

Т. I. № 1.

1925 г.

Январь.

388

ВЕСТНИК  
ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Выходит 6 раз в год,

Под редакцией Н. И. Коротнева, проф. А. В. Мар-  
тынова, проф. О. А. Степуна, Я. А. Тоболкина, проф.  
М. Н. Шатерникова и проф. В. Д. Шервинского.

Ответственный редактор  
Проф. В. Д. Шервинский.

Секретарь редакции  
Н. И. Коротнев.

Москва, — 1925 г.

Издание Народного Комиссариата Здравоохранения.

# ВЕСТНИК ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Выходит 6 р. в год, книжками по 6 листов.

Подписная цена с пересылкой 6 р. в год,  
отдельные книжки по 1 р.

Письма, рукописи и печатные труды адресуются на имя секретаря редакции по его адресу. Остоженка, Дурнов пер., 9, кв. 6. (Тел. 3-90-24), или в редакцию (Арбат, Спасо-Песковский пер., 2, контора Эндокринологического Института).

## СОДЕРЖАНИЕ № 1.

	Стр.
Д. Е. Абессаломов и Е. М. Россельс. К казуистике—множественного поражения эндокринных желез . . . . .	1
Проф. В. Г. Штефко. Строение эндокринных желез у искусственно вскармливаемых первого полугодия . . . . .	15
А. Д. Прокин. Некоторые наблюдения при пересадке эндокринных желез . . . . .	23
П. В. Бочкарев и В. А. Ключфель. Материалы к физиологии добавочных половых желез. . . . .	33
П. В. Бочкарев. Исследование аккомодации, как объективный метод при экспериментальном изучении старости . . . . .	41
Проф. В. Г. Штефко. Материалы к морфологии и физиологии млечного аппарата. . . . .	47
Проф. В. Д. Шервинского. Речь при открытии Российского Эндокринологического Общества. . . . .	67
Рефераты. . . . .	77

Т. I. № 1.

1925 г.

Январь.

# ВЕСТНИК ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Выходит 6 раз в год,

Под редакцией Н. И. Коротнева, проф. А. В. Мартынова, проф. О. А. Степуна, Я. А. Тоболкина, проф. М. Н. Шатерникова и проф. В. Д. Шервинского.

Ответственный редактор  
Проф. В. Д. Шервинский.

Секретарь редакции  
Н. И. Коротнев.



Москва, — 1925 г.

Издание Народного Комиссариата Здравоохранения.

ВЕСТНИК  
ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Главлит 35.296. Москва.

Тираж 2000 экз.

Кооператив „Наука и Просвещение“ аренд. тип. МСНХ. Остоженка, Савеловский пер., д. № 13.

Приступая к изданию журнала Институт Экспериментальной Эндокринологии Народного Комиссариата Здравоохранения выполняет этим одну из важнейших, среди его многообразных, задач.

Эндокринологический Институт существует не со вчерашнего дня, он развивался и креп весьма постепенно — и в этом лежит залог его жизнеспособности. Скромное начало теперешнему большому делу было положено в 1918 году, когда с переходом питомника коз бывшего Общества Козоводства в ведение Наркомздрава, по мысли Я. А. Тоболкина, Наркомздрав решил превратить питомник нормальных коз в Институт козьего лечебного молока, перенеся центр тяжести с нормальных коз на коз, лишенных щитовидной железы. Чудовищная энергия потребовалась тогда, в эти тяжелые годы всеобщей голодовки, чтобы не только сохранить, но и расширить питомник и довести общее число коз с 4 до 50, а число лишенных щитовидной железы с 1 до 35. В настоящее время среди этих последних в питомнике имеется несколько весьма ценных с научной точки зрения животных с резко развитой картиной микседемы.

Лечебное молоко расходилось преимущественно по клиникам, для приходящих больных его не хватало, и Институт приступил к выработке противощитовидной сыворотки, а в то же время велись исследования как над молоком, так и над кровью — в Институте Физиологии Питания и в Биохимическом Институте.

Расширение задач потребовало устройства лаборатории для дальнейшей разработки и усовершенствования техники изготовления эндокринных препаратов, и потому, по распоряжению Наркома, Ученый Медицинский Совет выделил из своего состава Научную Комиссию под председательством проф. В. Д. Шервинского, которая с тех пор и руководит направлением деятельности Института.

Так постепенно скромная молочная ферма стала превращаться в Институт Органотерапевтических Препаратов. На первых же порах преобразующемуся учреждению пришлось столкнуться с таким серьезным заданием, как выработка адреналина. Надо вспомнить, что в довоенное время адреналин в России совершенно не изготовлялся, да и в западной Европе его готовили лишь немногие фирмы, причем адреналин фирмы Парк и Девис почти монополично овладел рынком, и только в военные годы фирма К. Феррейна приступила к его изготовлению. Ин-

IV

ститут Органотерапевтических Препаратов довольно скоро выпустил в обращение препарат, выдерживающий все пробы, установленные для стандарта адреналина и несколько не уступающий препарату Парк Девиса.

Поставив производство адреналина Институт приступил к выработке другого, не менее важного препарата — питуитрина. Производство прочих препаратов являлось уже значительно более легкой задачей.

Одной из первых забот Комиссии была постановка в Институте опытов профессора Н. П. Кравкова по получению из переживающих органов гормональных растворов, а затем, по мысли проф. В. Д. Шервинского, устройство музея и библиотеки, и в настоящее время Институт обладает и хорошим подбором специальной литературы, и интересными препаратами, фотографиями, диапозитивами и рисунками.

За последние полгода деятельность Института настолько расширилась, что ему уже стало тесно в его помещении, и в настоящее время ему предоставлено большое фабричное здание, с общей площадью пола в 300 кв. с., которое теперь ремонтируется. Институт надеется перейти в это новое помещение около 15 апреля. Вместе с тем Институт переименован в Институт Экспериментальной Эндокринологии, штаты и смета его значительно расширены, и для заведывания научным отделом образована должность директора по научной части, которую и занял профессор В. Д. Шервинский.

В дальнейшем, рядом с расширением уже осуществляемых задач, Институт намечает устройство специальной клиники и поликлиники, ведение повторительных курсов для врачей и планомерное изучение влияния разных фабричных и технических производств на заболевания желез внутренней секреции.

О ВОПРОСЕ ОБ УСТРОЙСТВЕ МУЗЕЯ ПО ЭНДОКРИНОЛОГИИ

(Доклад Научной Комиссии при Институте ее Председателя проф. В. Д. Шервинского).

Государственный Эндокринологический Институт представляет собою учреждение, назначенное для разработки вопросов, связанных с эндокринологией вообще и с опотерапией в частности. Здесь, наряду с изучением физиологических и патологических проявлений внутренней секреции, обращается внимание на фармакологическое исследование органотерапевтических препаратов и на экспериментальную опотерапию.

Кроме того Эндокринологический Институт должен быть таким центром, где можно было бы желающим получить различные справки по интересующим их вопросам эндокринологии и по относящейся к этому вопросу литературе.

Ради этих целей Институт, кроме хорошо обставленной лаборатории должен обладать специальной библиотекой и собранием препаратов и рисунков (макро — и микроскопических), относящихся к эндокринным органам. Библиотека мало по малу составляется, несмотря на ограниченные по сравнению с заданиями Института средства; к устройству собрания различных препаратов по эндокринологии также уже приступлено. Ради того, чтобы наметить путь по которому следует идти далее в этом направлении и очертить представляющуюся мне будущую физиономию музея, я позволю себе представить комиссии проект устройства и содержания его.

Музей должен заключать в себе следующие отделы:

- I. Анатомический.
- II. Экспериментально-физиологический.
- III. Патолого-анатомический.
- IV. Клинический.
- V. Органотерапевтический.

Органы внутренней секреции входят в каждый из отделов, но чтобы дать понятие о том, как можно распределять музейный материал по отдельным органам, я постараюсь представить содержание части будущего музея, относящейся, например, к щитовидной железе.

I-й отдел заключает в себе:

- 1) макроскопические препараты щ. ж. человека и различных животных и ее топографию;
- 2) крупные рисунки микроскопического строения щ. ж.;

VI

- 3) гистологические препараты того же органа;
- 4 и 5) препараты по васкуляризации и иннервации щ. ж;
- 6) модели и рисунки эмбрионального развития щ. ж.

II-й Отдел:

- 1) результаты экспериментального удаления щ. ж;
- 2) результаты экспериментов с введением тироидина в организм;
- 3) диаграммы изменений кровяного давления и сосудодвигательного влияния тироидина;
- 4) рисунки, препараты и кривые изменения крови при 1) и 2);

III-й Отдел:

- 1) патолого-анатомические препараты щ. ж. человека и животных;
- 2) микроскопические препараты тех же органов;
- 3) крупные рисунки микроскопических препаратов;
- 4) патолого-анатомические препараты от тироидектомированных животных (кожа, внутренние органы и сосуды);
- 5) микроскопические препараты и рисунки тех же органов;
- 6) патолого-анатомические препараты сердца, сосудов и других органов от людей, у которых было изменение щитов. железы (Базедова болезнь, микседема и др.).

IV-й Отдел:

- 1) Портреты, рисунки и муляжи больных вследствие изменений щ. ж. функциональных и грубо анатомических;
- 2) кривые пульса и температуры от таких же больных в различных стадиях болезни;
- 3) рисунки и препараты крови от таких же больных;
- 4) анализы мочи от таких же больных;
- 5) таблицы изменения обмена у таких же больных;
- 6) некоторые интересные истории болезней и протоколы вскрытий, относящиеся к препаратам.

V-й Отдел:

- 1) лечебные препараты различных фирм;
- 2) способы приготовления препаратов щ. ж. и употребляющиеся при этом приборы;
- 3) анализы тироидина;
- 4) химические препараты составных частей тироидина в их количественных соотношениях;
- 5) анализы щитовидной железы, количественные соотношения ее составных частей и т. д.;
- 6) различные фармацевтические препараты, сходные с тироидином в фармакологическом и клиническом отношениях.

VII

Приблизительно такая же программа, с некоторыми видоизменениями, должна быть выполнена и по отношению к другим эндокринным органам.

Мне думается, если составить такой музей с достаточной полнотой, то он может служить в высшей степени ценным пособием, как для врачей, желающих поближе познакомиться с областью эндокринной физиологии, патологии и клиники, так и для не подготовленных специальным образованием посетителей музея, при популярных беседах и лекциях.

30 Января 1924 г.

От Института.

Научная Комиссия при Институте вполне присоединилась к сделанному предложению и одобрила проект.

Приступив уже к осуществлению мысли проф. В. Д. Шервинского Институт обращается ко всем врачам с покорнейшей просьбой помочь этому общепольному делу передачей Институту имеющихся у них дублетных препаратов и копий с фотографий, рисунков и других материалов, а также и своих печатных работ. Само собою разумеется, что все расходы по почтовым сношениям и пересылке предметов, а в некоторых случаях и по изготовлению последних, Институт принимает на себя.

В музее же будет точно обозначаться при выставленных предметах, — откуда и кем они доставлены.

Редакция журнала обращается к авторам с покорнейшей просьбой не злоупотреблять иностранными словами и пользоваться ими только тогда, когда решительно нельзя подобрать для данного понятия соответствующего русского выражения, предпочитая при этом слова давно введенные и уже обрусевшие. Отнюдь не стремясь к совершенному изгнанию из русской речи иностранных слов в роде того, как это пытались сделать в одном из медицинских изданий, где вместо „ретраградный“ писали „задопятный“, вместо капилляров — волосники, вместо облаток — крахмальные влагалища и т. п. — мы однако решительно протестуем против таких, напр., выражений, как „дигитальная эксплорация вагинальной порции“ и столь распространенного приема пользоваться готовыми иностранными выражениями, легко переводимыми на русский язык („Serumkrankheit, Turmschädel, Mastzellen“ и т. д.), или заменять русские слова, вполне соответствующие выражаемому понятию, модными иностранными (проблема, базироваться, аннулировать и пр.)

Затем, редакция просит принять к руководству следующие технические указания:

1. Писать на одной стороне листа, или четким почерком, или на машинке.
2. Никаких сокращений слов не делать, кроме наиболее употребительных: и т. д., и т. под., напр., и пр.
3. Все литературные ссылки должны сопровождаться библиографическими указаниями, но не в виде общего списка в конце статьи, а в отдельных сносках, с подробным и точным заглавием работы и по возможности даже с указанием страницы. При повторных ссылках на одну и ту-же работу просим не пользоваться знаком: „loc. cit.“, а повторять подробное заглавие работы.
4. Каждая работа должна сопровождаться подробным извлечением для перевода на один из иностранных языков, чтобы сделать наш журнал доступным и для иностранцев. Но цель эта будет достигнута только в том случае, если извлечения будут достаточно обстоятельны.

Д. Е. Абессаломов и Е. М. Россельс.

#### К КАЗУИСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ.

(Из терапевтического отделения б. им. Боткина. Старш. врач В. И. Васильев.)

Вопрос о сущности многожелезистых заболеваний давно уже занимает умы многих ученых и клиницистов. Описания случаев с множественным поражением эндокринных желез можно найти на протяжении последних 25—28 лет; так, в литературе имеются случаи, опубликованные: в 1896 г. случай Rumpel'я в 1897 г.—Coffin'a; в 1902 г.—Dulché; в 1907 г.—Brissaud и Bauer. Упомянутые случаи не были освещены с исчерпывающей полнотой и ясностью и после себя не оставили в литературе заметного следа. Но в 1907 г. два автора — Claud и Gougerot более или менее точно установили картину многожелезистого заболевания, описав случай поражения всех эндокринных желез, подтвержденный данными вскрытия. В дальнейшем и другие клиницисты—Renon, Delille, Villaret, Sourdel и др. нарисовали картину болезни, сходную с описанным случаем Клода и Гужеро. Мы позволяем себе вкратце привести здесь описание этого страдания в том виде, как рисуют его вышеупомянутые авторы, так как описываемый нами случай во многом напоминает тот „Syndrome thyro-testiculo-surrenal“, который они приводят в своих работах. Болезнь эта, указывают они, наблюдается преимущественно в молодом возрасте и поражает людей до того совершенно здоровых; начинается она с ощущения чрезвычайной слабости и полной потери аппетита. Вскоре в организме замечаются дистрофические изменения: кожа делается дряблой и сухой, цвет лица желтовато-восковой, что придает больным старческий вид; растительность исчезает и на непокрытых частях тела появляется пигментация. Местами (в области бедер, плеча) наблюдается небольшое ожирение; молочные железы увеличиваются до размеров куриного яйца или яблока; половые органы поражаются малыми размерами, яички атрофированы и мягки; мошонка тоже мала; половое влечение исчезает. Эти больные обычно астеничны, апатичны и при малейшем усилии легко утомляются. Итак, в описанной картине болезни налицо имеются признаки недостаточности яичек (феминный тип), щитовидной железы (сухость и бледность кожи и слабость мышечной силы), надпочечников (астения, гипотензия сосудов, пигментация). Все эти симптомы,

наблюдаемые у одного и того же больного, рассматриваются как много-железистые заболевания; клиническая картина в каждом отдельном случае зависит от степени нарушения секреции той или другой железы; необходимо, однако, отметить, что во всех случаях ярко выражены явления выпадения функции половых желез (феминизм и вирилизм), ввиду чего больные постепенно утрачивают все те признаки, которые определили его пол с самого рождения. До 1907 г. различные авторы давали самое разнообразное толкование этих случаев: так Киффен, Sainton и Durge—этот симптомо-комплекс, наблюдаемый у мужчин, назвали феминизмом; другие авторы—Румпель, Djemal-Pascha и др. эти случаи принимали за микседему, несмотря на то, что у этих больных были резко выражены изменения внешних форм и отсутствие вторичных половых признаков. Однако последнее никак не укладывалось в обычные диагностические рамки, так как при микседеме главным образом наблюдаются явления выпадения функций щитовидной железы. Клод и Гужеро не соглашались с Sandy, называющего этот синдром инфантилизмом, так как эти больные имели скорее старческий, чем инфантильный вид. Перечень наименований этого заболевания не исчерпывается перечисленными выше; однако эта разнозначность в толковании много-железистых заболеваний показывает сколь разнообразна и сложна картина этого страдания. Сложность этих случаев состоит в том, что у одного и того же больного страдание обнаруживает различные стадии и клиническая картина зависит от того периода, в каком находился больной во время заболевания, т. е. до периода половой зрелости или после; в том и другом случае мы наблюдаем различную картину.

Патогенез многожелезистых заболеваний до сих пор еще не ясен. Souques причину этой болезни видит в поражении половых желез; Канди, Cordier и Reboltu исходной точкой заболевания считают щитовидную железу, а Lereboullet и Mouzon наблюдали случай позднего инфантилизма гипофизарного происхождения, который они относят к группе множественного заболевания желез. Клод и Гужеро патогенезом этих страданий считают сифилис и туберкулез, а Falta инфекционные болезни, с чем, однако не согласен Peritz, указывающий на появление этого заболевания у детей, еще не перенесших ни одной инфекционной болезни. Перитц множественное заболевание желез ставит в связь со status thymico-lymphaticus, подтверждая свой взгляд мнением Клода и Гужеро, указывающих на врожденную слабость эндокринных желез у больных с неясной этиологией.

В небольшой статье, конечно, нельзя исчерпать все те многообразные поражения различных групп эндокринных желез, которые в литературе идут под термином множественного заболевания желез; и так как в нашу задачу не входит изложение учения о нарушениях в эндокринной системе, то мы и ограничились кратким описанием только одного типа заболевания, по симптомам имеющего большое сходство с явлениями, наблюдаемыми у нашего больного.

Здесь мы приводим историю болезни нашего случая:

Больной А. Г-н, 21 года поступил в терапевтическое отделение 3-го октября 1924 года, с жалобами на увеличение грудных желез, исчезновение растительности на лице, на конечностях, полное половое бессилие, сильные головные боли, боли во всем теле и наконец на постепенное заметное уменьшение кистей и стоп. По словам больного, купленные по ноге ботинки во время болезни, спустя несколько месяцев были уже велики. Кроме этого, больной указывает, что за последнее время у него появились припадки, сопровождающиеся судорогами и потерей сознания. Считает себя больным 7 месяцев.

Со стороны наследственности указаний на туберкулез, сифилис, злокачественные заболевания, нервные и душевные болезни не имеется. Ожирения среди родных и родственников не наблюдалось. Отец жив, 56 лет, пьяница. Мать, 47 л., здорова; имела 4 беременности, выкидышей не было. Из 4-х братьев один умер трех лет, от какой болезни больной не знает, два других брата вполне здоровы.

Сам больной родился в семье рабочего в г. Баку третьим ребенком по счету; до 6-ти месяцев вскармливался грудью матери, а затем искусственно. Рос и развивался нормально. 8-ми лет поступил в школу и хотя учился хорошо, но вскоре должен был ее покинуть по материальным соображениям. После этого больной с 11 до 17 л. работает на различных фабриках, сначала в качестве ученика, а затем и в качестве самостоятельного рабочего, главным образом по слесарной специальности. С 17-ти лет поступает на авто-завод, а затем переходит на работу в автотранспорт, где изучив специальность шоффера, остается в этой должности до настоящего заболевания. Работа была главным образом физическая, но особенно тяжело ему было работать слесарем, когда приходилось поднимать тяжести и проч.

Условия жизни были сравнительно хорошие. Жил почти все время с родителями. Стол домашний (горячая пища), квартирные условия были вполне удовлетворительны. Работал не более 8-ми часов в сутки, остальное время он уделял партийной работе (партийную работу вел с 17-ти лет, являясь активным работником).

Перед настоящим заболеванием мало спал (три-четыре часа в сутки) и сильно переутомился.

Половая жизнь началась с 17 лет, не злоупотреблял. Мастурбацией не занимался. Спиртные напитки употребляет с 19-ти лет, были злоупотребления. Курит с 16-ти лет. В последнее время стал курить больше—до 40 папирос в день. Предпочитает горячее купание.

Из прежних заболеваний больной отмечает: скарлатину и корь в детстве; 16 лет заболел тропической малярией, которая продолжалась два месяца. В 1919 году перенес возвратный тиф, в 1920 году болел цингой и желтухой и в том же году вторично заболел возвратным тифом. В 1921 году он был болен рожистым воспалением лица и, по словам больного, в третий раз перенес возвратный тиф. В 1923 г. он вторично заболевает малярией, продолжавшейся 2½ мес.

В январе 1924 года на голених и пояснице появляется кожное заболевание, по словам больного экзема, после которой остались пигментация и рубцы. В этом же году без видимой причины больной стал заикаться; это страдание длилось около трех месяцев и без всякого лечения само собой прекратилось. В марте 1924 года во время лечения больного от экземы врачи обратили его внимание на увеличенные грудные железы, чего больной сам до этих пор не замечал. По этому поводу больной был положен в терапевтическую клинику Бакинского Университета. Здесь во внешнем виде больного произошли следующие изменения: стали выпадать волосы на лице (до этих пор он брился с 17-ти лет не реже 1 раза в неделю), стали уменьшаться кисти и стопы, начали атрофироваться яички и уменьшаться мошонка; заметно стали увеличиваться грудные железы. К этому времени больной относит появление резких головных болей. С мая 1924 года больной отмечает некоторую полноту в бедрах и плечах. В июне больной в таком состоянии выписывается из клиники и направляется для лечения в Москву. В пути во время приступов сильной головной боли, больной терял сознание. По приезде в Москву, он на некоторое время был помещен в нервный санаторий и отсюда был переведен в Клинику 1-го Московского Университета; здесь по словам больного впервые начались припадки, выразившиеся в судорогах с потерей сознания. Выписавшись из клиники без улучшения, больной с вышеупомянутыми жалобами поступил в стационарное отделение Боткинской больницы.

St. Praes. Больной среднего питания; кожа бледновата, суха на ощупь, слегка пигментирована. На левой ягодице имеется глубокий рубец, оставшийся после флегмоны. Ногти слегка атрофированы. Слизистые оболочки бледнорозового цвета. Функция потовых желез понижена (не потеет даже в горячей ванне). Отеков нет.

**Антропометрические измерения (проф. В. Е. Игнатьев).**

Рост—168,5 см.  
 „ сидя—89 см.  
 Окружн. груди на уровне сосков при вздохе—87 см. }  
 „ „ „ „ „ при выдохе—84,75 см. } ср. 85,87.  
 Исследование жизнен. емкости легких—2500 куб. см., а средняя величина 3484 куб. с. по данным Arnold'a birordt. Seit 170.  
 Длина туловища—56 см.  
 Ширина плеча—36,6 см.  
 Расстояние от яремн. ямки до лобк сочл.—54 см.  
 „ „ эпигастр. до пупка—19,5 см.  
 Ширина в бедрах—31 см.  
 Длина правой руки—73,5 см. (плеча—32,5 см., предплечья—24,5 см., кисть—16,5 см.).  
 Длина левой руки—73 см. (плеча 32,5 см., предпл.—25,5 см., кисть—16 см.).  
 Окружн. прав. двугл. м-цы при покое—24 см., при сокращении—27 см.

Окружн. лев. двугл. м-цы при покое—25 см., при сокращении—27 см.  
 Длина прав. ноги—101 см. (бедра—57 см., голени—37,5 см., ступни—24,5 см.)  
 „ левой „ 101 „ „ 51 „ „ 43 „ „ 23,5 „  
 Высота правой стопы (от внутр. мыщц. до пола)—6,5 см.  
 „ левой „ „ „ „ „ — 7 см.  
 Окружность правого бедра—52 см., левого—52,5 см.  
 „ „ голени—32 см., левой—31,5 см.  
 „ „ кисти—19,5 см., левой—19,5 см.  
 „ „ головы—55 см., шеи—33 см., талии—76 см.  
 „ „ живота (на уровне пупка)—81,5 см.  
 Измерение таза: (пр. Греффе) между передн. верхн. отр. подвзд. кости—26 см.  
 „ „ гребешк. подвзд. кости—28,5 см.  
 „ „ Расст. между вертлужн. отр.—32,3 см.  
 „ „ Conjugata externa—19,2 см.  
 Вес при поступлении—57,1 кл., при выписке—59,7 кл.  
 Мышечная сила по динамометру при поступл. прав. р.—65 кл., лев. р.—55 кл.  
 „ „ „ „ „ выписке „ „ 22 „ „ 22 „

**Выводы из антропометрических измерений:**

1. Средняя цифра окружности груди между вздохом и выдохом = 85,87 см.; рост—168,5 см., полурост—84,25 см.;  $85,87 - 84,25 = 1,62$  см.; таким образом окружность груди превышает полурост на 1,62 см.; это указывает на отложение жира главным образом в области грудных желез, так как экскурсия грудной клетки не велика.

2. Росто-весовой показатель указывает количество грамм на каждый сантиметр роста; он вычисляется отношением веса умноженного на 100 к росту; вес у больного при поступл.—57,1 кл., отсюда  $\frac{57,1 \times 100}{168,5} = \frac{57100}{168,5} = 339$  грм. на каждый см.; вес при выписке = 59,7 кл., отсюда  $\frac{59,7 \times 100}{168,5} = \frac{59700}{168,5} = 354$  гр. на каждый см; итак на каждый сантиметр

роста больной прибавил 15 грамм, что дает нам право, имея ввиду росто-весовой показатель, сделать вывод, что окислительные процессы как и обмен веществ понижены и имеют тенденцию к дальнейшему понижению.

3. Грудной показатель исчисляется из отношения роста сидя, умножен. на 100 к росту, т. е.  $\frac{89 \text{ см.} \times 100}{168,5} = 52,8$  см.; как видно длина туловища по отношению к росту никаких отклонений от общепринятых норм не представляет.

4. Показатель Borchartd'a: берется отношение окружности груди, умноженное на рост к эмпирической цифре 240, предложенной Борхардтом на основании целого ряда исследований:

$$\frac{85,87 \times 168,5}{240} = 60,3.$$



Нервная система (проф. С. А. Чугунов и И. А. Бродский): постоянные головные боли, временами резко усиливающиеся, головокружения. Походка при открытых глазах неуверенная, медленная, при закрытых глазах качающаяся. Стояние нормально. Припадки начинаются с сильной головной боли. Больной ложится на кровать, теряет сознание и вскоре начинаются судороги. Припадок продолжается от 10—20 мин., после чего он чувствует сильную слабость, но не спит. Пульс во время припадка значительно реже до 56 ударов в 1'. Поводом для припадков являлись или различные неприятности или что бывало передко наблюдаемый им эпилептический припадок у других больных.

Судороги эпилептиформные клонического характера с потерей сознания, но без прикусывания языка и без самопроизвольного мочеиспускания. От неожиданного стука вздрагивает всем телом. Тетаног'а нет. Мягкое небо сводобразно; мимика вялая. Миастеническая и миотоническая реакции слабо выражены. Исследования на электровозбудимость дало следующие результаты: реакции перерождения нет; относительно равномерно понижена возбудимость на фарадический ток; реакция на гальванический ток живая.

Коленные рефлексы повышены, Ахиллов нормален, брюшной рефлекс вялый, подошвенный отсутствует, клонуса стопы нет. Пиломоторный рефлекс не резко выражен, глоточный рефлекс отсутствует. Рефлекс зрачковый—нормален. Рефлекс с cremaster'a нормален.

Гусиная кожа выражена слабо.

Правосторонняя hemianesthesia выражена резко.

Механическая возбудимость повышена равномерно на обеих сторонах. Симптома Хвостека нет. Дермографизм, слегка красный, резко выражен на периферических частях конечностей, чем на туловище.

Симптом Aschner'a ясно выражен,—замедление пульса на 12.

(До давления на глазные яблоки пульс 76, после давления—64).

Исследования симпатической нервной системы фармакологическими методами (адреналин, атропин, пилокарпин) показали: симпатикотония нет, не резко выраженная ваготония.

Органы чувств. Зрение: зрачки широкие, равномерные, реагируют хорошо, подвижность глаз нормальна, нистагма и диплопии нет (Н. Н. Дислер).

Слух: на правое ухо больной слышит хуже. Симптом (Вебера) латерализует вправо.

Вкус и обоняние—нормальны.

Психическая сфера: (проф. А. П. Нечаев). Сознание ясное, подчас затемнено во время и после припадка. Речь медленная с тоном раздражения, подчас обиды. Общее настроение переменено на протяжении даже 1 часа. Резкая раздражительность, иногда плаксивость, временами сильный гнев и возбужденное состояние. Память последнее время заметно слабеет.

Если сравнить общий уровень интеллекта больного со средним уровнем интеллекта грамотных рабочих, то приходится отметить слабое развитие памяти и объема внимания. Исследование по „методу 10“ дает картину развития выше восьми летн. возраста. Процессы воображения выражены очень слабо. Больной с большим трудом выходит за пределы наличных восприятий. Его внимание всецело определяется действующими на него раздражителями и носит пассивный характер. Общий характер ассоциаций на слова—внешний. Слова с явно эмоциональной окраской „страсть, ревность, правдивость, наказание“ вызывают или молчание или отрицательную реакцию, „не знаю, не скажу“.

Рентгеновское исследование показало: турецкое седло нормально; фаланги кистей и ступней слегка утолщены и уменьшены в длину.

Течение болезни.—Больной находился в отделении с 4-го окт. по 18 дек. 1924 г.; за это время в общем состоянии больного никаких изменений не произошло; следует лишь отметить, что он прибавил в весе 2,6 кл. Температура была большей частью нормальна, иногда субнормальна; Диурез не менялся (в среднем 1500,0 к. с. в сутки). Головные боли продолжались непрерывно, по временам усиливаясь. Припадки прекратились с 20 окт. после первой же инъекции мышьяка, так как больному было сказано, что лечение направлено против его припадков; в дальнейшем было еще два припадка: первый раз, когда больной видел эпилептика в припадке, другой раз, когда он потерял бумажник с документами. За последнее время появилась сильная слабость. Сон как и аппетит—изменчивы. Самочувствие также переменено. Что касается терапии, нам не удалось провести специального лечения против его болезни, ввиду того, что больной в периоде исследования выписался неожиданно из больницы.

Итак, перед нами несомненно резко выраженная картина так наз. феминизма, т. е. постепенное превращение мужского типа в женский; за это говорит весь внешний облик больного и в особенности антропометрические измерения, которые дали отклонения в сторону средних цифр, определяющих тип женщины. Первое, что бросается в глаза—это полное отсутствие растительности на тех частях тела, где она обычно бывает у мужчин, и заметное увеличение грудных желез. При более детальном осмотре обращает на себя внимание скудный рост волос под мышками; на лобке растительность расположена треугольником, что является особенностью женщин; чрезвычайно маленький рот и женская округлость плеч и бедер дополняют общую картину. Антропометрические измерения, произведенные с большой точностью вполне подтверждают тот взгляд, что в данном случае мы имеем перед собой именно феминизированного мужчину. Средние цифры измерения тела мужчины и женщины нами заимствованы у Vierordt'a и Tandler'a у Bouschan'a, Ranke, Waldeyer'a, Борхардта и Matnhasa—Mamuassa. Рост, длина туловища, а также размеры головы у нашего больного не представляют особых отклонений от нормы и потому об этих цифрах говорить не приходится; необходимо однако отметить, что Ранке указывает на относительно более длинное ту-

ловище и сравнительно более короткие ноги и руки у женщины. Длина туловища в нашем случае составляет 56 см. (у мужч. по Vierordt'у—61,6 см.), а длина ног и рук—101 и 73 см. (у мужч. 103 и 76,5 см.). По Бушану рука у женщины, как абсолютно, так и относительно (по отношению к величине роста) короче, т. е. если взять отношение длины руки к длине роста у средн. мужчины (76,5 см.: 196,5) и у нашего больного (73:168,5), то эта разница в последнем случае оказывается ближе к цифре определяющей женский тип. Нижние конечности у нашего больного также абсолютно и относительно короче, чем у мужчин (у б-го 101 см., у м-н 103). По отношению к длине бедра голень у женщины короче, чем у мужчины (у м-ны бедро 57,5, голень—39 см.; у нашего больного бедро пр. 57 см., лев.—51 см., пр. голень 37,5). Ширина плеч в среднем у мужч. по Вирорду равна 39,1 см., у женщин 35,2 см., у нашего больного 36,6 см.; при сравнении ширины бедер получается обратное отношение, т. е. у мужчин она меньше и составляет 30,5 см., тогда как у женщин 31,4 см. (у нашего больного 31 см.). Различие вторичных половых признаков у человека особенно ярко выражается в тазу; так по Вальдееру расстояние между *crista ilei* у мужчин равно 26 см., у женщин 29 см., у нашего больного 28,5 см.; расстояние между *sp. os. ilei anter. super.* у мужчин 24,4 см., у женщин 26 см., у нашего больного 26 см. *Conjugata externa* по Вальдееру у мужчин равна 18 см., у женщин—20 см. у нашего больного 19,2 см.

Из приведенной выше сравнительной таблицы измерения различных частей тела нормальных мужчины, женщины и нашего больного ясно, что эти цифры с несомненностью говорят в пользу приближения нашего больного к женскому типу.

Случаи феминизма не часты, а потому и в литературе этот вопрос до сих пор недостаточно ярко освещен. Pagnier в статье об изменениях вторичных половых признаков, пытается дать некоторое объяснение этому сложному заболеванию; он признается, что наши знания в этой области почти равны нулю. Geoffroy Saint-Hillaire указывает, что в каждом индивидууме имеются зачатки вторичных половых признаков противоположного пола, и что нужны какие-то особые, трудно поддающиеся объяснению условия, чтобы завершившееся развитие вторичных признаков изменило свой первоначальный характер. Панье различает два типа феминизма: феминизм наступающий до полового созревания и феминизм взрослого человека. Первый, называемый автором „физиологическим феминизмом“ наблюдается большею частью у подростков во время реконвалесценции после тяжелых болезней. Феминисты этого типа имеют нежную, тонкую кожу со скудным оволосением, небольшие половые органы и детский голос; грудные железы припухают, появляется небольшое ожирение и таз остается широким; в характере таких юношей отмечается застенчивость и пренебрежение обществом своих сверстников. Это неопределенное в смысле завершения пола состояние продолжается некоторое время, после чего признаки феминизма постепенно исчезают и юноша приобретает вид нормального мужчины.

Второй тип феминизма, наступающий после полового созревания, продолжается значительно дольше и проходит только по устранении причины, вызвавшей это заболевание. В этих случаях нет той инфантильности, которая наблюдается при „физиологическом феминизме“; больные второго типа имеют тело нормального мужчины, на котором вырисовываются вторичные половые признаки женщины.

Чем в сущности объясняется такое превращение половых признаков у лиц до того совершенно нормальных? Biedle отсутствие соматических признаков данного пола объясняет недостаточной половой дифференцировкой половых желез; он приводит гипотезу (Herbst'a) согласно которой половые железы наряду с возбуждающим гомологичные половые признаки действием обладают еще тормозящим влиянием на развитие признаков другого пола; он же называет целый ряд авторов (Zambini, Freund, Hegar, Wilson), описавших значительное число случаев превращения мужских половых признаков в женские и наоборот. Особенно поучителен приводимый им случай Fridrich-Grants'a, вторично описанный Albert'ом, дело касается девушки 20 л. с хорошо выраженными женскими формами и правильно менструирующей; с прекращением *menses* она стала обнаруживать признаки мужского пола: жир исчез, тело покрылось волосами, груди стали мягче, появились борода и усы; больная вскоре погибла после удаления опухоли яичника. Нередки случаи, когда при наступлении климактерического периода происходило частичное превращение половых признаков; во время менопаузы нередко наблюдается появление у женщин мужского голоса, рост бороды и волос на теле. В животном мире также имеются указания на появление гетеросексуальных признаков, например: козы и овцы с бородой и рогами, рогатые олени самки и др. Brandt дает довольно подробное описание случаев петушиного оперения; так самки птиц не только меняют оперение, но даже поют, кричат и ведут за собой других самок; автор объясняет это превращение перерождением внутренних половых органов или облитерацией яйцепровода. Шмит (Smith) описал петуха, который вследствие туберкулеза этих органов превратился в каплуна. Чрезвычайно интересны случаи так называемой паразитарной кастрации у краббов. Giard в течение долгого времени изучавший этих животных нашел, что паразиты, проникая в половые органы самцов разрушают их и тем вызывают до того резкое превращение в женский тип, что многие считали их за самок. Помимо патологических процессов, вызывающих превращение пола, нередки случаи изменения вторичных признаков и после травмы половых органов; (Liehtenstern) Лихтенштерн во время последней европейской войны описал немало случаев ранения яичек, после которого у до того нормального мужчины исчезала растительность, откладывался жир, изменился голос и исчезали половое влечение и эрекции.

Что же послужило причиной такого превращения в нашем случае? До 20 летн. возраста больной был нормальным мужчиной: имел усы и бороду, обладал достаточной половой потенцией и имел нормальные муж-

ские руки (работал слесарем, а потом шоффером). В течение сравнительно недолгого времени (около 7 мес.) у него изменяется общий habitus, исчезает растительность на теле, увеличиваются грудные железы, исчезает половое чувство и уменьшаются кисти и стопы. Можно допустить с достаточной вероятностью, что в поражении половых желез и надо искать причину такого превращения. В литературе высказывается предположение (Фальта), что различные инфекционные болезни могут вызвать расстройства в инкреции интерстициальной железы. После наступления половой зрелости наш больной перенес целый ряд инфекций, которые могли послужить причиной дисфункции половых желез.

Могло ли иметь место в нашем случае какое-либо другое заболевание? Известно какое могучее влияние оказывают инкреты половых желез на рост костей в смысле его торможения; в случаях атрофии яичек наступившей до периода полового созревания мы имели бы признаки, указывающие на гиперфункцию антогонистов (гипофиз, щитовидная железа), т. е. мы имели бы картину евнухоидизма. В нашем случае можно было бы говорить о позднем евнухоидизме, если бы акромикрия, наблюдаемая у больного, нашла объяснение в таком предположении. Аплазия половых желез может наступить и вторично при заболевании гипофиза именно передней его доли (аденома, киста и пр.). Рентгеновский снимок черепа нашего больного не дает никаких указаний на существование какой-либо опухоли в области гипофиза или по соседству: турецкое седло оказалось нормальным, реакция Вассермана также дала отрицательный результат. Поражение средней и задней долей гипофиза в смысле их гипофункции трудно предположить потому, что в первом случае мы имели бы картину гипофизарного ожирения, главным симптомом которого помимо исчезновения вторичных половых признаков является типичное для евнухидов массовое отложение жира в области бедер и грудных желез; в нашем случае такого резкого ожирения нет. Заболевание средней доли влечет за собой симптомы несахарного мочеизнурения, чего у нашего больного в течение всей болезни не наблюдалось.

Особого внимания и интереса заслуживает акромикрия, объяснения патогенеза которой ни в нашей, ни в западной литературе мы не нашли. Антропометрические измерения кистей и стоп у больного с несомненностью дают право утверждать, что тут мы имеем дело с акромикрией. Мы измеряли кисти и стопы у нормальных мужчин и женщин одного с больным возраста; причем оказалось, что длина кисти у мужчины—21,5 см., у женщины 16 см., у нашего больного—16,5 см. (прав.) и 16 см. (лев.), т. е. длина кисти в нашем случае равна длине кисти средней женщины. Длина ступни у мужчины 30,6 см., у женщины 23 см., у больного прав. 24 см., лев. 23,5 см., т. е. и тут мы видим приближение к цифре женской ступни. Рентгенограмма кистей и стоп показало уменьшение фаланг в длину и их утолщение. Разница, отмеченная нами при измерении бедер (прав. 57 см. и лев. 51 см.) и голени (прав. 37,5 см. и лев. 43 см.) не поддается никакому объяснению.

Случай акромикрии описан В. Е. Предтеченским (Медиц. Обзорение 1916 г. №№ 3—4). Автор считает, что причиной, уменьшения фаланг является рассасывание костей. Раньше на этот процесс смотрели как на явление трофеневроза, в настоящее же время это заболевание связывают с изменениями в эндокринных железах. Одни авторы причиной этого страдания считали расстройства в щитовидной железе Singer другие Strümpel противопоставляя акромикрию акромегалии считают основе акромикрии атрофический процесс передней доли гипофиза. Насколько обоснована последняя гипотеза решить трудно, так как тут несомненно имеется много противоречий. На основании суммы симптомов, наблюдаемых у нашего больного, надо предполагать, что кроме дисфункции половых органов тут имеется изменение корреляции еще нескольких желез, что внутренняя связь между этими железами нарушена. Точный анализ отдельных симптомов в нашем случае указывает на недостаточность функций щитовидной железы и надпочечников. О понижении функции щитовидной железы, мы можем судить по тем данным, которые мы получили при исследовании больного: кожа сухая, дряблая, восковидно-желтого цвета; Антропометрическими измерениями установлено значительное понижение как окислительных процессов, так и дыхательного коэффициента; обмен веществ у него тоже понижен; со стороны психики следует отметить апатию, отсутствие интереса, быстрая утомляемость, утрата памяти и понижение объема внимания; может быть и акромикрию можно было бы объяснить недостаточностью функции щитовидной железы. К явлениям расстройства секреции надпочечников надо отнести следующие симптомы, наблюдаемые у больного: непрерывные головные боли, легкая утомляемость и подавленное состояние. Одним из важных симптомов недостаточности надпочечников является мышечная слабость, которая впоследствии обычно значительно увеличивается; исследование мышечной силы динамометром у нашего больного показало чрезвычайно низкую цифру: при поступлении 55—65 кл., а при выписке—22 кл. Мышечный показатель выразился цифрой 91,6, что указывает на возрастающую мышечную слабость; в дальнейшем присоединилась апатия. Кровяное давление у больного чрезвычайно низко (сист. 95, диаст. 60); вероятно этим низким давлением и слабостью мышечной силы можно объяснить и зябкость, наблюдаемая у больного; он принимал ванны только горячие (34°); проба с глюкозой дает указание на пониженный сахарный обмен.

Что касается припадков, то, как видно из истории болезни, они носили чисто истерический характер; эти припадки также внезапно исчезали, как и возникали под тем или иным внушением по ничтожному поводу.

Итак в описываемом случае мы видим поражение нескольких эндокринных желез (щитов. железы, надпочечников и яичек); весь симптомокомплекс явлений, наблюдаемых у нашего больного и составляет тот „Le syndrome thyreo-testiculo-surrenal“ французских авторов, о котором мы упомянули выше.

В заключение считаем своей обязанностью выразить искреннюю благодарность профессорам: В. Д. Шервинскому, А. П. Нечаеву, Д. М. Росийскому, В. Е. Игнатьеву, Н. И. Коротневу, ст. врачу отделения В. М. Васильеву и всем товарищам, давшим нам ценные указания при описании этого случая.

#### Литература:

- 1) Biedl. A. „Внутренняя секреция“. Пер. д-ра Вакса П.—1914 г.
- 2) Weil. A. „Внутренняя секреция“. Пер. д-ра Лызлова В. Н.—1922 г.
- 3) Перид. Г. „Введение в клинику внутренней секреции“. Пер. Кронтовского. А. А.—1924 г.
- 4) Zondek. H. „Die krankheiten der Endokrinen Drüsen“—1923 г.
- 5) Pagnier. Ph. „Pathologie des glandes endokrines“. Nouveau traité de medecine Fascicule VIII—1923 an.
- 6) Предтеченский. В. Е. „К клинике внутренней секреции: а) случай акромегалического гигантизма (hyperpituitarismus) и б) Случай акромикрии (hypopituitarismus). Медич. Обозр.— 1916 г. №№ 3—4.
- 7) Невядомский. М. М. „Случай функционального гиперпитуитаризма“. Медич. Обозр.—1915 г. №№ 9—10.
- 8) Росийский. Д. М. „Случай акромегалического гигантизма“. Медич. Обозр. 1916 г. № 11.
- 9) Falta. W. „Die Erkrankungen der Blutdrüsen.—1913 г.
- 10) Гевлок Эллиса. „Мужчина и женщина“. Пер. с англ. Николаев. А. и Шмурли. И.—1898 г.
- 11) Бушан. Г. „Наука о человеке“. Пер. с немецк. Колмогорова А.—1911 г.
- 12) Brugsch. T. „Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen“. Berlin.—1922 j.
- 13) Lederer R. „Kinderheilkunde“ Berlin.—1924 j.
- 14) Matthias E. „Eigenart in Entwicklung, Bau und Funktion des weiblichen körpers und ihre Bedeutung für die Gymnastik“. Bern.—1923 г.
- 15) Claude. H. A. Baüdoiun. A. „Syndranes pluriglandulaires“. Nouveau traité de médecine. tasc. VIII—1923 an.
- 16) Vierorg. H. „Anatomische, Physiologische und Physikalische Daten und Tabellen zum gebrauch für Mediciner“. Jena—1893 г.
- 17) Игнатьев. В. Е. „Исследование физического развития человека“.—1924 г.

Редакция обращается ко всем русским авторам с покорнейшей просьбой прислать ей обстоятельные рефераты их статей, касающихся эндокринологии и напечатанных за эти годы как на русском, так и на иностранных языках, для помещения их в „Вестнике“ и для внесения их в подготовляемый библиографический указатель, а также и оттиски статей для библиотеки Института.

Таблица I.

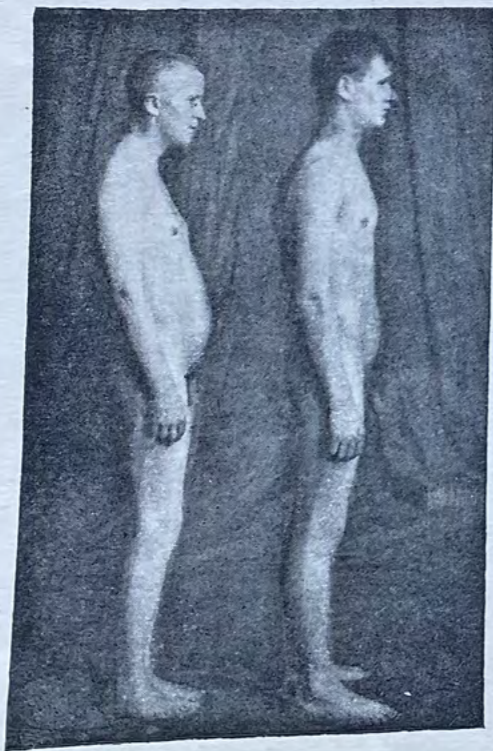
Для сравнения рядом с больным поставлен здоровый мужчина той же профессии, одного с ним возраста и веса и приблизительно одинакового роста.



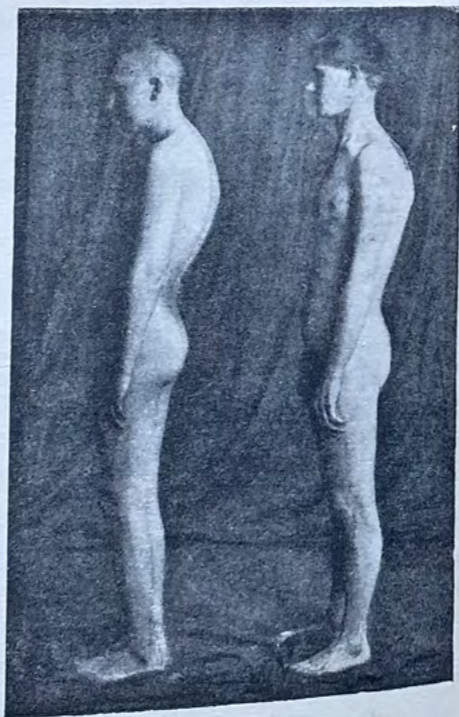
64. Общий вид (спереди), слева б-го — справа здорового



64. Общий вид (сзади), слева б-го — справа здорового.



63. Общий вид в профиль, слева б-го — справа здорового.



64. Общий вид в профиль, слева б-го — справа здорового.

Таблица II.



63. Половые органы и таз, слева б-го — справа здорового.



60. Нижние конечности (установка на одной линии), слева б-го — справа здорового.



Грудные железы, слева б-го — справа здорового.



64. Верхние конечности (установка на одной линии), слева б-го — справа здорового.

К статье Д. Е. Абсалямова и Е. М. Россельс.

Проф. В. Г. Штефко (Москва).

### Строение эндокринных желез у искусственно вскармливаемых детей первого полугодия<sup>1)</sup>.

Опыты Gudernatsch'a, Romeis'a и др. указали нам, что гормоны отдельных желез имеют различное значение в процессе развития животного организма. Гормоны щитовидной железы главным образом способствуют дифференцировке отдельных частей тела, вызывая, как показывают опыты над головастиками, ускоренное превращение.

Зобная железа, наоборот, способствует росту, не влияя на процесс превращения. Факт этот в высшей степени интересен и важен, доказывая нам различное, если можно так выразиться, „морфологическое“ значение гормонов.

Не только железы внутренней секреции, но и отдельные ткани оказывают непосредственное влияние друг на друга в процессе роста.

Так соединительная ткань оказывает задерживающее влияние на рост эпителиальной ткани. Далее интересно отметить, что тканевой сок, полученный из измельченных зародышей, способствует росту тканевых культур опухолей. В то же время рост центральной нервной системы (в искусственных культурах) в присутствии соединительной ткани замедляется.

Почти все органы могут рассматриваться как самостоятельные центры роста, которые однако, по Hutschison'у и Falta корректируются соответствующей эндокринной железой.

Falta считает, что область влияния мозгового придатка наибольшая. Dustin полагает, что наиболее обширное влияние должно быть отнесено к зобной железе, которая играет важнейшую роль в росте и обновлении тканей.

Однако это нуждается в некоторой оговорке, так как зобная железа, повидимому, влияет на рост тканей и органов только до определенного возраста. На рост опухолей, как показал Engel (Zeitschr. f. Krebsforsch. 1923, N. 5/6), зобная железа оказывает задерживающее действие. Ввиду того, что такое задерживающее действие на развитие опухолей (раков у мышей) установлено им и для кровяной сыворотки детей младшего возраста, то крайнюю редкость карцином и вообще злокачественных

<sup>1)</sup> Доложено в Эндокринологической Комиссии 17/XII 1924 г.  
Вестник Эндокринологии 1925, т. I, № 1.

лым содержимым. Их гистогенез во многих препаратах удавалось легко установить. Они представляют собой соединение, с совершенной потерей границ, двух-трех обычных фолликулярных клеток (большой частью эмбрионального типа), как бы выпадающих наружу за пределы фолликула, в окружающую волокнистую соединительную ткань. Клетки эти имеют набухший вид, с ядром, которое постепенно обедняется хроматином в то время, как сетчатый аппарат делается более явственно выраженным. Это дает повод думать, что сетчатая ткань образуется за счет хроматинового вещества (трофохроматина) самого ядра. В дальнейшем содержимое межфолликулярных пузырьков делалось совершенно светлым и сетчатая ткань в виде клубка обычно занимала центральное положение около ядра. Такого характера „вакуольные“ образования мы всегда встречали прилегающими к совершенно запустевшим или крайне бедным коллоидом фолликулам щитовидной железы. Принимая во внимание приведенные экспериментальные исследования Cowdry мы приходим к заключению, что указанное состояние межфолликулярных пузырьков соответствует полному покою щитовидной железы, при остановке в выработке ею коллоида.

Таким образом эта, до некоторой степени, „физиологическая картина“ щитовидной железы у детей грудного возраста, при исключительно искусственном вскармливании с первых дней жизни, вполне соответствует той общей картине недостаточной морфологической дифференцировке, на которую я указывал выше.

Вес щитовидной железы у исследованных нами детей колебался между 0,8—2,0 гр. Данные относительно веса щитовидной железы, как известно, не всегда возможно сравнивать между собою, ввиду того, что он подвержен некоторым территориальным колебаниям, примером чего могут служить данные Кюерре'я.

	Фрейбург.	Берлин.	Геттинген.
Новорожденные . . . . .	10,5 грм.	5,7 грм.	4,7 грм.
1 год . . . . .	9 "	4 "	2,3 "
2—5 лет . . . . .	20 "	9 "	6,5 "
6—20 лет . . . . .	31 "	24 "	19,2 "

Еще большая разница в весе щитовидных желез у детей и новорожденных в областях эндемического кретинизма и областях, где данные заболевания не встречаются. В первых вес щитовидных желез в 3—4 раза больше, чем во вторых. У новорожденных Берна вес щитовидной железы 4,1—6,6 гр., в центре Германии 1,55.

Гистологическое строение тех и других несколько отличается друг от друга. В местах эндемического кретинизма фолликулярный аппарат щитовидных желез менее развит и сильнее выражены явления десквамации зобной железы. Атрофические изменения в последней у детей, находившихся на искусственном вскармливании и погибших при явлениях расстройства питания, резко бросаются в глаза. Это выступает прежде всего в ее общем развитии в смысле массы и веса. Средний вес зобной

железы у двух-пяти месячных детей колебался от 1 до 4 грамм вместо, в среднем, 13 грамм по Нампга'у и 5,2 по Соколову.

Микроскопическая картина изменений большей частью сводилась к разрастанию соединительной ткани, в результате чего она получала преимущественное развитие в паренхиме железы. Паренхима железы состоит главным образом из лимфоидных элементов. Эпителиальные элементы примешиваются в небольшом числе. Единичные эозинофильные клетки и жирные клетки, лимфоцитарные элементы локализуются преимущественно по краю лимфатических сосудов. В эпителиальных, также как и в лимфоидных элементах мы часто встречали явления некролиза. Гассалевских телец очень мало. Соединительно-тканная стенка их утолщена; содержимое нередко оказывалось вакуолистым.

Эта картина определенно указывает на инволюцию железы, которую, судя по вкратце очерченной здесь картине, мы должны рассматривать, как „случайную“ инволюцию зобной железы по Нампга'у. Зобная железа, весьма чувствительна ко всякому отравлению (особенно туберкулезу) и недостаточному питанию. Экспериментальные исследования Нампга'а, а также и мои над голодавшими детьми различных возрастов показывают, что недоедание в течение более или менее продолжительного времени, вызывает атрофические изменения в зобной железе и приводит к раннему развитию в ней инволюционных процессов.

Таким образом та инволюция зобной железы, которую мы отметили у разбираемой группы детей первых месяцев жизни, должна быть отнесена тоже за счет недостаточного питания, понимая последнее главным образом в качественном отношении.

#### Надпочечные железы.

Вес их у исследованной группы детей был довольно постоянный—2,5—3,0 грамма. Тома дает для того же возраста несколько большие цифры—4,7 для мальчиков и 5,0 гр. для девочек.

В надпочечниках в течение жизни, происходит ряд изменений в отношении их гистологического строения. Здесь для нас представляют интерес только те, которые обнаруживаются в первые месяцы жизни. Центральная, богатая кровью, часть надпочечников в течение первого года жизни обычно подвергается дегенеративным процессам; она постепенно вытесняется элементами мозгового слоя.

Этот первичный, впоследствии вытесняемый, мозговой слой, в своем расположении и по своим элементам представляет собой сходство с *Z. reticularis* надпочечника более позднего возраста. Вскоре после рождения в нем начинаются дегенеративные изменения и развитие явлений фагоцитоза.

Клетки глубже лежащей зоны захватывают расположенные в сетчатой ткани эритроциты. В результате скопления в них кровяного пигмента они принимают характерный вид и окраску. Одновременно с развитием дегенеративных процессов в сетчатом слое идет созревание и

разрастание мозгового вещества. Сетчатая ткань превращается в однородный клеточный детрит, который пронизан богатой сетью широких капилляров.

Керн различает четыре стадии в развитии надпочечников:

- 1) стадию гиперемии,
- 2) стадию дегенерации первичной сетчатой зоны.
- 3) стадию инкапсуляции мозгового вещества,
- 4) стадию полного развития мозгового вещества.

Полное развитие мозгового вещества и время дегенеративного распада и вытеснения первичного сетчатого слоя подвержено колебаниям и какую играют здесь роль патологические процессы еще неизвестно.

Насколько структурные изменения в надпочечниках находят себе отражение в общефизиологических, возрастных изменениях у ребенка в первые моменты его развития, то же далеко еще не установлено. Можно полагать, что увеличивающийся тонус сосудистой системы и мышц находится в довольно тесном соответствии с развитием мозгового слоя. (Thoma и др.).

Комбинированная гистологическая картина надпочечных желез у детей, погибших при явлениях диспепсии и находившихся на искусственном вскармливании, дала нам следующее:

Корковый слой образует ряд бухтообразных вырезок. Отдельные слои его недостаточно выражены. Наиболее слабо дифференцирована *Z. glomerulosa*, состоящая из небольшого числа отдельных клеток с хорошо выраженным ядром и несколько базофильной протоплазмой. Клетки эти расположены неравномерно, по несколько вместе. Лучше выражена *Z. fasciculata*, которая незаметно переходит в *Z. reticularis*, состоящую из плохо выраженных отдельных клеток со светлой протоплазмой, небольшим, вытянутым на обоих концах, ядром.

Распространение этого слоя то-же неравномерное, и есть участки где его совсем нет. Под этой зоной мы встречаем очаговые скопления крови, которые местами на подобие ленты отделяют мозговой слой от нижнего коркового.

Мозговое вещество в своих клеточных элементах (мозговых клеток симпатогониев) развито обычно очень слабо. Местами оно совсем отсутствует. В нем мы имеем значительное количество сетчатой ткани сильно пропитанной кровью, которая местами содержит в себе уже элементы мозгового слоя.

Таким образом общая картина указывает нам на то, что надпочечники у данной группы детей находятся до 6-го месяца жизни еще в недифференцированном состоянии. При чем эта недостаточная дифференцировка относится как к корковому, так и мозговому слоям.

#### Околощитовидные железы.

Что касается до околощитовидных желез, то установить изменения в них представляется несколько затруднительным, ввиду отсутствия достаточных данных относительно возрастных особенностей в их строении.

Очень часто микроскопическое исследование указывает на крайнюю бедность околощитовидных желез их специфическими элементами, в виде главных и оксифильных клеток. Последние всегда значительно преобладали над первыми, встречающимися лишь в единичных экземплярах. Большую часть железы обычно составляет рыхлая соединительная ткань, в которой можно наблюдать лишь небольшие, часто диффузно разбросанные оксифильные клетки. Есть ли это явление вторичное или явление недостаточной, еще неоконченной, дифференцировки сказать трудно. Я склоняюсь к последнему предположению, полагая, что эта картина указывает нам на еще незаконченную дифференцировку и развитие отщипнувшихся почек 3—4 жаберных дуг, из которых образуются эпителиальные тельца.

Со стороны мозгового придатка я не мог уловить каких-либо изменений в разбираемой группе детей.

Важнейший интерес при искусственном вскармливании, да еще такого одностороннего (коровье молоко), на котором находились исследованные мною дети, представляют изменения со стороны желудочно-кишечного тракта. В этом направлении имеется целый ряд исследований (Baginsky, Tugenreich, Heubner, Pfundler, Thimilch, Fischl, Nobécourt и друг.). Здесь этого вопроса я не могу касаться подробно.

Укажу только, что гистологическое исследование кишечника от описываемой группы детей, в противоположность чрезвычайно разноречивым данным по разнообразию картины, дало мне довольно однородную картину.

Главные изменения сосредоточены в железистом аппарате кишечника, другие изменения, описанные многими авторами, со стороны слизистой, солитарных фолликулов и пр., имеют скорее второстепенный характер, являясь следствием изменений в железистом аппарате кишечника. Либеркюновы железы большей частью малы. Панетовские клетки обнаруживаются в них крайне редко. Есть препараты, где Панетовских клеток совсем нет.

Солитарные фолликулы и Пейеровы бляшки всегда гиперплазированы и густо набиты лимфоидными элементами. Со стороны слизистой катарральные явления различной интенсивности. Со стороны железистых клеток желудка слизистое перерождение и нередко коагуляционный некроз, охватывающий целую совокупность желез.

Гипоплазия Либеркюновых желез с полным недоразвитием (в количественном и качественном отношении) и атрофией клеток Paneth'a, по всей вероятности, лежит в основе диспептических расстройств при введении чужеродного казеина. Большая однородность патолого-гистологической картины со стороны кишечника в наших случаях должна быть отнесена на полную однородность искусственного вскармливания (в данных случаях—коровье молоко в различных разведениях).

Причиной этих изменений является целый ряд особенностей биохимического свойства, на которых мы здесь не можем останавливаться.

Bang, Fould, Noggerath показали, что сычужные ферменты различных видов животных являются строго специфичными для данных видов, по-

тому сычужный фермент наиболее успешно действует по отношению к молоку только того же вида.

Исследования Davidsohn'a показывают, что женское молоко заключает в себе липазу, которая отсутствует в коровьем молоке.

Коровье молоко значительно превосходит женское в отношении содержания казеина, солей кальция и в особенности фосфатов и нитратов.

Наконец, Freudenberg, Hoffmann, Rosenbaum показали, что концентрация водородных ионов и их дисперсия значительно отличаются в коровьем и женском молоке.

Кроме того следует еще отметить богатство женского молока витаминами А и С. Витамины по Abderhalden'у, кроме общеизвестного их значения, являются (раздражителями) для железистого аппарата кишечника.

Вот эта, вкратце перечисленная, совокупность причин лежит, по-видимому, в основе тех морфологических изменений в железистом аппарате желудочно-кишечного тракта у искусственно вскармливаемых детей. В основе этих анатомических изменений лежат уже общие расстройства питания, довольно многообразные по своим клиническим и функциональным проявлениям.

Подходя ко всему разобранному нами здесь материалу с точки зрения механики развития, мы можем сделать ряд интересных заключений, показывающих нам важность изучения процессов патологического порядка, для уяснения биологических явлений развития и роста.

Энергия, которая требуется для развития зародыша, носит название онтогенетической энергии развития. Впервые количественным определением ее занялись Tangl и Furkas.

Tangl определил онтогенетическую энергию развития для цыпленка равной на 1 грамм живого вещества 658 малым калориям.

Однако в период внутриутробной жизни, за счет веществ материнского организма еще не достигается окончательного развития в смысле законченного формирования и дифференцировки отдельных тканей и органов. Для этого организм черпает энергию уже самостоятельно из внешней среды. Если питание нарушено, то и энергия развития оказывается недостаточной. Происходит задержка в дифференцировке эндокринного аппарата и, как следствие этого, дисгармония в росте отдельных частей тела.

Процесс роста и гистологической дифференцировки желез внутренней секреции оказывается в тесной зависимости от питания организма.

Это указывает нам на тесную связь существующую между выработкой гормонов и поступлением достаточного количества необходимых пищевых веществ. Исследования над детьми различного возраста в период недоедания еще более убедили меня в том, что свойства инкретов и процесс их выработки находится в теснейшей связи с питанием. (См. Пед. Журн. № 4). Таким образом при изучении тех или иных изменений в эндокринных железах необходимо учитывать большое значение питания.

А. Д. Прокин.

### Некоторые наблюдения

#### при пересадках эндокринных желез.

Из Госпитальной хирургической клиники 1-го М. Г. У. Директор проф. А. В. Мартынов.

В вопросе о пересадках эндокринных желез, помимо технических сторон этого воздействия, необходимо различать следующее: 1) возможность приживания пересаженной железы; 2) наличие специфического воздействия пересаженной железы; 3) воздействие на другие железы внутренней секреции; 4) непосредственные и отдаленные результаты пересадок.

По вопросу о приживлении пересаживаемых органов и тканей существует очень обширная литература, и к настоящему времени определенно установлено, что всякие гетеропластические пересадки (от животных к человеку) обречены на неудачу. Неудачи эти обусловлены не техническими недостатками, а различием биохимической структуры отдельных организмов. Несмотря на это, в эндокринологической литературе последнего времени снова поднят вопрос о возможности вживления пересаживаемых эндокринных желез. С. Воронов (Париж) опубликовал большое количество наблюдений над пересадками семенных желез у животных и человека с очень хорошими результатами. К сожалению, в книге С. Воронова совершенно нельзя найти указаний, почему получались у автора такие блестящие результаты. Во всяком случае, бесспорных обоснований его методики в его книге найти нельзя. Автор брал семенники для пересадок человеку от обезьян по тем соображениям, что «обезьяны, будучи нашими ближайшими родичами, могут доставлять такой материал для пересадок, который в тканях нашего тела встретит условия близкие к нормальным». Вместе с тем общеизвестно, что пересадки органов и тканей человеку даже от другого человека в громадном большинстве случаев обречены на неприживание. Единичные успешные случаи гомопластических пересадок нашли себе объяснение лишь в последнее время в связи с учением о различных группах по агглютинации крови. Для успеха гомопластических пересадок необходимо ткань брать от такого организма, эритроциты которого не агглютинируются сыво-

роткой принимающего организма (Н. Н. Еланский и др.). К настоящему времени одинаковых групп по агглютинации крови между человеком и обезьянами не найдено, поэтому вышеприведенные соображения С. Воронова нам представляются необоснованными. Также от обезьян брал материал для пересадок людям Max Thorek (Чикаго), и „в случаях, когда он пользовался выработанной им техникой, он почти неизменно получал превосходные результаты“. Однако в чем именно заключаются особенности его метода и каковы его клинические наблюдения, автор не сообщает, откладывая описание до более обстоятельной работы. Н. К. Кольцов указывает, что такое полное умолчание производит не очень благоприятное для автора впечатление.

С. Воронов и Thorek придают большое значение вопросу о кровоснабжении пересаженного органа. Поэтому С. Воронов считает, что семяники от обезьяны следует пересаживать человеку в мошонку на tunica vaginalis testis. Почему здесь вrostание сосудов в пересаженный орган будет лучше, для нас совершенно непонятно. Для того, чтобы обеспечить питание его из окружающих тканей, предлагают пересаживать орган (железы) не целиком, а отдельными тонкими пластинками, с той же целью более надежного вживания. Stanley (Стенли, Америка) размельчает яичко в кашлицу и при помощи шприца для парафинопластики вводит эту кашлицу под кожу. Дело, конечно, не в технике, когда приходится иметь дело с тканями человека и даже других высших животных. Можно пересадить орган целиком вместе с сосудами, его снабжающими, как это делал в своих опытах Cargel. Но и в таких условиях пересаженный орган, как правило, рано или поздно погибает.

В 1923 г. Н. В. Соколов сделал очень интересный доклад на съезде врачей в Казани „о пересадке органов и тканей в связи с реакциями иммунитета“. Выводы, к которым он пришел на основании своих опытов, сводятся к следующему: 1) при гомопластике наличие органо-специфических противотел в организме, воспринимающем пересадку резко понижает шансы на успех пересадки; 2) имеющее место при всякой пересадке, хотя бы частичное омертвление клеток пересаженного органа приводит к выработке специфических противотел в организме, которые оказывают присущее им губительное действие на оставшуюся часть трансплантата; 3) разница биохимической структуры организма дающего и воспринимающего орган понижает, видимо, шансы на успех пересадки; 4) при практическом решении вопроса о пересадках на людях является совершенно необходимым предварительное исследование крови на содержание в ней специфических противотел по отношению к тому органу, который пересаживается, так как несомненно, что при некоторых атрофических процессах в организме вырабатываются противотела, обрекающие последующую пересадку на неудачу; необходимо также исследовать кровь обоих компонентов для выяснения сходства или разницы ее биохимической структуры, так как различие биохимической структуры крови понижает шансы на успех пересадки.

Д-р Соколов исчерпывающим образом обрисовал все условия, в которые попадает пересаживаемая ткань (орган). Без соблюдения этих условий пересадки совершаются в темную. И если пересаживаемый орган приживет, то это меньше всего будет зависеть от техники пересадки, а исключительно от того, что независимо от оператора в дающем и воспринимающем организме будет одинакова биохимическая структура и выработка противотел по отношению к пересаживаемому органу будет незначительна. Следует еще обратить внимание на то обстоятельство, что все выводы д-ра Соколова касаются вопроса о гомопластике. Еще более пессимистические перспективы при таких данных должны быть в случаях гетеропластике.

Второй вопрос, который ставится при изучении пересадок эндокринных желез,—это специфичность действия пересаживаемого органа. Есть авторы, которые отрицают эту специфичность и весь эффект от пересадок сводят к парентеральной протеинотерапии. Так В. Romeis наблюдал признаки омоложения у старых крыс после пересадки им кусочков печени и на основании этого считает, что при пересадках дело сводится к всасыванию неспецифических продуктов распада пересаженного органа. Этот вопрос у каждого исследователя должен быть поставлен и разрешается он сравнительно удовлетворительно при наблюдениях на людях при изолированной недостаточности той или иной эндокринной железы.

Вопрос об отдаленных результатах принадлежит к числу труднейших, так как, несомненно, в случаях положительных результатов дело сводится не только к выполнению недостававшего до операции специфического гормона, а и к выравниванию нарушенной гармонии во всей эндокринной цепи; и перед исследователем проходит биохимический процесс, разобраться во всех деталях которого при наших теперешних знаниях часто не представляется возможным.

В Госпитальной хирургической клинике 1-го М. Г. У. за последние 2 года были произведены пересадки эндокринных желез у 21 больных, причем трем больным пересадка была сделана по 2 раза; таким образом всего было произведено 24 пересадки. В 11 сл. материалом для пересадки служили органы обезьяны (Macacus), в 1 сл. яички кота, в остальных железы козла (козы<sup>1</sup>). При наших возможностях наблюдений никакой разницы в результатах в зависимости от различия вида животных, от которых брались железы, мы не наблюдали.

Вначале мы пробовали выбирать место для пересадки, руководствуясь условиями питания и покоя для пересаживаемой железы. В 2 сл. мы поместили их в предбрюшинную клетчатку, в 5 сл.— в мышцы живота, в 3 сл.— в мошонку, придерживаясь техники С. Воронова, в остальных случаях под кожу живота. В одном случае (гомосексуалист) мы иссекли клиновидный кусок яичка у больного и вшили в получившийся дефект кусочек такой же величины от обезьяны. Никаких пре-

<sup>1</sup> Козы и козлы доставлялись Институтом экспериментальной Эндокринологии.

имущества от места и техники пересадки мы не наблюдали. В 17 сл. получило первичное натяжение, в 7 сл. края раны разошлись и в 5 сл. наблюдалось выхождение пересадков. Часть желез (щитовидная, вилочковая, яички от кота) пересаживались целиком во избежание повреждений, так как эти железы были очень нежного строения. Большая же часть других желез (в том числе все семенники) тотчас по удалении от животного разрезались на ряд тонких ломтиков (2—3 мм толщиной) и переносились к больному. Тщательно останавливали кровотечение в ране во избежание гематомы.

Смотря на приживление пересадков пессимистически, мы старались изучать специфичность действия пересаживаемой железы на организм больного. Под нашим наблюдением были следующие больные:

- |  |        |
|--|--------|
| 1) Одряхление . . . . .                      | 7 чел. |
| 2) Инфантилизм . . . . .                     | 2 "    |
| 3) Гомосексуализм . . . . .                  | 1 "    |
| 4) Шизофрения . . . . .                      | 2 "    |
| 5) Гипотирозидизм . . . . .                  | 3 "    |
| 6) Базедова болезнь . . . . .                | 3 "    |
| 7) Адиссонова " . . . . .                    | 1 "    |
| 8) Многожелезистая недостаточность . . . . . | 1 "    |
| 9) Самопроизвольная гангрена . . . . .       | 1 "    |

Всего . . . . . 21 чел.

По поводу одряхления были произведены пересадки семенников 7 больным: для 6 семенники брались от обезьяны (*Macacus*), для 1 от козла. Эти больные в большинстве были преклонного возраста; лишь один больной был сравнительно не стар — 47 л., в среднем же возраст больных равнялся 64 г. Поступали эти больные в клинику с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, головокружение, ослабление памяти и зрения, импотенцию. Все они были интеллигенты и приходили осведомленными о работах по омоложению. Все ждали положительного результата пересадки. Этим я хочу сказать, что у данных больных следует иметь в виду психический момент от произведенной операции и с большой осторожностью расценивать полученные результаты. Рана зажила первичным натяжением у 5 больных, у 2 получило нагноение. Непосредственный положительный эффект отмечен у 4 больных: через 2—5 дней после пересадки больные указывали, что они чувствуют себя бодрее; стала меньше одышка; повышалась психическая работоспособность, выражавшаяся в лучшем усвоении прочитанного. Один больной стал лучше видеть. Все больные после пересадки отмечали физическую бодрость. Изменений в половой сфере в послеоперационном периоде не отмечалось.

Сведения об отдаленных результатах мы получили от 5 больных. У всех этих больных отмечен несомненный положительный эффект после пересадки. Субъективно отмечалось чувство бодрости, уверенности

в себе, повышение работоспособности, как мозговой, так и физической. Один больной сообщает, что он возобновил оставленные было научные исследования, другой снова начал интенсивную общественную работу. У всех больных повысилась выносливость. Один больной, например, с трудом передвигавшийся до пересадки, через 3 месяца после пересадки сообщает, что он ходит по много верст в день, не испытывая усталости. У одного больного, имевшего совершенно седые волосы, постепенно появилось много черных волос в бороде. У всех больных отмечалось понижение кровяного давления, которое до пересадки у всех было очень высоким:

	До пересадки.	Через 2 мес.	Через 4 мес.	Через 9 мес.
1	155/91	—	148/83	125/80
2	167/86	125/75	—	—
3	205/100	200/95	165/102	215/98
4	142/66	—	120/60	—
5	120/78	110/50	—	—

Лишь у 2 больных отмечалось повышение полового возбуждения, у остальных на половое чувство пересадки не оказали никакого влияния. У 3 больных улучшение общего состояния держится до сих пор (9 мес.), у 1 больного через 2 месяца эффект стал уменьшаться; этот больной подвергся потом операции по Steinach'у и дальнейших сведений мы об нем не имеем. У 1 больного (см. таблицу кров. давления под № 3) в течение 7 мес. держалось очень хорошее общее состояние; потом быстро наступило ухудшение, и в настоящее время он чувствует себя хуже, чем до пересадки, выглядит более дряхлым, чем раньше; кровяное давление стало выше, чем было до операции.

По поводу инфантилизма обратились в клинику 2 больных; оба были в возрасте 23 л. Один больной — выше среднего роста, на лице не заметно никакой растительности; голос высокого тона, щитовидный хрящ не выдается. Кисти рук узкие с длинными тонкими пальцами. В области сосков обильно развита жировая ткань. Такие же отложения жира на бедрах и ягодицах. Растительность на лобке не обильна. Половые органы малы, penis соответствует по размерам penis'у 10 летнего мальчика.

<sup>1)</sup> Эти измерения кровяного давления производились в Институте экспериментальной Биологии И. Г. Коганом, которому приношу благодарность за сообщение нужных мне сведений. А. П.

Целый ряд болезненных явлений, часто наблюдающихся при хроническом недоедании у больных, вполне может быть поставлен в полную зависимость от пониженной деятельности желез, обладающих внутренней секрецией, недостаточность которых является следствием недостаточного питания организма.

На ряде больных, наблюдавшихся в Госпитальной Терапевтической Клинике 1-го МГУ, страдавших истощением на почве длительного недоедания, это понижение деятельности внутрисекреторных желез весьма ясно проявлялось по отношению к половым железам. Аменорею, наблюдавшуюся у большинства недостаточно питавшихся девушек и женщин и нередко наблюдавшееся у них отсутствие менструаций по целым месяцам, следует отнести на угнетение деятельности яичников, а отмечавшееся при плохом питании довольно резкое понижение libido sexualis у мужчин, возможно объяснить понижением деятельности семенных желез.

Нередко отмечавшиеся, при недостаточном питании, жалобы больных на чрезмерную жажду, при частом и обильном мочеиспускании, также невольно наводят на мысль не стоят ли эти явления, в связи с пониженной деятельности мозгового придатка, так как в настоящее время уже вполне ясно и определенно выясняется, что между придатковой секрецией и диурезом существует несомненная связь, и, на основании экспериментальных данных относительно действия на диурез придатковых экстрактов, можно прийти к заключению, что не усиленная деятельность придатка, а, наоборот, понижение его деятельности обуславливает развитие явлений полидипсии и полиурии.

У плохо питающихся нередко отмечаются также явления некоторой недостаточности щитовидной железы в виде уменьшения потоотделения, замедления пульса и различных трофических расстройств.

Возможно допустить, что отмечающиеся при недостаточном питании быстрая утомляемость и мышечная слабость (астения и адинамия) стоят в связи с изменением секреторной деятельности надпочечных желез в смысле ее понижения. У больных с недостаточным питанием приходится отметить гипотонус симпатической нервной системы, а как известно между надпочечниками и симпатической нервной системой существует тесная связь и гормонами, специально действующими на сочувственную нервную систему, являются питуитрин и адреналин.

Понижение тонуса симпатической нервной системы встречается почти у всех больных с недостаточным питанием, в то время как повышение тонуса автономной нервной системы отмечается у этих больных довольно часто, и болезненные формы, свойственные ваготонии, как, напр. hypersecretio и hyperaciditas желудка, спастические явления в виде pylorospasm'a и спастического запора, случаи бронхиальной астмы, крапивницы и ложной грудной жабы, отмечаются у плохо питающихся сравнительно нередко.

## ИЗДАТЕЛЬСТВО НАРКОМЗДРАВА Москва, М. Черкасский пер. 2/б.

Вышли из печати в 1925 г.	Выходят из печати в 15/IV—25 г.	Печатается.	Имеется на складе.
1. Ангерман. Суд над проституткой и сводницей ц. 30 к. 2. Семашко. Тубер. — пролетарская болезнь ц. 12 к. 3. Шапч. Малярия ц. 16 к. 4. Проф. Буач. Методика Антропомет. исследований. Сборник инструкц. ц. 1 р. 75 коп. 5. Таблица „ПРОТИВОЯДИЙ“ ц. 40 к. 6. Нomenclatura болезней ц. 1 р. 7. Дозуши по вен. болез. ц. 35 к. 8. Плакат по малярии ц. 50 к. 9. Сан-уголок по малярии (плакат в красках, 8 таблиц, дозувги) ц. 1 р. 10. Сан-игра „Звездочка Здоровья“ ц. 1 р. 50 к. 11. Повека жизни-трицать лет революционной борьбы. Биограф. Н. А. Семашко.	1. Демилевич. Ст. 155 (Суд над гр. Киселевым). 2. Маркузон. Здоровье ребенка и туберкулез. 3. Броннер. О венер. болез. 4. Незлин. Что надо знать о туберкулезе. 5. Галиновская. Матери крестьян. рассказы о том, как болеют дети туберкулезом. 6. Семашко. Брошюра о туберкулезе (для крестьян). 7. Алитац. тубер. плакат к тубер. трех дневнику в 1925 г. 8. Стеной плакат иллюстрир. дознати в семи красках по туберкулезу о текстом (для крестьян). 9. Стенная санитарно-просветит. таблица по туберкул. 10. Эмблемы - жетоны к туб. трехдневнику в 1925 г. 11. Список врачей СССР ц. 10 р. 12. Подробный каталог Издательства Наркомздрава. 13. Плакат „Микробы“. 14. Фрид. Вит деревни (быль в стихах). 15. Соловьев. Скарлатина.	1. УП Издание Фармакоп. 2. Руководство по судебно-мед. экспертизе. 3. Сборник познаний. Проф. РОС-СОЛИМО. 4. № 1 за 1925 г. Сборника по сан. Просвещ. 5. Куркин. Санитарно - Статистическая таблица вып. 1. 6. Гамалян. „Оспа и оспопрививание“.	1. Альбом зараз. болез. ц. 5 р. 2. Плакаты и таблицы. Сан-прос. хар. по различным вопросам. 3. Популярная сан-литература всех издательств. 4. Научная медицинская литература (учебники спец-руководств. всех издательств) 5. Комплект журналов за прошлые годы.
<p><b>ИЗДАТЕЛЬСТВО НАРКОМЗДРАВА:</b></p> <p>1. Издает целый ряд медицинских журналов, отчетов съездов. 2. Принимает подписку на все период. медиц. журналы в СССР. 3. Принимает на себя полное укомплектование библиотек: Здравотелов, больницы, диспансеров, амбулаторий и др. леч. заведений, домов Сан-просвета, Санитарного и Учительского врачей, изб-читален, Женских уголков, фабрично-заводских клубов, библиотек Профсоюзом, Страх-кас и др. организаций, с соответствующим подбором изданий, ценой библиотеки от 10 руб. и выше. 4. Выполняет заказы на любую медицинскую книгу, вышедшую в СССР. 5. При заказах от 75 руб. предоставляет Советским и обществен. органам. значительный кредит сроком до 6-ти месяцев. 6. Предоставляет максимальные скидки как на свои издания так и на чужие. 7. Выполняет заказы, безглатной пересылкой, при получении стоимости требующегося. 8. Дает немедленно—ответ на всякие запросы. 9. Организуе кроски медицинских изданий на Съездах. 10. Принимает предварительную подписку на издание Список врачей в СССР, тираж коего ограничен—цена издания предварительной подпиской—9 руб. по выходе в свет 10 руб.</p>			

## От Института Экспериментальной Эндокринологии.

(В. ИНСТИТУТ ОРГАНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ).

Институт Экспериментальной Эндокринологии является учреждением, предназначенным для научной разработки, в самом широком масштабе, вопросов эндокринологии.

Одной из задач Института является и практическое использование успехов эндокринологии, то есть производство всех органотерапевтических препаратов.

В настоящее время Институтом вырабатываются и выпущены в продажу следующие препараты:

- |                              |  |                        |
|------------------------------|--|------------------------|
| 1. Адреналин                 | (из надпочечников)                             | во флаконах и ампулах. |
| 2. Антитиреокрин             | (из крови тиреоидекто-<br>мированных животных) | в порошке и таблетках. |
| 3. Маммокрин                 | (из молочных желез)                            | в порошке и таблетках. |
| 4. Оварикрин                 | (из яичников)                                  | " " "                  |
| 5. " по Кравкову.            | "  | во флаконах и ампулах. |
| 6. Орхикрин                  | (из семенников)                                | в порошке и таблетках. |
| 7. " по Кравкову.            | "  | во флаконах и ампулах. |
| 8. Панкреакрин               | (из поджелудочн. железы)                       | в порошке и таблетках. |
| 9. Паратиреокрин             | (из околощитовидных же-<br>лез)                | " " "                  |
| 10. Питуикрин А.             | (из передней доли мозго-<br>вого придатка)     | в ампулах.             |
| 11. " Р.                     | (из задней доли мозгового<br>придатка)         | " "                    |
| 12. " Т.                     | (из всего мозгового при-<br>датка)             | " "                    |
| 13. Спермокрин               | (из семяных желез)                             | во флаконах и ампулах. |
| 14. Тимокрин                 | (из вилочковой железы)                         | в порошке и таблетках. |
| 15. Тиреокрин                | (из щитовидной железы)                         | " " "                  |
| 16. Эпинефрокрин по Кравкову | (из надпочечников)                             | во флаконах и ампулах. |

Кроме того Институт готовит: плацентокрин, простатокрин, метрокрин, гепатокрин, спленокрин, экстракты шишковидной железы.

В ближайшем будущем будут выпущены: стандартизованный инсулин, панкреатоксин по Кравкову, маскрин (сложный экстракт желез мужской половой системы) и поликрины (сложные и комбинированные экстракты желез с внутренней секрецией).

Лечебным учреждениям, аптекам, врачам скидка с существующих цен в размере 20%.

Подробные проспекты, литература и прейс-куррант высылаются бесплатно по первому требованию.

С требованиями обращаться по адресу: Москва, Арбат, Спасо-Песковский, 2, кв. 12, Лаборатория Института.