе, как о болезненном состоянии, являющемся выражением задержки желчи в организме и отравления организма желчью, авторы считают единственно возможным видеть в желчи экскрет организма, аналогичный моче, и вводят термин „холерез“, как аналог термина „диурез“. Предвидя возражение, что желчь играет значительную роль при процессе переваривания жиров в кишечнике и, являясь полезной для пищеварения, должна считаться секретом, авторы указывают, что для переваривания жиров в кишечнике необходима соответствующая коллоидальная система для адсорбции липазы и субстрата, причем желчь создает только эту соответствующую среду, где происходит процесс адсорбции. В этом отношении следует отличать обычно выделяющуюся в кишечнике желчь от т. наз. пузырной желчи, выделение которой в кишечник под влиянием соответствующей пищи или лекарств (пептон Witte, серноокислая магнезия) представляет собою совершенно особый процесс. Изучая экспериментально количество выделяемых из организма при холерезе веществ, авторы нашли, что при обычных условиях организм в течение суток выделяет желчью почти одинаковое количество плотных веществ, большей частью в коллоидальном растворе. Авторы не только усматривают аналогию между выделительной деятельностью печени, т. е. „холерезом“, и выделительной деятельностью почек—диурезом, но склонны думать, что между этими обоими процессами имеется тесное соотношение, и один процесс может замещать другой. Вещества, действующие желчеочно, авторы называют Choleretica, отличая их от веществ, действующих на желчный пузырь; среди этих веществ первое место занимает, по наблюдениям авторов, атофан, который может увеличить желчеотделение на 100% и влияет на печень так же, как diuretica влияют на почки.

Р. Лурия.