

оказывает прекрасное действие. При микседеме, развившейся на сифилитической почве, специфическое противосифилигическое лечение также дает хорошие результаты, причем в случаях микседемы, как показывают наблюдения, специфическая терапия приносит особенно хорошие результаты при одновременном или предварительном применении тиреоидина.

Из Поликлиники внутренних болезней 1 Моск. государств. университета
(Директор проф. Д. М. Российский).

К клинике гипофизарного сифилиса.

Проф. Д. М. Российский.

Поражение сифилисом мозгового придатка наблюдается далеко не редко. Virchow впервые в 1858 г. описал гумму мозгового придатка. Дальнейшие наблюдения показали, что поражение сифилисом мозгового придатка довольно частое заболевание и по одним авторам сифилис мозгового придатка встречается в 42%, по другим в 57%. Насколько, сравнительно, часто наблюдается сифилитическое поражение мозгового придатка можно видеть из статистических данных Buschke и Jost'a, которые собрали из литературы 246 случаев сифилиса мозгового придатка, из которых в 162 случаях имелся приобретенный сифилис.

Как при врожденном, так и при приобретенном сифилисе чаще всего поражается передняя и межуточная части мозгового придатка, поражение задней части придатка наблюдается сравнительно реже. При приобретенном сифилисе чаще всего встречаются гуммозные формы поражения мозгового придатка, а при врожденном—нередко наблюдается диффузное, интерстициальное воспаление, причем по Simmonds'у при врожденном сифилисе в мозговом придатке нередко наблюдается более или менее распространенный межуточный воспалительный процесс, сопровождающийся миллиарными гуммами передней доли. В некоторых случаях наблюдается переход на мозговой придаток специфического сифилитического процесса с мозговых оболочек, надкостницы и носоглоточной области.

При сифилитическом поражении мозгового придатка наивчаще всего отмечаются заболевания, связанные с гипо-и дисфункцией придатка—гипофизарное ожирение, несахарный диабет, гипофизарная кахексия, карликовый рост и инфантилизм. Наиболее частым заболеванием при сифилисе мозгового придатка является гипофизарное ожирение, возникающее как на почве поражения межуточной, так и задней доли придатка. Некоторые авторы (Marburg, Aschner, Laschke) считают, что гипофизарное ожирение может возникать и вследствие поражения специфическим процессом *tuber cinereum*, так как в виду тесной связи, существующей между придатком мозга и вегетативными центрами межуточного мозга, повреждение *tuber cinereum* препятствует поступлению действующего начала гипофиза в мозг, что является аналогичным разрушению гипофиза. По наблюдениям Nonne и Motta гипофизарное ожирение, развившееся на почве врожденного сифилиса, нередко сопровождается нанизмом, полиурией, дисгенитализмом, евнухоидизмом и инфантилизмом.

В случаях гипофизарной кахексии при аутопсиях также часто находят гуммы гипофиза, склерозирующий гипофизит и перигипофизит.

Нужно также отметить, что и при болезни Dercum'a, Waldorp находил на аутопсии сифилитические поражения гипофиза. Заболевания, связанные с гиперфункцией мозгового придатка, представляют при сифилисе явления более редкие, что нужно в особенности отметить при приобретенном сифилисе. Так, в то время как Schulman и Lichwitz описали 12 случаев сифилитической акромегалии при врожденном сифилисе, в литературе описаны только единичные случаи акромегалии при приобретенном сифилисе [Mingazzini, Uthis, Schlesinger, Верзилов], сопровождавшиеся симптомами поражения n. optici и n. oculomotorii, изменением турецкого седла и улучшением после специфического лечения.

Если сифилитический гуммозный процесс в щитовидной железе, мозговом придатке, надпочечниках и других эндокринных железах часто и вызывает глубокие и непоправимые разрушения, то все же нередко наблюдаются и другие случаи, где сифилис вызывает гуммозные или склерогуммозные изменения, которые часто улучшаются при правильно проведенном лечении. Ртутная, сальварсановая, биохиноловая и иодистая терапия нередко оказывают прекрасный терапевтический эффект при сифилитических поражениях эндокринных желез.

Специфическая терапия сифилитических поражений мозгового придатка нередко дает также прекрасный результат, что отмечалось многими авторами при несахарном диабете, гипофизарной кахексии и гипофизарном ожирении, развившихся на сифилитической почве. В. А. Вальдман и О. А. Ольсен описывают случай *dystrophiae adiposo-genitatis* с *diabetes insipidus*, где под влиянием противосифилитической терапии исчезли головные боли и нервные явления, начали снова расти волосы на лобке и подбородке, появились эрекции, уменьшилось отложение жира и восстановился нормальный диурез. В литературе описаны также случаи, где акромегалические симптомы исчезали после применения специфической терапии (Nonne, Верзилов, Штейнберг, Schlesinger).

Нижеприводимые случаи несахарного мочеизнурения и акромегалии показывают, какой прекрасный терапевтический эффект в случаях с сифилитической этиологией дает при несахарном мочеизнурении и акромегалии применение противосифилитической терапии.

1 случай. (Ассистент С. С. Гальперн). К., 37 лет, поступила в Поликлинику с жалобами на сильную жажду, головные боли, общую слабость и плохой аппетит. Наследственность хорошая. Из детских болезней перенесла ветреную оспу, корь и скарлатину в возрасте до 10 лет. На 24 году жизни больная вышла замуж, вскоре забеременела, родила в срок девочку. Больше беременностей у больной не было. По словам больной, муж ее, слесарь, всегда был здоров, ничем не болел и не лечился. С 1920 года у мужа больной стало слабеть зрение, ухудшавшееся с каждым месяцем; в 1922 году он ослеп совершенно.

Настоящее заболевание началось с марта 1924 г. Больную стали беспокоить сильные головные боли, похудание, и все усиливающаяся жажда. Больная стала выпивать до 60 стаканов воды в сутки, соответственно с чем увеличивалось и количество мочи. На ночь больная ставила около себя большой кувшин воды—около полуведра—и весь его выпивала, спала плохо из-за жажды и частых позывов на мочеиспускание. Неоднократное обращение к врачебной помощи никаких благоприятных результатов не давало. В октябре 1924 г. больная обратилась в клинику I МГУ, где у нее констатировали заболевание несахарным диабетом и начали лечение подкожными впрыскиваниями питуитрина Parke-Davis'a. Всего было

произведено 10 инъекций питуитрина по 1,0 куб. см. через день. Под влиянием питуитрина жажда у больной уменьшилась: стала выпивать до 30 стаканов в сутки, соответственно уменьшилось и количество мочи. В начале декабря больная поступила под наблюдение Поликлиники.

Status praesens. Больная ниже среднего роста (150 см.), несколько инфантильного телосложения. При перкуссии легких получается незначительное притупление звука над обоими верхушками. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глуховаты. Мягкий, дующий систолический шум на верхушке. Акцент на втором тоне аорты. Доступные ощупыванию артерии жестковаты. Поперечник аорты—6,5 сантиметров, пульс 78 ударов в минуту.

Исследование крови: Нб—68%, эритроц.—4.400.000, лейкоцитов—6.000. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов палочковидных—4%, сегментированных—52%, лимфоцитов—33%, переход. и моноцитов—10%, эозинофилов—1%.

Аппетит плохой. Сильная жажда: выпивает в сутки до 60 стаканов воды. Сильная сухость во рту. Иногда изжога и отрыжка. Запоры. Верхняя граница печени на 7 ребре, нижний край печени выдается из-под ребер на полтора поперечных пальца—гладкий, мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена. Менструации нормальны. При гинекологическом исследовании ничего патологического не обнаружено. Мочеиспускание резко учащено; количество мочи доходит до 15 литров в сутки. Моча вида и цвета чистой воды. Удельный вес ее 1001—1002; реакция слабо кислая; белка и сахара нет. В осадке единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия. Со стороны органов зрения и слуха отклонений от нормы не отмечается. Сон тревожный, частые головные боли. Рефлексы зрачковые и сухожильные нормальны. Глоточный рефлекс отсутствует. Подавленное состояние духа.

Реакция Wassermann'a дала резко положительный результат (+ + + +). Кроме того, был вызван муж больной, у которого констатированы *tabes dorsalis* и атрофия зрительного нерва. Реакция *Wassermann'a* у него также получилась резко положительная (+ + + +).

Рентгенограмма турецкого седла обнаружила некоторое уменьшение его размеров. Диагноз: *Diabetes insipidus*.

Назначено противосифилитическое лечение: *Bijochinol* по 2 кб. см. через день внутримышечно; внутривенные вливания *Neosalvarsan'a*, в перерывах иодистый калий. Течение 3-х месяцев сделано 20 инъекций *Bijochinol'a*, 4 вливания *Neosalvarsan'a* (0,3—0,45). Состояние больной улучшилось до неузнаваемости: жажда и количество мочи резко уменьшилось (выпивала до 15 стаканов в сутки), уд. вес мочи поднялся до 1009. Головные боли исчезли. Аппетит и настроение резко улучшились. Сделан двухмесячный перерыв в лечении.

После нового курса лечения количество выпиваемой жидкости в сутки не более 8 стаканов (около 1700,0), количество мочи около 1600 кб. см.; уд. вес 1009—1010. Больная находится под наблюдением Поликлиники до настоящего времени, проделывая по временам курс противосифилитического лечения. Самочувствие больной вполне удовлетворительное. Выпивает не более 7—9 стаканов в сутки, ночью почти никогда не пьет. Количество мочи колеблется между 1600,0—1700,0 кб. см. с уд. весом 1008—1010.

Повторное исследование сыворотки на специфические антитела: *RW* в крови—нерезко положительная (+ +); *SG* в крови—нерезко положительная (+ +); *RW* в спинно-мозговой жидкости—слабо положительная (+).

II случай. А. Л., 44 лет. Жалобы на жестокие головные боли, мрачное, тревожное состояние духа и увеличение размеров лица и конечностей. Родители здоровые. Со стороны наследственности ничего патологического отметить не удастся. 6 лет перенесла ветреную оспу и от 8 до 10 лет страдала золотухой.

20 лет вышла замуж за человека вполне здорового. Было 5 родов, прошедших вполне благополучно. Выкидышей не было. От 4-го ребенка, 17 лет тому назад, больная заразилась сифилисом. По словам больной, ребенка заразила нянька, причем у ребенка появилась во рту сыпь; больная, кормя ребенка грудью, заразилась сама. Первоначально появились около сосков небольшие язвочки, потом появилась сыпь на верхних конечностях и папулы во рту. Больная по этому поводу обращалась к врачам, которые определили сифилис и назначили ртутные втирания, которые больная проделывала несколько раз. После лечения сифилитических явлений больше не было, но по временам больную тревожили головные боли, особенно часто перед менструациями. Головные боли за последние 10 лет усилились и участились и в настоящее время почти беспрерывно мучают больную.

В последние годы знакомые и родные больной начали замечать изменение и увеличение размеров ее лица. Сама больная отметить этого не может, так как, по ее словам, «не любит смотреть на себя в зеркало», но отмечает, что обувь за последние годы ей приходится покупать шире и больше, так как прежняя обувь ей узка (так, больная отмечает, что в первые годы замужества она покупала калоши № 3, а в настоящее время может носить только № 8). Больная отмечает также, что зрение за последние годы значительно ослабло и начали появляться частые слезотечения. Настроение духа, особенно за последнее время, мрачное, тревожное и тоскливое.

Status praesens. Рост—158 см., вес 102 кило. Больная среднего сложения, с хорошо развитой подкожной клетчаткой. Кожа на лице толста, упруга, приподнимается в виде толстой складки. Нижняя губа несколько утолщена, отвисла; язык массивен; надбровные и скуловые дуги несколько выдаются; нижняя челюстная кость выпячивается вперед, так что при смыкании челюстей верхняя зубная дуга отстоит от нижней приблизительно на 5 мм.; нижняя челюстная кость отличается массивностью. Все лицо, особенно если смотреть в профиль, представляется непропорционально удлиненным и увеличенным, по сравнению с черепом.

Позвоночник в грудном отделе искривлен вперед. Грудная кость широка и в верхней своей части представляет значительное утолщение. Реберные хрящи и ключицы утолщены, пальцы рук массивные, представляются как бы сплюснутыми спереди назад и по своей форме напоминают сосиски. Ногти плоски, широки, с ясно выраженной продольной исчерченностью. На ногах—*varices*. Дерматогризм выражен. Лимфатические железы и щитовидная железа не увеличены. Потоотделение не нарушено, скорее даже усилено. Видимые слизистые оболочки окрашены слабо. Динамометрия: правая рука—60; левая рука—55. Волосы не выпадают.

Органы пищеварения и дыхания отклонений от нормы не представляют. Верхняя граница сердечной тупости лежит у нижнего края IV ребра, правая—на 1 см. вправо от *l. sternalis dextra*, левая на 1 см. влево от *l. mammillaris sinistra*. Сердечные тоны глуховаты. Артерии слегка уплотнены. Пульс 86, синхроничный на обеих руках, хорошего наполнения, правильный. Кровяное давление (по Riva-Rossi): правая рука—145, левая рука—142 mm. Hg.

Исследование крови. Гемоглобина—60%. Эритроц. 4.320.000. Лейкоцитов—6800. Index—0.6. Лейкоцитарная формула: Лимфоцитов—22%. Переходных и мононуклеаров—7%. Нейтрофилов—74%. Эозинофилов—2,7%. Базофилов—0,6%. Реакция *Wassermann's* отрицательна.

Мочевыделение не затруднено, безболезненно. Реакция мочи кислая. Удельный вес—1015. Белка, сахара, индикана, уробилина, желчных и кровяных пигментов нет. В осадке клетки наружных мочевыводящих путей, кристаллы мочевой кислоты и кислого мочевинокислого натрия. Гинекологически установлено *anteflexio uteri et endocervicitis ulcerosa*.

Ежедневные головные боли, беспокоящие больную в продолжение 18 лет и за последнее время усилившиеся. Общая слабость. Настроение всегда подавленное, угнетенное. Интеллектуальная сфера не представляет признаков упадка. Кожная чувствительность сохранена. Потоотделение не нарушено. Рефлексы: зрачковый—вял, глоточный—сохранен, коленный отсутствует. Симптома *Romberg's* нет. Дерматогризм выражен. Со стороны органов зрения: слезотечение, ослабление зрения, муриа, *strabismus divergens alternans*, *vis.* с коррекцией 0,2. Поле зрения нормально. На дне *staphyloma posticum* и незначительное расширение вен. Давление по тонометру *Sciotg'a* нормально. Со стороны органов слуха отклонений от нормы нет. *Roentgen'овский* снимок с черепа показывает значительное утолщение черепных костей и увеличение размеров турецкого седла. На снимках кистей рук и стоп видно, что в общем процессе их увеличения, наряду со значительным утолщением мягких частей, принимают участие и кости, что особенно резко выступает при сравнении со снимками с костей нормальных субъектов. На снимках костей особенно бросается в глаза утолщение фаланг большого и соответствующих плюсневых костей, кроме того на больших пальцах отчетливо выступают экзостозы фаланг. Диагноз: *Acromegalia*.

Назначенное больной противосифилитическое лечение, состоявшее из подкожных инъекций энезола (25 впрыскиваний по 1,0) и внутреннего употребления иода (в виде раствора 10,0 KI на 180,0 воды по 3 столовых ложки в день в течение 2 недель), дало прекрасные результаты в смысле улучшения общего состояния больной и почти полного прекращения головной боли, упорно и непрестанно мучившей больную в продолжение последних 3 лет.

Несмотря на то, что сифилис эндокринных желез нередко оставляет после себя склеротические или дегенеративные изменения, резко нарушающие функциональную деятельность желез, при подозрении на сифилитическое происхождение того или другого эндокринного заболевания, всегда необходимо испробовать противосифилитическую терапию в соединении с органотерапией и всегда следует помнить, что в случаях сифилиса эндокринных желез только комбинированное противосифилитическое и органотерапевтическое лечение может дать более или менее благоприятные результаты.

(Больница в память «Жертв революции» и Кабинет социальной гигиены Гос. педагог. института им. Герцена, — гор. Ленинград).

О влиянии внешних факторов среды на выделение воды почками.

(2-ое сообщение).

Доцент Г. С. Бельский.

В нашем распоряжении накапливается все больше и больше фактов воздействия среды на физиологические процессы организма. Взаимодействие между средой и деятельностью всей нервной системы (в том числе и вегетативной), деятельностью сердечно-сосудистой системы, пищеварительной функцией, внешней и внутренней секрецией, основным обменом и т. д. можно считать до известной степени выясненным. Нас же интересует вопрос о влиянии внешней среды на деятельность здоровой почки, ибо это влияние приходится учитывать уже по соображениям практического характера: 1) в целях профилактических, чтобы иметь возможность соразмерять силу и способность почки осуществлять свою важнейшую для организма выделительную функцию с той нагрузкой, которую она получает в своей повседневной работе от внешней среды, от условий „труда и быта“ ее носителя, 2) в целях клинической диагностики при применении, напр., водяной пробы, а также 3) в целях достижения наибольшего эффекта бальнеологической питьевой терапии.

Роль почки велика не только для водного обмена организма, определяющего в значительной степени и всю ту физическо-химическую среду, в которой протекает жизнь тканей, но значение почки не менее велико и в удержании кислотно-щелочного равновесия, в сохранении нормального обмена веществ, в удалении образующихся в организме токсинов и в устранении, вероятно, из организма некоторых продуктов утомления. Через все эти многообразные функции почки внешняя среда может воздействовать и на всю жизнь организма. Таким образом, значение внешних по отношению ко всему организму факторов на функцию почки, на ее диурез является одним из частных вопросов большой проблемы о влиянии окружающей среды на функции организма и потому имеет значение не только обще гигиеническое и социально-гигиеническое, но и клиническое.

Наблюдение за водоотделением почки велось уже издавна врачами у постели больного. Специальный метод „водяной пробы“ в различных модификациях, как способ выявить основной момент водного обмена