

роны легких особых изменений не найдено. Мазок, взятый из правой половины носа и исследованный в Казанском микробиологическом институте, ни капсульного микроба, ни *coccobacillus*'а не содержал.

6/XII 32 г. Под местной анестезией произведена радикальная операция на правой гайморовой полости по L u c - S a l d w e l l ' y . В полости обнаружена полипозно измененная слизистая, гноя и полипов не найдено. Послеоперационное лечение протекло гладко. С 10/XII отмечается уменьшение корок в носу, исчезновение запаха. 19/XII корок почти нет, за исключением переднего конца правой нижней носовой раковины. Запаха нет. 7/1 33 г.—Самочувствие хорошее, носом дышит свободно. Слизистая носа чиста, свободна от корок, слегка гиперемирована, влажна.

Случай заслуживает безусловно серьезного внимания и изучения. Атрофический процесс в носу разыгрывается после того, как функция верхне-челюстного нерва, снабжающего носовую полость трофическими и чувствительными волокнами, нарушается вследствие травмы и вновь затухает, как только регенерируется нерв. Этот случай должен быть присоединен к тем, теперь уже многочисленным наблюдениям, которые проливают свет на истинную этнологию озоны. Участие нервной системы в возникновении озонозного процесса несомненно.

---

Из глазного отд. Рылской народной б-цы.

## К вопросу о лечении так называемых скрофулезных заболеваний глаз.

Н. Н. Бекетовский.

Амбулаторная повседневная практика каждого врача—окулиста и не окулиста, особенно на участке, где он имеет перед собой достаточный для наблюдения контингент скрофулезных заболеваний глаз, соединенных обычно со своеобразным *Habitus*'ом больных: заболеванием ушей и местами кожных покровов, с увеличением шейных, подчелюстных и др. желез и весьма часто с явлениями легочного характера при субфебрильной  $t^{\circ}$ ,—все это издавна заставляло и заставляет и ныне приходиться к выводу, что скрофулез глаза есть одно из проявлений общего заболевания организма и что он имеет известную связь с туберкулезом.

Однако, не смотря на такую определенность данных из практики, все же до сих пор нет достаточно четкого и твердого взгляда на характер скрофулезных процессов в глазу. Данные практики, особенно в отношении тождественности скрофулеза с туберкулезом, подверглись и подвергаются довольно суровой критике.

В свое время Nogner и Michel весьма решительно утверждали, что скрофулез глаза есть один из видов экземы. Распространенность этого взгляда сказывается и сейчас еще в употреблении названия *экзематозный кератит* вместо *скрофулезный*. Детские врачи, во главе с Czerny, настойчиво проводили взгляд на скрофулезные заболевания глаз, как на симптом чистого экссудативного диатеза. И поныне, как замечает Bergmeister, некоторые из них (Mogo, Kleinmichel, Wiese) утверждают, что фликтены являются у абсолютно и наверняка туберкулино-отрицательных индивидуумов. Кроме того, имеются ут-

верждения, что эти глазные заболевания являются результатом хронических интоксикаций из придаточных полостей или из пищеварительных органов при их патологическом состоянии (Lafon, Colombo и др.) По заявлению Sie-Boen-Lian, им в Голландской Индии констатированы случаи фликтен у трахоматиков и у больных конъюнктивитом. Kuboki, из своих наблюдений в Японии над скрофулезными заболеваниями у детей и у взрослых, пришел к выводу, что причиной появления фликтен, наряду с туберкулезом, должны быть и такие моменты, как авитаминоз.

Здесь необходимо заметить, что, так как фликтенулезное заболевание среди скрофулезных поражений глаз занимает доминирующее место, то при рассматривании и обсуждении вопроса о скрофулезных глазных заболеваниях прежде всего и более всего приходится останавливаться на фликтенах.

Все приведенные данные могут лишь говорить за то, что вопрос об этиологии так называемых скрофулезных заболеваний глаза не получил еще своего окончательного разрешения.

Однако, уже в настоящее время можно определенно констатировать, что большинство исследователей, благодаря своим наблюдениям и на основе экспериментальных данных, все более склоняются к туберкулезной этиологии так называемых скрофулезных заболеваний глаз.

Проведенные подробные исследования скрофулезных больных Bosenchansh'om, Cohen'om, Wecker's'om, Bednarski'om, Rüter'om и др. прямо указывают на наличие туберкулезной инфекции. Почти как правило у большинства больных р. Pirquet и рентген были ясно положительны (на тbc). Во многих случаях авторы находили и клинически начальный туберкулез. Robert, Schiesk, Guillerу и др. даже получили экспериментально фликтены при помощи туберкулина.

Все это лишь раз подтверждает, что скрофулез вообще, а скрофулез глаз в частности, есть известное проявление туберкулезной инфекции, одна из фаз ее, характеризующаяся резкой чувствительностью особенно наружных покровов (кожа). А так как наружные покровы век и глазного яблока, являясь продолжением наружных покровов тела (кожа), отличаются в сравнении с ними нежностью строения ткани, то аллергическая реакция организма на действие различных экзогенных и эндогенных факторов легко и проявляется на глазу в виде фликтен, conjunctiv'а, rannus'а, язв роговицы,—всего того, что столь обычно для амбулаторной практики. Поэтому и задачей терапии здесь может быть лишь укрепление тем или другим способом поверхностных покровов, освобождение их от их патологического свойства легкой раздражимости на различные раздражители. В этом направлении вполне естественно шла и идет терапия скрофулезных заболеваний. Конечно, радикальна будет та лишь терапия, которая направлена на основную причину. Многочисленные, хотя еще и не окончательные экспериментальные данные и данные наблюдения и практики жизни, делают в этом случае вывод в пользу применения туберкулина, как известного лечебного средства против туберкулеза, а следовательно и скрофулеза.

И вот с этой точки зрения введение туберкулина в организм по Roppdorffу, говоря за себя, как за одно из лучших средств при скрофулезе глаза, подтверждает одновременно и положение, что скрофулез имеет самое близкое отношение к туберкулезу. По простоте техники и эффекту действия этот способ заслуживает самого большого одобрения и распространения, чем это имеется в действительности.

Во всяком случае те заболевания глаз, которые в амбулаторной практике диагностируются обычно, как скрофулезные, имеют в способе Ropp-

dorfa могучего противника, и ничего нет удивительного в том, что способ Ronndorfa, появившись в 1914 г., ныне за границей широко применяется, чего нельзя сказать о наших амбулаториях, где он еще не завоевал себе должного места.

Я имел возможность применить способ Ronndorfa в 50 случаях. Все это в большинстве своем случаи тяжелых поражений глаза в виде обильно расположенных цепочкой лимбальных крупных фликтен, имеющегося паннуса с изъязвлениями и помутнениями роговиц, сильной светобоязни, доходящей до блефароспазма и наличия резко выраженного скрофулезного Habitus'a. Наряду с такими заболеваниями были и более легкие в виде единичных фликтен и даже гиперемированных узлов на конъюнктиве у лимба, еще не перешедших во фликтенулезные образования, и наличия незначительной светобоязни. Но таких случаев было небольшое число (10 из 50).

Я умышленно применил способ Ronndorfa в самых тяжелых случаях, чтобы иметь возможность убедиться в благотельных свойствах этого способа, а также и потому, что имел у себя ограниченный, с частыми перерывами, запас туберкулина. Способ Ronndorfa мною применялся с 1927 г. по 1929 г. Техника способа, как я указал выше, весьма проста и, как известно, состоит из нанесения на кожу какой-либо части тела, обычно плеча, ряда неглубоких, поверхностных насечек и втирания в этот поврежденный участок кожи туберкулина. Очевидно таким введением туберкулина вырабатывается местная кожная анергия и достигается так называемый тканевой (кожа) иммунитет, а следовательно и иммунитет наружных покровов глазного яблока, так как верхний слой клеток роговицы гомологичен эпителию кожи. Правда, этот местный иммунитет видимо не прочен, так как главный источник заболевания, коренящийся обычно в железах hilus'a и других лимфатических железах организма, очевидно только ослабляется, но не уничтожается полностью. Поэтому-то приобретенный кожный иммунитет иногда и нарушается. Вновь появляется или перикорнеальная гиперемия, или фликтены. На 50 случаев я отметил 8 случаев рецидивов. Рецидивы появлялись после первого скрофулезного приступа и применения туберкулиновых насечек спустя 3—12 месяцев. В рецидивах мне не пришлось наблюдать более сильного проявления болезни, чем до них. И рецидивы поддавались действию туберкулина даже легче и скорее.

Применяя туберкулин, я руководился в отношении числа надрезов („насечек“) кожи плеча возрастом (возраст больных колебался от 3 до 26—27 лет), применяя у больных до 10—12 лет в первый раз 10 насечек, а затем, при повторении, увеличивая это число до 15 и до 20. У лиц старше 12 лет эти числа были больше—15, 20 и 25. К такому разделению мне пришлось прибегнуть вследствие констатирования частого реагирования больных на насечки высокой  $t^0$ , доходившей до 38,5°—39° и, порой, поднимавшейся даже и выше. Правда, я не у всех больных имел возможность точно определять  $t^0$ , так как контингент больных был преимущественно крестьянский (отсутствие термометра или неумение обращаться с ним). Но, как правило, родители или же сами больные всегда при повторной явке, а ее они делали аккуратно, видя хорошие результаты туберкулиновых прививок, указывали на бывший сильный „жар“.

Более пяти раз повторять насечки мне не приходилось, так как пятикратного применения их обычно было достаточно, чтобы ликвидировать процесс. Насечки, протяжением сколо  $2\frac{1}{2}$  см., обыкновенно наносились на кожу плеча после предварительной обработки ее спиртом. Применялся *alt-tuberculin in amprul*. При первых насечках втиралось в течение 2—3 минут стеклянкой (употр. для глаз. мазей) лопаточкой две капли из ампулы, а при вторых и последующих по 3 капли. После этого давалось прививочному полю несколько подсохнуть и накладывалась повязка.

При высокой  $t^0$  в течение 2—3 дней место „прививки“ гиперемировалось, отекало, появлялись папулы, пустулы. Реакция на месте насечек была иногда настолько сильна, что все поле надрезов после наденя  $t^0$  представляло сплошную раневую поверхность, которая впрочем успешно поддавалась заживлению через применение мази (смесь *ichthyol.*, *zinc.* и *ас. salicil.*). Спустя некоторое время можно было уже наблюдать только шелушащуюся поверхность. Со стороны же глаз только в первый день я наблюдал некоторое усиление процесса. А затем начиналось заметное утихание его.

Последующие прививки делались только после исчезновения последствий реакции на месте насечек и при наличии не окончившегося скрофулезного процесса в глазу. Для последующих прививок использовывалась обычно и другая рука. Из медикаментов ничего не применялось, за исключением случаев обширных изъязвлений роговицы, когда в конъюнктивальный мешок вводилась *ung. xeroformii 5%*, и при сильном выделении гноя, когда инстиллировался *sol. collargoli 10%*.

После прекращения болезненного процесса глаз, мною всегда было рекомендовано больным длительное употребление рыбьего жира. И если я имел перед собой более сознательного индивидуума, то указывал ему и соответствующий физический режим для общего укрепления организма, чтобы таким образом иметь как можно меньше шансов на рецидив заболевания. Возможно, что те 8 случаев рецидивов и явились последствием несоблюдения больными даваемых советов. А это следовало ожидать, имея в виду сан-неграмотность пациента.

Но, несмотря на эти 8 случаев, применение способа *Ponndorf'a* ясно дало самые лучшие результаты. Мало того, способ *Ponndorf'a*, действуя на поверхностные покровы, в известной степени действует очевидно в лучшую сторону и на весь организм, укрепляя и освежая его и этим, надо полагать, делаю его более стойким в сопротивлении туберкулезной инфекции. Общее самочувствие у больных повышалось, у них появлялся аппетит и одновременно наблюдалась явная тенденция к исчезновению *habitus scrophulos.*: уменьшение желез, уничтожение одутловатости лица и пр. Насколько отражалось применение туберкулина со стороны внутренних фокусов и были ли они, в условиях моей работы (отсутствие рентгена и пр.) я, к великому сожалению, лишен возможности сказать что-либо об этом.

Во всяком случае, если даже считать, что способ *Ponndorf'a* не вполне разрешает вопроса о лечении скрофулеза (наличие рецидивов), то все же его благотворное действие настолько ощутительно и очевидно, что он, я позволю подчеркнуть это еще раз, имеет полное право гражданства в наших амбулаториях, не говоря уже о стационарах, тем более что и рецидивы при нем не так часты и в своих болезненных проявле-

ниях они слабы. Со стороны же населения, которое, главным образом, воспринимает эффектную сторону в лечении и не входит в детали, способ Ronndorf'a очень скоро завоевывает симпатию и внушает к себе доверие. А это для лечения, как известно, не менее важно вообще всюду, а в сельской местности особенно. При том „золотушном нашествии“ на амбулаторные приемы, по крайней мере за последние годы, когда процент так называемых скрофулезных заболеваний глаз имеет тенденцию все повышаться, иметь в своих руках, хотя бы относительно прочное, оружие для борьбы безусловно необходимо. А таким орудием, мне кажется, и является способ Ronndorf'a.

*Литература.* 1) Ronndorf. Münch. med. Woch., 1914, 15.—2) Wolff-Eissner. Ранняя диагностика и иммунитет при туберкулезе.—3) Товбин и Равич-Щербо. Р. О. Ж. 1930, т. XI, № 1.—4) Bergmeister. Arch. Oфт., 1930, т. VII, ч. 6—7.—5) Дьячков. Р. О. Ж., 1928, т. 3, № 1.—6) Лотини Суконщикова. Р. О. Ж., 1929, № 6.—7) Вейс. Р. О. Ж., 1930, т. XII, № 2—3.—8) Гапеев. Р. О. Ж., 1927, т. VI, № 11.—9) Самойлов. Р. О. Ж., 1930, т. XII, № 2—3. 10) Натансон, Гохбани Шевченко. Ibidem. 11) Масленикова. Р. О. Ж., т. IX, 1929, № 6.—12) Андогский. Курс глазных болезней. 1928.—13) Казас. Основы терапии глазных болезней. 1925.

---

Из ак.-гин. клиники Каз. гос. и-та для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (директор проф. И. Ф. Козлов).

## О времени появления гормона передней доли гипофиза в эмбриональной жизни человека.

(Предварительное сообщение).

Ассистент клиники **Н. Е. Сидоров.**

Еще во времена Галена и Везалия на мозговой придаток смотрели как на орган, задачей которого является выделение каких-то продуктов, весьма темных по своему назначению. Только лишь со времени создания Brown-Sequard'ом учения о внутренней секреции стали накапливаться факты, определившие действительное место гипофиза в группе инкреторных желез и указавшие громадное физиологическое и патологическое значение его для человеческого организма. Одной из главных внутрисекреторных функций гипофиза считается бесспорно регуляция роста организма, и, как отдельное ее проявление, влияние на развитие полового аппарата, причем последнее обуславливается за счет действия гормона его передней доли.

Свое воздействие в опытах на инфантильном половом аппарате самок белых мышей гормон передней доли гипофиза (Г. П. Д. Г.) первично проявляет в возбуждении гормональной функции половых желез—яичников—и уже через обуславливаемую в силу этого продукцию яичниками оварального гормона, действует на матку и вагину неполовозрелых мышей. Это обстоятельство и дало повод Zondek'у утверждать, что Г. П. Д. Г., в противоположность оваральному гормону, является мотором