



17.7
K 14





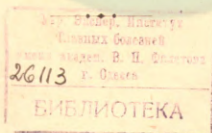
617.7
К 14

Д-р мед. И. И. Казас
Профессор Екатеринославского Медицинского Института



ОСНОВЫ ТЕРАПИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ДЛЯ СТУДЕНТОВ и ВРАЧЕЙ



ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА“
(основ. В. С. Эттингер)
ЛЕНИНГРАД
Проспект Володарского, 49
1925

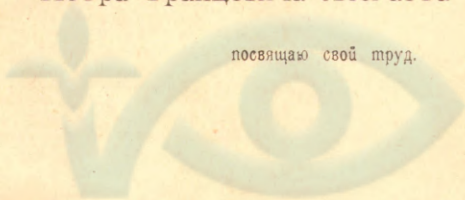
Незабвенной памяти

Дорогого Учителя

Профессора

Петра Францевича Лесгафта

посвящаю свой труд.





Предисловие.

В учебниках по офтальмологии терапевтическая часть изложена очень сжато и бессистемно. Все терапевтические указания огравиваются предложением того или иного медикамента. И студент в лучшем случае сможет ответить, что следует назначить при известном заболевании, но понять назначение, разобраться в нем, сказать, почему он предпочитает цинк, а не колларгол, он не может. При усвоении курса работала только его память.

Результат такой системы быстро сказывается: студент теряется при виде больного, не знает, как к нему подойти, что ему назначить? у него есть длинный список отдельных лекарственных веществ, но нет никакой руководящей идеи, он не привык думать, его терапевтическое мышление не развито.

Терапия же только тогда будет продуктивной, когда молодой врач сможет сознательно делать свои назначения, основываясь на совершенно определенных показаниях, вытекающих из сущности самой болезни, и диктуемых как патогенезом, так и этиологией. И у постели больного мы прежде всего обязаны выяснить и наметить показания к нашему вмешательству, и только имея перед собой определенные и строгие требования, мы можем подумать о их терапевтическом удовлетворении. А для этого следует научиться терапевтически мыслить.

Выработке этого терапевтического мышления я и намерен посвятить свое руководство.

Сообразно с выставленными принципами нам пришлось вкратце повторить картины болезни отдельных форм, напомнить этиологию и патогенез, но лишь постольку, поскольку это было необходимо для сознательного обоснования показаний. Поэтому читатель не найдет здесь громоздких теорий, методов исследования, оперативной техники,—это дело нормальных руководств. Мы взяли на себя более скромную роль: заполнить пробел по терапии и развить у молодого врача его терапевтическое мышление. Большая часть теорий вполне сознательно подверглась ostrаклизму по следующим соображениям.

Студент и молодой врач, лишённые личного опыта, не могут быть выпущены в жизнь без твердых взглядов и руководящих идей и, предлагая им свой опыт 24-летней работы, мы сразу определяем линию их поведения, а при этих условиях изложение предмета должно носить отпечаток субъективизма актора, и теории должны подвергнуться строгому отбору.

Пусть наши теоретические убеждения впоследствии будут отвергнуты молодым врачом, но зато на первых шагах его практической деятельности будет твердый фундамент. Если бы я объективно изложил содержание всех теорий, предоставив учащемуся самому разобраться в хаосе противоречий, я поступил бы нецелесообразно и непедагогично, зная, что первое время он не будет в силах справиться с противоречиями и не сможет сам выбрать правильную линию поведения. Субъективный же метод изложения, охватывая все основы одною общезначимой идеей, облегчает труд начинающему врачу, временно заменяет недостающий опыт и дает опору для спокойной работы.

Как уже было выше упомянуто, все, что не является непосредственной темой нашего изложения, отмечено очень кратко и только болезни зрительного нерва пришлось описать несколько подробнее. Я был вынужден сделать такое отступление, так как этот отдел всюду изложен плохо. В основу изложения положена классификация *E. B. Adamuka, Saenger* и *Wilbrand'a*, несколько измененная в отдельных своих деталях.

Данное руководство предназначено для студентов, начинающих офтальмологов, для врачей типа земского врача, который далеко не всегда может проконсультироваться с более опытным товарищем; и я буду вполне удовлетворен, если «основы терапии» принесут им пользу для выработки офтальмологического мышления.

Екатеринослав
13 мая 1924 г.

Автор.

Введение.

За последнее двадцатипятилетие терапевтический арсенал средств, применяемых при заболеваниях глаза, обогатился очень ценными приобретениями: появились новые фармакологические препараты и явились новые методы лечения.

Резкий прогресс отдельных соседних дисциплин, завоевания бактериологии, новейшие приобретения диагностики все это, конечно, отразилось и на нашей специальности, потребовав пересмотра устарелых взглядов и теорий. Особенно заметное влияние на офтальмологию оказали открытия *Wasserman'a*, *Ehrlich'a*, *Nonne*, *Apell'a* и плодотворное развитие учения о врожденном сифилисе. Не малое количество заболеваний, этиологически до того неясных, оказалось обязанным бледной спирохете, что открывало новые перспективы на возможность излечения тех болезней, которые считались неизлечимыми. Большое значение оказала на офтальмологию и ликвидация старых понятий о парасифилисе и превращение парасифилитических заболеваний в страдания четвертичного (*quaternaire* E. Gaucher) периода.

Под давлением всех этих новых приобретений не только увеличилось число заболеваний органа зрения, зависящих от врожденного и благоприобретенного сифилиса, но, что чрезвычайно важно для врача практика, глаз оказался чутким и верным индикатором сифилитической инфекции и даже в значительно большей степени, чем какой-либо другой орган человеческого тела.

Изменения глазного дна при врожденном луэсе чрезмерно часты, да и не только при врожденном, но и при благоприобретенном на дальней периферии глазного дна очень и очень не редко обнаруживаются своеобразные изменения, которые направляют терапевтическую мысль в сторону скрытой инфекции. К сожалению, об этих важных диагностических признаках молодой врач не найдет упоминания в учебниках, как и о тех новейших методах терапии, которыми широко пользуется клиника.

Но еще недостаточно указать на частоту сифилитической этиологии при заболеваниях глаза, необходимо привить эту мысль молодому врачу и дать в его руки точные указания для распознавания. Я скажу даже более

того: подходя к каждому больному, прежде всего следует подумать о том, не лежит ли в основе болезни сифилитическая инфекция? А для этого необходимо уметь исследовать и обращать внимание на то, что так часто характеризует сифилитиков.

С этим вопросом нам придется сталкиваться очень часто, но чтобы постоянно не повторяться в дальнейшем изложении, я решил ему посвятить часть введения. В остальной же части его нам придется несколько остановиться на изложении некоторых приобретений терапии.



А. Протеиновая терапия.

О протеиновой терапии за последние годы писалось так много и так охотно, что накопилась огромная литература. Приводить ее, конечно, нет никакого смысла. Вначале могло показаться, что открыта панацея от всех болезней, и действительно не было заболевания, при котором тот или иной автор не получал бы блестящих результатов. С течением времени весь этот пыл увлечения протеиновой терапией прошел, и в данный момент уже можно подвести итоги, указать границы для применения нового метода и установить точные показания, в достаточной степени ограниченные и не широкие.

Корни прот. терапии были заложены очень давно, и только за последние 8 лет она стала так популярна среди врачей. История ее непосредственно связывается с появлением антидифтерийной сыворотки и имеет тридцатилетнюю давность.

Уже вскоре после открытия антидифтерийной сыворотки начались попытки ее применения и при других болезнях, ничего общего не имевших с дифтерией. Так, *Talamon* с 1901 г. стал пробовать ее при пневмониях, *Mongour*, *Laboug* при роже лица с очень хорошими результатами, *Carrier*, *Labl*, *Weil* при гемофилии, *Giorelli* и *Brinda* успешно пользовались ею при *гнойной инфекции*. *Wolgg* доказал, что ан. с. убивает менингококка при пробирке, а *Waisfelder* использовал это наблюдение во время эпидемии перероспинального менингита, и получил понижение смертности до 23% вместо 66%, бывших в контрольных случаях. *Paton* с 1898 г. и до 1906 г. провел ее применение на 276 разнообразных терапевтических больных с поразительным успехом. Этот же автор проделал и опыты на собаках, которых он заражал, вводя им различные бактерии. Получившие сыворотку—сильнее противостояли инфекции и переживали контрольных. *Joulin* (1899—1906) и *Deroult* описали 38 случаев серозно-фибринозного плеврита, где стойкий выпот всасывался на 3—4 день после вырекивания ан. с-ки и т. д., и т. д.

Что же касается глаза непосредственно, то случайные наблюдения *Escu-co* (Berl. Kl. Woch. 1896 г.), *Schmidt-Rimpler'a*, а также *Copper* (1894 г. Journ. de med. chirg. et pharm. Bruxelles) и *Pes* (Arch. f. Aug. 1895, Bd. 32) указали на прекрасное ее действие при ложно-перепончатом конъюнктивите не дифтерийного происхождения.

Систематические же наблюдения были начаты парижским окулистом *Darier* с 1903 г., и с этого времени романские страны дали огромное число в высшей степени благоприятных наблюдений. В Германии же и России параспецифическая (термин *Darier*) серотерапия не привилась, и русская литература по этому вопросу не выходит за пределы первого десятка работ.

Своим личным опытом, и довольно продолжительным, с 1907 г., могу подтвердить благотворное влияние ан. с-ки на течение заболеваний глаза. Почему и как представить себе ее полезное действие, об этом мы поговорим ниже.

Как бы отрицательно ни относились к этим терапевтическим попыткам некоторые ученые, но польза их была очевидна и требовала объяснения. К ним присоединились и другие аналогичные наблюдения. Так, вскоре после открытия *Wright'a*, многие инфекционные болезни стали излечиваться чужеродными вакцинами. Но особенно повысился интерес к этому вопросу с 1914 года, когда целая серия авторов: *Kraus, Reibmayer, Lüdke, Galambos* и др., стали успешно проводить гетеровакцинотерапию брюшного тифа, а кое-кто начал испытывать применение туберкулина при прогрессирующем параличе помешанных.

Эти факты так резко противоречили сложившимся воззрениям, что невольно притягивали к себе особое внимание. Их следовало объяснить. И *Kraus* высказал смелое предположение, что здесь играет роль не вводимый микрорганализм,—вводились же вакцины стафилококка, холеры, гонококка, брюшнотифическая и т. п.,— а белок вакцины; и такое допущение было блестяще подтверждено *Lüdke, Holler'ом* и др., которые лечили брюшнотифозных больных внутримышечными вырскиваниями Дейтеральбумозы. *Saxl* с блестящим успехом вырскивал молоко при брюшном тифе.

Таким образом научная мысль была зафиксирована на белковой молекуле, и в 1916 г. *R. Schmidt* решил урегулировать этот вопрос предложением вместо различных белковых тел молока, окрестив новый способ «Протеиновой терапией». Название было дано, новый метод был создан, и теперь оставалось только объяснить механизм его действия.

Объяснение было дано *Holler'ом*, который предполагал, что при парентеральном введении белков играют роль ферменты, но это объяснение не привилось, и врачебная мысль ухватилась за образное объяснение *Wolfgang'a Weichard't'a* за теорию «активирования протоплазмы». Такое Plasmaaktivierung сводится к усилению жизнедеятельности клеток и повышению устойчивости организма.

Это объяснение чисто описательного характера, указывающее, что происходит в организме после введения белка, не может нас удовлетворить. Нам интересно знать не что и как происходит в организме, а почему происходит. Под влиянием каких сил начинается этот процесс, который в конечном результате приводит к активированию протоплазмы? Активирование протоплазмы это только термин, который не объясняет сути дела, а констатирует терапевтический факт, каждому достаточно известный.

Если проследить функции организма после введения в него белковой частицы, и в частности молока, то можно заметить, что в нем начинаются очень интересные превращения. Повышается деятельность костного мозга и лимфатических желез, увеличивается лейкоцитоз, количество гемоглобина и красн. кровяных телец, — оспонинно, нарастает в крови тромбоген и фибриноген, а вместе с тем повышается свертываемость крови, усиливается ее каталитическая сила. В печени повышается превращение гликогена в сахар, растет сила мышечных групп вообще и сердечной мышцы в частности (*Пельельский*). Повышается устойчивость и сопротивляемость организма к инфекции и ядовитым веществам (*Starkenstein*). Во время же болезни нарастает количество специфических иммунтел. Липазы, амлазы и катализы в крови становятся больше (*Б. А. Вольтер—Каз. Мед. Ж.* 1922, № 3) и т. д.

Как подойти к пониманию этого процесса?

В этом смысле интересны исследования *Abderhalden'a*, который доказал, что парентерально введенный белок тотчас же распадается в организме, т. е. живой атом вещества, организованная молекула, гибнет и продукты ее разложения действуют активирующие на различные стороны живого организма.

И если приглядеться к тем пертурбациям в организме, которые лежат в основе активирования протоплазмы, то невольно приходит в голову мысль, что замечание *Holler'a* вполне справедливо. И действительно, сравнение этой универсальной работы, охватывающей всю интимную жизнь организма и проникающей во все его закоулки, с той незначительной дозой введенного белка, которой пользуется протеиновая терапия, заставляет нас искать объяснения в работе ферментов, вносимых вместе с белковой частицей в организм. И такое понимание механизма данного процесса уже может нас удовлетворить; так как мы отыскали и самого активатора.

Такое допущение, подтверждаемое приведенными работами *Aberhalden'a*, требует точных доказательств, для чего нам и придется предпринять небольшую экскурсию в область биологической химии, в главу о ферментах.

Учение о ферментах было заложено в 1815 г. и за одно столетие разрослось в стройное учение. Особенно плодотворны были идеи *Сальковского*, создавшего 35 лет тому назад новый метод изоляции ферментов введением нового понятия об убитой клетке. Мы различаем два термина: *убитая клетка* и *мертвая клетка*. В убитой клетке протоплазма мертва, но ферменты ее не пострадали и способны продолжать свою работу. В мертвой же клетке разрушены также и ферменты.

Развивая идеи *Сальковского Buchner* в 1897 г., кроме известного дрожжевого фермента инвертина, открыл еще зимазу, которая превращала полученную инвертином глюкозу в спирт и углекислоту. Для освобождения зимазы дрожжевая клетка убивалась ацетоном. Но можно было, разрушая дрожжевые клетки выжиманием из них сока под большим давлением, получить те же продукты брожения, что и после действия живых клеток. И становилось ясно, что брожение далеко не является исключительной принадлежностью самой клетки, а есть следствие работы ее ферментов; можно убить клетку, не лишая ее рабочего значения.

Конечно при убивании клетки происходит дезорганизация в работе ферментов, исчезает согласованность, и каждый фермент начинает жить своей индивидуальной жизнью. Часть их можно даже и разрушить, и оставшиеся будут продолжать свою работу.

Несколько позже были обнаружены еще и другие группы ферментов, находящиеся в клетках в латентном состоянии, в так называемой «про»-стадии. Когда появляется импульс к началу работы, тогда из сонного, недействительного состояния выступает *киназа* и активирует работу остальных ферментов, когда же в конце реакции является необходимость приостановить продукцию того или иного вещества, то выступает на сцену *антифермент*, бывший до того в латентном состоянии, и парализует деятельность ферментов—работа останавливается. Для однообразия номенклатуры я вместо термина антифермент ввожу название *акиназа*, где отрицательная частица *а*—указывает на противоположность действия, т. е. на торможение реакции. Таким образом *киназа* и *акиназа* являются регуляторами ферментативной работы клетки.

В качестве иллюстрации сказанного приведу несколько, не лишенных большого интереса, примеров из области терапии злокачественных опухолей.

В свое время были предприняты попытки лечить карциномы соком, выжатым из раковой опухоли. Правда, полного излечения не получалось, но *Leuden'у* и *Günnebein'у* все же удалось достигнуть кое-каких результатов. Эти попытки имеют огромное теоретическое значение: они повторяют опыты *Buchner'a* с отжатками дрожжами и совершенно определенно указывают на присутствие в клетках опухоли какого-то фермента со свойствами *акиназы*. Еще интереснее заявление *С. Б. Вермеля*, что продукты распада раковой

клетки после рентгенизации имеют „обезживающее действие“ на опухоль. Рентгеновские лучи убивают клетку, освобождают ферменты и актиная раковой клетки парализующе действует на раковую клетку. Сюда же примыкают и исследования Weidenfeld'a о том, что после рентгенизации опухоли или при сохранении ее на холодынке, а также в некротизированных участках количество ферментов увеличивается.

Таким образом идея Сальковского об «убитой клетке» оказалась очень плодотворной и выдвинула значение ферментов в биологических процессах. Теперь мы знаем, выражаясь словами Ostwald'a, что «в энзимах мы видим катализаторы, которые образуются в организме в течение жизни клеток, при помощи действия которых живое существо разрешает большую часть своих химических задач». И так как все клетки животного организма выполняют какую-либо химическую функцию, то легко понятно, что эта функция выполняется ферментами, а следовательно, и молоко, как белковая частица, должно обладать такими ферментами, полезными до известной степени для организма.

Вышеуказанные опыты *Aberhalten'a* подтверждают нашу мысль: при парентеральном введении молока в организме происходит убивание клетки,—распад белковой молекулы и освобождение ферментов, и клеточная кинза проявляет свое полезное действие, выражающееся в активировании протоплазмы. И при обсуждении вопроса в этой плоскости становится понятным значение протеиновой терапии.

Лактотерапия есть достояние сравнительно недавнего прошлого. До нее мы чисто эмпирическим путем познакомились с параспецифическим действием ан. с-ки, которое было очень высоко и вполне последовательно было бы свести и ее роль к тому же действию только продуктов распада белковой молекулы. И здесь должны действовать аналогичные силы, т. е. кинза крови. Но при более детальном рассмотрении вопрос оказался несколько более сложным, чем это можно было предположить первоначально.

Опыт с антид. сывороткой у меня очень большой и за 17 лет применения (с 1907 г.) пришлось видеть не мало положительно чудодейственных случаев. Но всегда оставался некоторый осадок на душе: постоянная угроза сывороточной болезни и невозможность длительного применения из-за страха перед анафилаксией. Поэтому появление лактотерапии, которая не вызывает ни анафилаксии, ни сывороточной болезни, я встретил с большим удовлетворением. В этом смысле у меня также накопился за 4 года порядочный опыт и определенное впечатление, к сожалению, не в пользу лактотерапии.

Парентеральное введение молока по терапевтическому результату сильно уступает параспецифическому действию антидиф. сыворотки. Так напр. ант. с-ка при гонорройном конъюнктивите действует чарующе, магически, быстро превращая триппер глаза в невнятный катар и, как говорится,—без осячки, вполне соответствуя резко специфическому действию. Введение же молока дает сомнительные результаты. Правда в некоторых случаях действие молока, хотя несколько и более слабое, чем ан. с-ки, но все же очень хорошее, но зато в других реакция столь слаба, что очень мало помогает излечению. Поэтому применение лактотерапии при этом грозном процессе в достаточной степени рискованно: нельзя заранее учесть, как будет реагировать больной на введение молока.

В виду различия в мощности этих двух белковых жидкостей, невольно является мысль, что же еще заключается в ан. с-ке кроме соответствующей кинзы крови, и что обуславливает ее преимущество перед молоком. Можно было бы предположить, что разница обуславливается самим характером белковых тел. Однако, такое допущение не выдерживает возражений, так как

простая лошадиная сыворотка действует аналогично молоку, следовательно, здесь необходимо поискать чего-то другого, чего-то особенного.

И это особенное нечто нам может дать только лефлеровская палочка. Обратимся к изготовлению ан. с-ки.

Для получения ан. с-ки в организм лошади вводится культура диф. палочки, предварительно обработанная высокой температурой (70°), чтобы не вводить лошади живых бактерий. Этой температуры вполне достаточно для того, чтобы убить клетки бактерий, а следовательно, и освободить ферменты. Иначе говоря, при иммунизации лошади мы собственно вводим только одни живые ферменты, которые за период подготовки животного скопляются в организме и концентрируются в той сыворотке, которую мы выписываем больному. Ведь диф. палочка есть прежде всего белковая материя, а следовательно и в ней должна быть своя киназа-активатор, и акиназа; но действие бактериальной акиназы по своему действию аналогично действию клеточной киназы больного. Поэтому в ан. с-ке к обычному действию белковой киназы присоединяется еще и влияние бактериальной акиназы, и ан. с-ка должна резко влиять на больший организм, чем молоко, так как в ней заключается два аналогично действующих фактора.

На основании описанного понимания механизма параспецифической и протеиновой терапии, уже нетрудно указать и наметить показания для их применения.

Очевидно применение этих агентов будет иметь место при таких инфекционных процессах в глазу, когда серьезность и тяжесть заболевания вызовет необходимость активировать жизнедеятельность для усиления сопротивляемости всех тканей в организме, а в том числе и органа зрения.

Наметим теперь и разберем те грозные процессы в глазу, которые могли бы требовать этой терапии:

- 1) Гонорройный конъюнктивит.
- 2) Гнойные язвы роговицы. keratitis puroroum.
- 3) Послеоперационные и травматические инфекции.
- 4) Тяжелые прития и придопкиты.
- 5) Острые воспаления зрит. нерва и сетчатки.
- 6) Все заболевания, сопровождающиеся резкими болями.
- 7) Осложненная роговичн. процессами трахома.
- 8) Тяжелые скрофулезные заболевания детей.
- 9) Последствия инфекционных заболеваний организма.

1) Относительно тришпера глаза уже было сказано выше. Действие ан. с-ки при нем настолько вынукло, что я считаю себя в праве высказать такое положение: ни один глаз, своевременно попавший в руки врача, не должен и не может погибнуть. Продолжительность болезни с 2—3 и более месяцев падает и уменьшается до 2—3 недель, т. е. в 4 раза. Протеиновая же терапия мало надежна.

2) При keratitis puroroum лактотерапия мало надежна, ан. с-ка действует значительно лучше. Так как среди этих случаев попадаете немало тяжелых и упорных, медленно только поддающихся лечению, то приходится, начав с параспецифической, переходить затем на протеин. терапию (см. технику).

3) При начинающемся нагноении после экстракции катаракты применение ан. с-ки не имеет конкурента, раннее выписывание спасает глаз. В подобных случаях выписываний молока я не пробовал из-за боязни потерять глаз.

- 4) См. пункт 2-й.
- 5) Никакого эффекта от обоих методов.
- 6) Болеутоляющее действие ан. с-ки вне конкуренции, оно превосходит силу морфия. Больные с резкими болями, не спавшие подчас в течение 8—10 ночей, обычно прекрасно засыпают в первую же ночь, если вырыскивание ан. с-ки было произведено утром (часов за 12 до сна).
- 7) Никакого эффекта от лактотерапии, ан. с-ки не пробовал, но полагаю, что для нее нет показаний, в виду длительности течения болезни и хронического ее характера.
- 8) Скрофулезные поражения глаз у детей — это область протениновой терапии. В большинстве случаев здесь получаются вполне очевидные и хорошие результаты.

9) И, наконец, придо-хороидиты и придо-циклиты после возвратного тифа. Высказаться определенно об этих случаях я несколько затрудняюсь: польза от лактотерапии здесь очень призрачна и непостоянна. Принимая же во внимание и вообще очень капризное течение болезни, когда одни случаи очень упорствуют, а другие очень легко поддаются всякому лечению, учесть влияние протениновой терапии очень трудно. Я лично, по крайней мере, большой пользы от нее не заметил.

На основании вышеуказанного можно указать следующие показания:

I) Для ан. с-ки—Инфекционные процессы глаза, угрожающие глубокими и тяжелыми последствиями. Когда они протекают хронически после параспецифической терапии очень строго держаться указанных правил. Только педантичность в их проведении гарантирует успех.

II) Протенинов. терапия—Скрофулезные заболевания глаза.

Таким образом блестящие надежды, которые возлагались с самого начала на протениновую терапию, не оправдались и показания к ее применению теперь сильно сузились.

Так как несоблюдение технических приемов ведет к отрицательным последствиям, то я рекомендую как при протениновой, так и при параспецифической терапии очень строго держаться указанных правил. Только педантичность в их проведении гарантирует успех.

Техника вырыскиваний антидифтерийной сыворотки и молока.

1) Ан. с-ку следует вырыскивать как можно раньше, пока не развилось тяжелых повреждений, нет основания ожидать чудес: ведь и самая специфическая с-ка не в состоянии восстановить анатомические изменения в тканях; а кроме того выгоднее вырыскивать еще в то время, когда инфекция еще не пустила глубоких корней.

2) Не следует ограничиваться однократной инъекцией и обязательно повторять их четыре дня подряд, а в более тяжелых случаях делать 5 вырыскиваний. Промежутки между вырыскиваниями более 24 часов резко понижают шансы на успех.

3) Малые дозы дискредитируют метод и все неудачи, описанные в немецкой литературе объясняются исключительно недостаточной дозировкой. Лучшее вовсе не вырыскивать, чем вводить мало: появление сывороточной болезни не зависит от количества введенной с-ки, и при малом—сыв. бол. может быть резко выражена и при большом—отсутствовать.

Подогревание сыворотки до 37° уменьшает шансы на сыв. бол. Минимальная доза для одного впрыскивания взрослому 5.000 антитокс. единиц, средняя доза—6,0—7,0 тысяч, антитокс. ед., которая в случае надобности может быть повышена до 8,0—10.000. Более 5 впрыскиваний делать не следует из-за опасности появления анафилактики.

4) При впрыскиваниях сыворотки необходимо выполнять и все остальные показания, диктуемые обстоятельствами, вплоть до выжигания гальванокаутером инфицированной раны при послеоперационных осложнениях (экстрак. катаракты).

5) Рекомендую производить подкожные впрыскивания; внутримышечные очень болезненны, дают тяжелые инфильтраты и даже обширные абсцессы, чего не бывает при введении под кожу подмышечной области или эпигастрия.

1) При впрыскиваниях молока также более удобен подкожный путь и по тем же соображениям.

2) Между отдельными впрыскиваниями молока делаются промежутки в 1—2 дня. Число впрыскиваний неограничено (1—20 и более). Явления анафилактики отсутствуют, однако, растягивать промежутки между впрыскиваниями дольше 2 дней рискованно: в литературе имеются заявления о наступающих тогда явлениях анафилактики, сам я их не видел.

3) В смысле дозировки при лактотерапии необходимо держаться противоположного принципа, чем при ан. с-ке.

Большие порции молока опасны, так как туберкулезные бактерии очень резко реагируют на его введение, и даже так же как и на туберкулин: появляется очаговая реакция. И может получиться не только обострение и ухудшение заболевания глаза, но и вспышка где-либо скрытого туберкулезного старого фокуса. (Очаговой реакции при введении ан. с-ки не бывает).

Указанное обстоятельство требует нашего сугубого внимания особенно еще и потому, что основное показание для лактотерапии в сфере органа зрения почти исключительно ограничивается золотушными заболеваниями, вызванными жизнедеятельностью туберкулезной палочки. Следует начинать лечение с впрыскивания не более 0,5 куб. см. молока и, постепенно повышая дозировку, можно дойти до 5,0—10,0 на одно впрыскивание.

Если же и 0,5 вызывает резкую температурную реакцию, то доза молока уменьшается. Если же при повторном введении той же дозы (0,5 или более вышей впоследствии) температурная кривая не дает большого подъема, или поднимается только на 5—6 десятых градуса, то при следующем впрыскивании мы эту дозу осторожно увеличиваем (0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 5,0; 8,0; 10,0). В противном случае впрыскиваем столько же и даже меньше, пока реакция не будет прерываться полуградуса.

Техника приготовления молока для впрыскивания очень проста: кипячение на водяной бане или даже прямо на огне в течение 10 минут.

4) Чисто практически, как я уже упоминал, мы допускаем комбинацию ан. с-ки и молока. При инфекционных процессах, несколько плохо поддающихся воздействию ан. с-ки, мы начинаем с последней и, использовав все 5 впрыскиваний, переходим на лактотерапию, которая и поддерживает полученный результат; и всегда начинаем с малых доз молока.

В. Основные признаки врожденного сифилиса и их распознавание.

Среди этиологических моментов, обуславливающих патолого-анатомические изменения органа зрения, сифилису принадлежит очень видная роль, и каждый офтальмолог должен быть хорошо знаком с диагностикой этой социальной болезни.

Процент сифилитиков среди клинических больных столь велик, что во время обходов нередко приходится слышать заявления студентов и молодых врачей о том, что глазная клиника по составу своих больных очень мало чем отличается от венерологической: всюду назначения йода, ртути и сальварсана и в той или иной форме проявления лугаса.

К сожалению, не всегда очень прост и легок подход к данной этиологии. И бесспорно следует согласиться с *Sergent*, что «*la syphilis est une maladie qu'il faut savoir chercher*». И это вполне справедливо: сифилис необходимо уметь искать, надо научиться подходить к больному, так как лугас болезнь особенная и своеобразная.

При расспросе пациента или его родителей молодой врач не имеет права полагаться на слова заинтересованной стороны, так как на вопрос о сифилисе он в 95% получит отрицательный ответ даже от лиц, протыкающих в данный момент курс специфического лечения. Поэтому сифилис следует уметь отыскивать молча и дипломатично. И если заставить отвечать больного, то так, чтобы он и не подозревал, какие важные сведения он вам дает.

Отрицание факта бывшего заражения в основе своей имеет три главных причины:

1) В обществе сифилис считается чем-то позорным, это болезнь секретная, которую можно лечить только под прикрытием врака.

2) Медицинское мировоззрение больного не допускает мысли о том, чтобы какой-то пустяковый шанкр, да еще бывший так давно, мог вызвать на столь отдаленном от места первичной инфекции органе, как глаз, какое-то заболевание. И он со спокойной совестью отрицает факт, не желая удвлетворять неуместное, с его точки зрения, и праздное любопытство врача.

3) И, наконец, существует третья категория лиц, которые искренне отрицают бывшее заражение потому, что действительно не имеют о нем никакого представления. В этой категории очень много женщин, у которых твердая язва могла быть где-либо на шейке матки, и больная о ней ничего не знает. Встречаются и мужчины, у которых в анамнезе можно бывает отыскать *неправильно диагностированный, мягкий шанкр, который был на самом деле твердым*. В этом смысле есть очень интересные данные. Статистика венерологических диспансеров с определенностью устанавливает вымирание за последние годы мягкого шанкра: число заболеваний резко упало. Ультрамикроскопические исследования показывают, что несмотря на клиническую картину, вполне соответствующую венерической язве, в отгосе с нее подавляюще часто удается обнаружить живых спирохэт. Конечно, после такой находки указанное заболевание трактуется как твердый шанкр. В недалеком прошлом все они сходили за мягкий шанкр, а лет через 10—20 появлялась сухотка спинного мозга и атрофия зрит. нервов.

И каждый раз, когда из анамнеза выясняется, что в прошлом больному имелся *мягкий шанкр, следует считать такое признание за повод к самым тщательным поискам следов сифилитической инфекции.*

Таким образом, не полагаясь на показания больных, молодой врач должен уметь обращать внимание на скрытые признаки. Наибольшее затруднение встретит с его стороны установка диагноза врожденного лусса, и о нем нам придется поговорить и наметить некоторые основные моменты.

Следует установить из семейного анамнеза больного: не было ли большой смертности среди его братьев и сестер, так как большая смертность в раннем детстве уже создает известное впечатление о возможности сифилиса у родителей. Прежде всего важно отметить: не было ли самопроизвольных аборт у матери. При этом необходимо осведомиться о точной причине выкидыша: не был ли он вызван искусственно по желанию матери, так как, конечно, при таких условиях его принимать в расчет нельзя. Не следует смущаться при указаниях на падения или травму, ибо «если matka, в которой развивается плодное яйцо, совершенно здорова, то даже и сильная травма не в силах бывает, зачастую, вызвать выкидыш» (В. С. Груднев).

Затем выясняют, не было ли мертворождений, не было ли смертности детей в раннем возрасте—до 1 года, особенно от заболеваний, сопровождающихся судорогами (младенческая болезнь, как зовут ее крестьяне), что очень часто характеризует смерть врожденного лустика. Не было ли, далее, смертей от менингита, так как причиной этой болезни чрезвычайно часто является сифилис, а не туберкулез, как это принято думать еще и теперь.

Нет ли среди братьев и сестер больного страдающих эпилепсией с детского возраста или вообще какими-либо конвульсиями? Не страдал ли сам больной или кто из его братьев и сестер в детстве «ревматическими болями», не болели ли у них «кости от роста»? В этом вопросе для нас имеет значение боли в костях, обостряющиеся или начинающиеся в ночное или вечернее время. Точно так же подобные боли типичны и для гуммозного периода у взрослых.

Конечно, сама по себе наличие абортов у матери не может считаться патогномоническим признаком врожденного сифилиса для сына, причина их может лежать и в чем-либо ином. Такой факт может играть только роль подсказки, которое заставляет врача обратить серьезное внимание по пути поисков сифилиса, это только отдельный штрих, отдельный стигмат. Совокупность же нескольких стигматов уже может дать уверенность в диагнозе. *Charcoal* очень картинно выразил значение таких стигматов, сравнив их с буквами. Одна буква не имеет или почти не имеет значения, но из нескольких букв составляется уже слово, а из отдельных слов фраза. И при изложении признаков врожденного сифилиса мы должны дать делую серию этих букв, а делом молодого врача уже будет стремиться скомбинировать из них слова и даже фразы.

Уже внешний вид врожденного лустика сразу привлекает наше внимание. Они выглядят гораздо моложе своих лет: в возрасте 16—18 лет он кажется 10—11-летним ребенком. Могут иметь землистый цвет кожи лица с сероватым безжизненным оттенком. Подкожный жировой слой развит слабо, и он производит впечатление худосочного субъекта. В противоположность этому типу нередко можно встретить чрезмерно ожирелых детей, совершенно запыленных жиром. Чрезмерное ожирение детей встречается в сифилитических семьях—черта, впервые подмеченная двумя русскими учеными и притом независимо друг от друга: профессорами В. М. Тарновским и Н. А. Вельяминовым.

Затем, иногда удается констатировать известную непропорциональность сложения: частичный гигантизм в виде чрезмерно длинных ног (голеи) или рук (пелчевые кости). Но особенно много деформационных стигматов дает череп.

И. Калес.—Основы терапии глазных болезней.

26113 Р. Зверев, Издатель
Казань, Белевская 2
Генерал-майор В. П. Стрелков
Р. Одессь

Отметим прежде всего три характерных формы лба: выпуклый en masse, свисающий вперед в виде балкона, так называемый „олимпийский“ или „пузатый“ лоб; лоб с ненормально выпуклыми боковыми буграми, и лоб с закругленным мысом — бугром по середине.

Кроме того, череп может быть асимметрично построен. При небольшом навыке не трудно определить его асимметрию, если, вглядываясь в лицо больного, разделить его мысленно проведенной вертикальной чертой на 2 части. При таком способе легко заметить, что правый и левый отрезки не равнозначны и лицо сдвинуто вправо или влево. Этот же метод применим и для затылка, и здесь может оказаться, что одна половина более выукла, другая более вдавлена или один теменной бугор расположен выше другого. Аналогично и спереди: одна надбровная дуга или скуловой бугор может быть расположен ниже, чем на другой стороне, одна ушная раковина прикреплена к черепу выше, чем другая, правая ближе впереди, чем левая и т. д.

Сам череп в его целом может быть сильно изменен. Напр., акроцефалический — с приподнятым кверху сводом, доликоцефалический и т. п. Это все стигматы — намеки. Но среди черепов можно указать одну разновидность, которая имеет патогномическое значение — *череп в виде ягодиц*: с обеих сторон затыочно-теменная область шарообразно вздута, а между буграми находится ров (вертикальный), как на ягодицах. Упомяну еще о гидроцефалии и о добавочном развитии кровеносных сосудов, которое иногда констатируется у детей с врожденным сифилисом. Эти добавочные сосуды резко заметны на висках, лбу, а также на волосистой части головы в виде толстых, синеватых, ветвящихся венозных стволов. Этим мы и закончим черепные аномалии, и перейдем к изменениям зубов.

Мы разберем отступления от нормы у постоянных зубов. И в виду полнейшего отсутствия каких-либо указаний в учебниках, на них придется остановиться несколько дольше. Эти мелочи имеют очень большое значение, встречаются они очень часто, и постоянно просматриваются, а между тем, они способны вывести молодого врача на правильный путь.

Не следует думать, что эти аномальные зубы были когда-то здоровыми и только позже изуродованы сифилитическим процессом. Нет — они именно плохо сформированы потому, что лусе поразили их во время процесса формирования. На зубах даже остается своеобразная хронологическая дата времени заражения плода: чем моложе возраст плода в момент заражения, тем ближе к свободному краю располагается уродство зуба. Особенно показательны аномалии первого большого моляра, который развивается только на 6 месяце утробной жизни. Так как в это время кроме сифилиса нельзя указать другой болезни, которая могла бы поразить плод, то патогномичность этой аномалии становится совершенно ясна. Это уже не стигмат.

Прежде всего мы укажем на запаздывание времени первого прорезывания, оно может наступать около 12—15 мес., а то и еще позже. Конечно, не один только лусе может быть причиной позднего прорезывания зубов, а потому на этот признак и следует смотреть только как на стигмат, на указание о необходимости поискать других проявлений сифилиса.

Описание аномалий начнем с общеизвестных *Гетчинсоновых* зубов — это зубы с полулунными вырезками на двух верхних средних резцах, а не на каких угодно, как ошибочно считают молодые врачи. Не следует смешивать их с довольно распространенной на юге травматической особенностью, вызванной обычаем постоянно грызть подошвы. Эта выемка имеет форму не полулуния, а выскеланного открытого угла, как будто кто-то выпилил из зуба треугольник.

Положение Гетчинсоновых зубов также очень характерно: они распо-

жены косо-наклонно в сходящемся направлении к средней линии (нижн. кандами). Иногда полулунной вырезки не существует, и они могут напоминать собой отвертку и тогда называются *dent en tournevis*—зуб отвертки.

На зубах, кроме того, могут располагаться разнообразные эрозии. Эрозии—это места, где формирование эмали остановилось и не дошло до конца. Из эрозий на коронках отметим чашеобразные вдавления (*erosion en coupule*) круглой формы: как будто маленьким трепаном высверлена часть эмали. Они часто окрашены в черный или грязно-серый цвет. Они располагаются то изолированно по одной, то по несколько штук сразу, иногда занимая весь горизонтальный ряд зуба. Величина их также подвержена колебаниям.

Бороздчатые эрозии в виде горизонтальной, вдавленной полосы. Если их располагается на коронке несколько, то зуб выглядит как бы гофрированным, с валикообразными выпуклостями между двумя перетяжками (*erosion en gradins*). Таких складок может быть несколько. Это два сравнительно частых типа. Значительно реже наблюдаются разлитые эрозии—*erosion en nappe*, когда на значительном протяжении располагается плоская с неправильными краями выбоина в эмали, иногда серо-черного цвета.

Кроме этих коронковых изменений не менее часты и верхушечные дистрофии (*dystrophies cuspidiennes*). Среди них патогномическое значение имеют изменения 1-го коренного зуба. Эта дистрофия очень характерна. Когда всматриваешься в такой зуб, то кажется будто к нижнему краю укороченного зуба (с жевательной стороны) приклеен миниатюрный клонский козлик, обращенный острием (вершиной) вниз (если это верхний зуб), или как будто из глубины зуба выдвигается другой, значительно уменьшенный в своих размерах, и торчит на нем, как небольшая насадка. На коронном зубе таких насадок может быть несколько, на клыках по одному небольшому влыку.

С течением времени эти насадки легко стираются и исчезают. Тогда остается только укороченный зуб, как бы сплюснутый, с желтоватым центром (дентин обнаженный), окруженным белым ободком эмали. Такой сплюснутый зуб имеет очень большое значение, особенно если это касается первого молара: он говорит вам о своей предыдущей истории развития.

Если *erosion en nappe* занимает самую верхушечную часть, широко охватывая всю ее поверхность, то получается очень тонкая верхушка в виде лопатки (*dent laminée*).

Но верхушечная дистрофия может принять еще более причудливую форму и напоминать собой гвоздику—*dent en clou de griffolle*: если вышеописанную насадку, клонскую шапочку, разделить бороздками на 2—3 части, то получится сходство с цветком гвоздики.

У одного и того же субъекта можно встретить или все указанные дистрофии вместе, что все же полагается очень редко, или только комбинацию из них.

К ним может присоединиться еще микроденитизм, когда отдельные зубы выглядят карликами в ряду своих соседей, и одновременно с этим можно наблюдать непропорционально большие средние верхние резцы. Наконец, встречаются и совершенно аморфичные зубы, потерявшие присущую им физиономию: зубы перекрученные, червеобразные, различным образом вытнутые, сплюснутые, какой-либо причудливой формы—какие-то монстры. Но они не только плохо развиваются, они могут и совершенно не развиваться или частично отсутствовать, когда в челюсти остается меньше половины зубов или не хватает, напр., латеральных резцов и т. п. Кроме того, они могут стоять неправильно, косо, боком и т. п.

Зубы врожденного сифилитика отличаются и своей малой сопротивляемостью, быстро стираются, приобретают спиленный старческий вид, и у молодого субъекта могут наблюдаться во рту только спиленные зубы. Они также рано подвергаются кариозному процессу.

Челюсть также подвержена изменениям. Самая частая ее аномалия — прогнатизм нижней челюсти, когда зубы ее располагаются при закрытом рте спереди верхних: нижняя челюсть вытянута вперед.

Из других стигматов упомяну о хорошо известном седлообразном носе. Из ушей уха фавна и сатира, и, так называемый, *буорок Дарвина*, который представляется в форме узлоподобного утолщения на внутреннем крае верхнего завитка уха.

И, наконец, в числе дистрофий еще одна, на которую необходимо обратить очень большое внимание, как на патогномонический признак.

Если подробно исследовать своих пациентов, то нередко на диафизах большеберцовых костей удается обнаружить выпуклые веретенообразные или цилиндрические утолщения, иногда с шероховатостями. На-ощупь эти места кажутся более плотными, как бы сделанными из слоновой кости. Это старые пероститы с глубокими оститами. Нередко при этом вся голень саблеобразно искривлена — сабельные ноги. Присутствие одного такого признака делает диагноз врожденного сифилиса несомненным. Этими сведениями я и намерен ограничиться.

Я вполне сознаю, что я далеко не исчерпал всех возможностей, не развернул перед читателем всей картины изменений при врожденном сифилисе. Я выбрал наиболее существенное, а главное все то, что наиболее часто встречается в повседневной практике, тот *minimum*, без которого невозможно обойтись образованному врачу.

Мне очень бы хотелось поговорить еще о диагностическом значении сифилитических заболеваний суставов, с которыми нередко приходится сталкиваться в нашей специальности, но это потребует много места. И я ограничусь указанием, ссылкой на классическую монографию проф. *И. А. Вельминова*. Эта книга прочтется с большим удовольствием и с огромной пользой.

Добавлю несколько слов о приобретенном луэе.

Всякий раз, когда на костяке лицевой части черепа встречается свежес появившийся перостит, будь он болезненный или безболезненный, следует упорно подумать о сифилисе, так как другая этиология очень редка.

Всякий раз, когда «ревматизм» проявляется ночными болями в костях, следует упорно искать луэе, так как эти боли очень типичны для него.

Всякий раз, когда на сырую погоду появляются где-либо (чаще в ноге) боли характера уколов, удара князем — стреляющие боли, следует поискать признаков сифилиса и табеса.

Всякий раз, когда появляется большая с третьей разновидностью «ревматизма», с деформирующим ревматизмом, уродующим суставы, также надо иметь в виду луэе, ибо сифилис в этиологии *arthritis deformans* занимает очень видное место.

С. Поражения глазного дна при врожденном сифилисе.

Поражения глазного дна при врожденном сифилисе чрезвычайно часты, так как орган зрения оказывается исключительно чувствительным к этой инфекции. По статистике *A. Fournier*, отчасти основанной на записях своего отца, стигматам глаза принадлежит первое место и процент их изменений достигает 48, т. е. почти каждый второй из врожденных сифилитиков имеет какой-либо из этих стигматов. В действительности процент этих уклонений еще больший, так как немало случаев ускользает от наблюдений.

Чтобы показать значение этих стигматов, я приведу одно наблюдение *A. Fournier*.

У мужчины 34 лет тремя видными представителями науки, тремя профессорами Парижа был констатирован запущенный рак малого таза, уже в неоперабельной стадии. Большой считался безнадежным, и смертельный исход ожидался в недалеком будущем. Для полноты исследования решили пригласить четвертого профессора *A. Fournier*, которому предложено было отыскать какие-либо намеки, которые могли бы дать повод ухватиться за дугу, хотя бы даже так, как утопающий хватается за соломинку.

При объективном исследовании *Fournier* не только ничего не нашел подозрительного, но даже и не мог к чему-либо придаться. Только семейный анамнез дал подозрительные цифры: из 15 братьев и сестер большого двенадцать умерли в раннем детстве. — Соломинка была найдена и за нее ухватились. Большой был направлен к окулисту с вопросом: не найдется ли чего-либо на дне глаза, указывающего на врожденный сифилис? Глазное дно оказалось нормальным. Но, дальше гласила записка *A. Antonelli*, у старшего брата пациента на дне глаза имелись стигматы врожденного дуга. Это именно те стигматы, о которых у нас ниже и будет речь.

Для *Fournier* такого указания было достаточно. Было назначено энергичное специфическое лечение (KJ, Hg), и через 10 дней опухоль заметно уменьшилась, а через 2 месяца «неоперабельный рак» исчез бесследно.

Очень характерно резюме самого больного: «*Ces sont les yeux de mon frère qui m'ont guéri*» и действительно стигматы на глазном дне у брата спасли больного от смерти.

Глазные признаки можно разделить на резко выраженные, слабо выраженные, или рудиментарные и функциональные изменения.

Резко выраженные изменения бывают двух родов: в виде атрофических хорорегинальных фокусов и в виде пигментных скоплений. Первые располагаются в периферических частях дна, в области экватора глаза, и требуют внимательных поисков. Это округлой или овальной формы атрофические пятна первоначально желтоватого цвета, а позже сухожильно-белого, величиной от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ соска зр. нерва.

Пигментные же скопления состоят из черных пятен, насыщенно-черного, как уголь, цвета, более или менее разбросанных по главному дну, самой разнообразной формы. Они или сплошь черного цвета, или же в центре имеют белое пятнышко. Эти образования могут комбинироваться вместе с более резко окрашенными участками дна или, наоборот, с обездвеченными, бледными фокусами, зависящими то от гиперпигментации хороидеи, то наоборот от денегментации ее, точно так же как это наблюдается при микомеланодермии кожи.

При этой аномалии можно отыскать все оттенки и переходы от разбросанной очаговой пигментации вплоть до типичного chorio-retinitis pigmentosa. И, наконец, наиболее резко выраженная форма, непосредственно примыкающая к этой же группе — пигментный ретинит, с его редкой разновидностью retinitis punctata abscens, на глазах наблюдающего врача переходящий в пигментный ретинит.

Рудиментарные стигматы.

1) *Cadre pigmentaire* — резко черный пигментный пояс, обрамляющий сосок зр. нерва, редко сплошной, а чаще в виде небольшой арки, примыкающей к соску с носовой его стороны (в прямом виде), — след утробного хорноретинита. Ему обыкновенно не придают значения, принимая его за хороидальное кольцо. Но следует помнить, что хороидальное кольцо окружает склеральное, но не сосок зр. нерва; и оно не черного, угольного цвета, а более светлое — каштановое. Пигментная же рамка прикрывает собой склеральное кольцо. Край его, обращенный к соску, ровный, а к сетчатке зазубренный.

2) *Лесный оттенок глазного дна*. — Сосок зрительного нерва, как ореолом, окружен серовато-синеватым поясом в $1\frac{1}{2}$ — 2 соска шириной. Цвет глазного дна в этом месте как бы выцвет и его подкрасил серой краской, интенсивность которой уменьшается в направлении от центра к периферии. Кроме сосковой области отдельные островки той же тушовки еще чаще встречаются в экваториальной части, на дальней периферии глазного дна в виде одного или нескольких очагов неправильно-треугольной формы, в виде небольшого вертикального овала или веретена тех же размеров. При экваториальном расположении периферические части их более пигментированы, иногда даже окружены рамкой из пигмента, просвечивающего сквозь слой сетчатки, более густо окрашенным оттенком. (При их отыскании больной должен смотреть резко вниз, очень редко вверх).

3) *Мелко-зернистая пигментация*. — Дно у экватора посыпано мелкими, черными, точечными крапинками. Количество их резко колеблется, то их очень мало, то, наоборот, очень много. Иногда они подходят ближе к сосковой области, и тогда все дно кажется посыпанным как бы нюхательным табаком. В других случаях с трудом удается отыскать 1 — 2 таких точки.

Одновременно с такими черными крапинками могут попадаться и яркие, чрезвычайно мелкие точки, как микроскопические крупинки соли, разбросанные по главному дну.

4) *Звездчатая пигментация*. — Место расположения и этого стигмата — периферия дна. Звездчатая пигментация, как и прочие стигматы, чаще констатируется на обоих глазах. В этих случаях мы находим только отдельные, незначительной величины, черные звездочки, напоминающие собой микроскопическую картину костных телец. Это рудиментарный пигментный ретинит, от которого можно наблюдать все переходы к обычной типичной его картине.

Эти четыре рудиментарные стигматы могут комбинироваться между собой, а также и с нижеописываемыми.

5) *Изменение сосудов*. — Артерии сужены, иногда еле заметны, вены же, наоборот, расширены и извилисты на подобие дождевых червей. Контуры артерий не всегда рельефно выделяются, местами прерываются, будучи прикрыты белыми полосками периваскулита.

6) *Субатрофический вид соска*. — Сосок зрительного нерва (иногда с неясными границами) бледный, грязновато-сероватый. Иногда сюда присоединяется частичная атрофия его, занимающая одна сектор.

7) *Гнездная депигментация хороидеи.* — Этот стигмат наблюдается чаще всех остальных, и потому имеет наибольшее значение. Очень нередко его можно констатировать самостоятельно; из комбинаций же наиболее часто встречается вместе с пигментной рамкой.

Гнездная депигментация имеет две разновидности и обычно располагается на дальней периферии дна. Первая разновидность обусловлена уменьшением пигмента в сосудистой оболочке, и на ее участках хороидея ярче просвечивает, резко выступают *vasa vorticosa* и на ограниченном участке появляется картина альбиносского дна, слегка прикрашенного желтоватым оттенком, или как ее характеризует *A. Antonelli*, участок принимает „цвет чайной розы“.

Этот цирротический хориоретинит в редких случаях располагается широко полем вокруг соска зр. нерва, но значительно чаще занимает обычное место стигматов — периферию дна. Форма фокусов разнообразна: иногда ее можно наблюдать на протяжении целого сектора вокруг соска, полем в 1—3 соска шириной; иногда на ограниченном участке в виде треугольной бляшки или в виде какой-либо другой неправильной фигуры. Иногда она выражается длинными вертикальными полосами, по несколько штук на каком-либо участке периферии. Эту полосчатость очень легко и часто просматривают.

При второй разновидности гнездной депигментации также наблюдаются отдельные бледные пятна в периферических частях, то круглой, то овальной формы с розовато-серым центром, окруженным узким ободком из более темно окрашенной ткани. В более позднем возрасте такие же фокусы могут быть обусловлены и благоприобретенным луэсом, и они даже более типичны именно для него, как след гнездного хороидита, прошедшего незаметно для больного, как его *forme fruste*.

Все вышеуказанные стигматы могут комбинироваться не только между собой, но также встречаться и совместно с нижеследующими функциональными страданиями:

1) *Врожденная амблиопия.* — Врожденная амблиопия зависит от бывшего в утробе матери воспаления зр. нерва, а потому нередко сопровождается субатрофическим видом соска, однако, может и не иметь офтальмоскопических изменений.

2) *Гемералопия.* — Этот род куриной слепоты начинается с детства, тянется годами, не проходит от рыбьего жира и вообще не уступает лечению. Эта гемералопия зависит от сосудистых и дегенеративных изменений ретиального пигмента. Нередко она же комбинируется и с пигментным ретинитом, как один из его симптомов. Куриная слепота очень важный и ценный стигмат и что особенно интересно, и что уже давно отметил *Hutchinson* — это частое появление этого симптома в семьях с большой детской смертностью (в млад. годы, аборт, мертворождения). Она очень часто комбинируется с другими стигматами вр. сифилиса: врожденные катаракты, косоглазие, мозговые расстройства, лишние пальцы на конечностях и т. п.

На гемералопию я должен обратить очень большое внимание молодого врача. Гемералопия это очень резкий намек на луэс, я не утверждаю пока, что это патогномонический признак, нет, но что очень сильное *nota bene* для лечащего.

Когда при гемералопии не бывает типичных для пигментного ретинита изменений глазного дна, принято говорить о «пигментном ретините без пигмента». Это именно и суть те случаи, когда гемералопия комбинируется с другими стигматами глазного дна, которые при этом не принимаются во внимание, так как не распознаются.

Таким образом, врачебный эмпиризм интуитивно охарактеризовал всю совокупность стигматов глазного дна при врожденном луэсе одним вышеприведенным парадоксальным термином.

3) *Нисталзм*. — Его могут создать все серьезные заболевания глазного дна, но он может быть и при совершенно здоровом дне.

4) *Сходящееся косоглазие*. — Сходящееся косоглазие, как это ни странно на первый взгляд, приходится включать в разряд стигматов врожд. сифилиса. Так, например, А. *Fourrier* мог констатировать его у своих вр. луэтиков в 38% всех случаев. Я лично не могу подтвердить такой его большой распространенности, но как стигмат, оно безусловно имеет некоторое значение, хотя и не столь большое. Играет ли в происхождении его роль некоторая дегенеративность нервных центров под влиянием все той же инфекции, судить не берусь, но иметь в виду возможность врожд. сифилиса следует каждый раз, когда имеем перед собой больного со сходящимся косоглазием, и в эту сторону направлять свои поиски.

5) *Близорукость*. — Муориа — нередко наблюдается у врожден. луэтиков. Она развивается на почве дистрофий глаза, податливости склеры к растяжению, под влиянием процессов глазного дна специфического характера. И хотя луэс не вызывает непосредственно близорукости, но посредством через дистрофические процессы становится вполне реальной причиной. — При миопии, между прочим, очень нередко можно наблюдать *cadre pigmentaire*. Особенно должна внушать подозрение односторонняя близорукость.

И действительно нередко приходится констатировать очень высокие степени близорукости у лиц неграмотных, у которых главный ее этиологический момент — работа на близком расстоянии — отсутствует. *Lapersonne* уже давно обратил внимание (1905 г.) на эту связь миопии с луэсом.

Боясь, однако, быть неправильно понятым, я еще яснее формулирую свою мысль. Я не говорю, что миопия есть одно из проявлений сифилиса, нет, такое утверждение будет неправильно, но при высоких степенях у детей, при всякого рода осложнениях, как кровоизлияния, отслойка сетчатки, макулыгты и т. п., я всегда думаю о луэсе и всегда настойчиво ищу его.

Заканчивая описание рудиментарных признаков врожденного луэса на глазном дне, я хотел бы обратить внимание читателя еще на одну крайне характерную черту этих стигматов, сближающих их с другими проявлениями при вр. луэсе.

Такие изменения, как аспидный оттенок, придающий дну очень пестрый вид, иногда напоминающий рисунок тигровой шкуры, свойственный и старческому перерождению сосудистой оболочки. Денигментация чайной розы имеет также свою аналогию в *arcus senilis peripapillaris*. Субатрофический вид соска также свойствен старости и т. д. Следовательно эти же изменения, но в более молодом возрасте, у детей являются показателями как бы преждевременной старости глаза, что находит себе аналогию и во многих других проявлениях врожденного луэса; вспомним только типичное лицо новорожденного луэтика, этого молодого и миниатюрного старика.

Итак мы описали целую серию признаков-стигматов, и хотя в отдельности каждый из них не устанавливает диагноза сифилиса, однако дает определенное указание, что его надо внимательно искать, а это часто уже равносильно распознаванию: кто упорно ищет, тот часто и находит луэс там, где его и не подозревали, и где лечили от совершенно другой болезни.

При чтении этой главы у молодого врача легко может возникнуть один вопрос: почему так много следов локализуется и притом столь часто именно на глазном дне?

Потому что сифилис вообще, а врожденный в особенности, разносится кровеносным током по всему организму. Благодаря же богатству сосудов, которыми изобилует глаз и его увеальный тракт, для оседания в нем бледной спирохеты даны очень благоприятные условия. В этом смысле имеется очень интересная работа, написанная 25 лет тому назад, подтверждающая патолого-анатомически справедливость указанной мотивировки.

В. А. Локтев¹⁾ исследовал 10 трупишков младенцев с установленным врожденным сифилисом и нашел, что у них поражения оболочек глаза специфическим процессом выразились 37-ю очагами, т. е. на каждого младенца в среднем приходилось по 3,7 поражений. Приведу для наглядности общую сводку из его работы в виде таблицы.

ТАБЛИЦА
патолого-анатомических поражений оболочек глаза при врожденном сифилисе у грудных детей.

№	Пол и возраст		Радужная оболочка	Сосудистая оболочка	Зрительный нерв	Влагалище зрит. нерва	Цилиарное тело	Склера	Сетчатая оболочка	Стекловидное тело	Сумма поражений
	Пол	Месяцев Дней									
1	м	1 19	+	—	—	—	—	—	—	—	1
2	ж	4 01	+	+	—	+	+	—	—	—	7
3	ж	10 04	+	+	—	—	—	—	—	—	2
4	м	3 02	+	+	+	+	—	—	—	—	4
5	м	7 05	+	+	+	+	—	—	—	—	4
6	ж	0 16	+	+	—	+	+	+	+	+	7
7	ж	2 24	+	+	—	—	—	—	—	—	2
8	ж	2 15	+	+	+	—	—	—	—	—	3
9	м	0 07	+	—	+	+	—	—	—	—	3
10	ж	1 17	+	+	—	—	+	+	—	—	4
11	Общая сумма .		10	8	5	5	3	3	2	1	37

Я полагаю, что приведенные цифровые данные столь убедительны, что комментария к ним, как говорится, излишни.

Мне остается сказать теперь очень немного. Следует иметь в виду, что значение стигматов глазного дна для распознавания врожд. сифилиса обратно пропорционально возрасту больного. В зрелом возрасте их трудно отличить от следов приобретенного, ибо, как мы видели выше, некоторые разновидности встречаются и при самостоятельном заражении. У врожденного имеется тенденция давать двусторонние стигматы, которые на разных глазах могут принадлежать и к различным разновидностям. У приобретенного днаса обыкновенно эти поражения наблюдаются только на одном глазу.

Разобрав стигматы врожденного днаса, мы перейдем теперь к изложению общих принципов лечения сифилиса глаза.

¹⁾ В. А. Локтев — К вопросу о патолого-анатомических изменениях глаза при врожденном сифилисе у грудных детей. СПб. Дисс. 1899 г.

D. Основные этапы в терапии сифилиса глаза.

Прежде всего я должен обратить внимание молодого врача на устойчивость принципа раздельного применения йода и ртути в зависимости от периода сифилиса. Взгляд на йод, как на *specificum* только для третичного периода, уже отжил свой век. *Рациональная терапия сифилиса вообще, и йода в особенности, без всякой зависимости от периода болезни, должна заключать в себе всю триаду специфических препаратов (J., Нд, 914), уделяя каждому из них ему свойственное место.*

Из препаратов йода принято пользоваться калиевой солью, хотя иодистый натрий переносится лучше и легче. Минимум же побочного действия выпадает на долю иодистого рубидия и стронция.

При назначении йода постоянно, даже некоторыми врачами сифилитологами, повторяется одна и та же ошибка: гомеопатическая дозировка, напр. из 5,0 на 200,0 взрослому субъекту. В таком же виде применяется йод и для пробного лечения «*ex juvenibus*», и нередко такое *ex juvenibus* остается без малейшей реакции там, где более подходящие и решительные дозы дают вполне убедительные результаты.

Conditio sine qua поп действия всякого медикамента является достаточная дозировка, и при назначении йода взрослому и крепкому мужчине *следует начинать с 3,0 pro die*, при обязательном условии постепенного увеличения до 6,0—8,0 и даже 10,0 *pro die*.

Rr. Kalii iodati 12,—40,0!
Aq. destillatae 200,0
MDS. 3 раза в день по
столов. ложке (15 куб. см.)
в ¼ ст. молока после
еды. (56)

Прогрессивному нарастанию доз, к сожалению, придется очень мало значить, между тем, это требование исключительной важности. В противном случае первоначальная тенденция процесса к улучшению может скоро смениться противоположным эффектом: напр., гумозная опухоль орбиты, уже начавшая уменьшаться в своих размерах, вдруг снова приобретает склонность к росту и распаду тканей. Провокаторное увеличение опухоли считается за отсутствие эффекта *ex juvenibus*, и йод, как излишний, отменяется. Мне очень недавно пришлось видеть последний такой случай, где малые дозы провоцировали рост опухоли орбиты (гуммы), а от больших получилось полное излечение.

Мы слишком сильно боимся отравлений и даже больше боимся их, чем думаем о терапевтических достижениях! На самом же деле необходимо решительно отказываться от малых доз иодистых препаратов: они труднее переносятся организмом и чаще вызывают побочное действие. *Переход же к большим дозам не только не увеличивает явления начавшегося иодизма, но, наоборот, способствует их исчезновению.* Хотя мои пациенты получали в течение курса до 250,0—300,0 и больше кристаллического КJ, однако с явлениями иодизма приходилось сталкиваться чрезвычайно редко, во всяком случае гораздо реже, чем при малых дозах.

Это далеко не только мое личное наблюдение, достоверность его установлена точными исследованиями многих авторов: *Mounier, Sournier* и т. д., а из русских назову проф. *И. А. Вельяминова*, проф. *Г. И. Мещерского* и т. д.

Для назначения йода можно указать очень простую схему: начинать с раствора 12,0:200,0 и к каждой новой порции микстуры прибавлять лишний грамм КJ, т. е. 13,0, 14,0, 15,0:200,0 и т. д. Конечно, лечащему предоставляется право, сообразуясь с индивидуальными особенностями больного, варировать отдельные детали.

На основании сказанного, следует самым энергичным образом протестовать против замены солевых препаратов йода входящей в моду йодной настойкой, как против терапии очень недостаточной. При сифилисе глаза нам всегда приходится сталкиваться с серьезными и тяжелыми заболеваниями, где полимеры могут быть очень опасными.

Переходя к применению ртутных препаратов, я и здесь вынужден прежде всего указать на обязательность строгого проведения достаточного насыщения организма этими солями. И русским врачам, более чем кому-либо, невозможно отступать от этого закона, хотя бы только потому, что плодотворная идея о необходимости введения определенного количества ртути в организм была впервые высказана *Струковским*: *для успеха требуется взрослому не менее 0,01 чистой ртути pro die!*

Для офтальмологов и невропатологов это правило приобретает исключительное значение, так как им постоянно приходится иметь дело с проявлениями тяжелого и запущенного *lues'a*. Поэтому назначение внутримышечных или внутривенных инъекций растворимых препаратов через день должно подвергнуться жестокой критике, как метод нецелесообразный, хотя и не очень редкий на практике.

Рассмотрим наиболее распространенные способы введения ртути:

1) Фрикции вполне пригодный тип лечения при кожных проявлениях, но совершенно недопустимый для наших целей. При пользовании втираниями мы не имеем возможности определить, сколько ртути всосалось; у нас нет критерия для учета их полезной работы. Мы даже не всегда можем в полной уверенности рассчитывать на их терапевтическое действие, так как в литературе описаны случаи, когда в моче нельзя было обнаружить даже следов ртути после втираний, а следовательно, не было и всасывания.

2) Из внутримышечных инъекций разберем прежде всего действие нерастворимых препаратов. Здесь мы редкими инъекциями массивными дозами создаем в организме склады ртути, своего рода депо, из которого она, медленно всасываясь, производит очень длительное действие на организм, чем мы и пользуемся в тех случаях, когда необходимо подействовать на сифилис, как на общее заболевание. Медленно выходясь, ртуть оказывает верное и неуклонное действие на самую сущность болезни.

Там же, где надо быстро и решительно ликвидировать опасный очаг, угрожающий органу потерей его функции, такая медлительность недопустима, и применение нерастворимых препаратов в нашей специальности очень ограничено. Они уместны при паренхиматозном кератите, где стремительные атаки не могут оказать непосредственно быстрого результата; при остальных же заболеваниях они не применимы.

Однако, нерастворимые препараты могут принести громадную пользу и в нашей специальности, будучи применены для повторительного курса, когда непосредственная опасность для органа зрения уже миновала, и когда последующим лечением необходимо предупредить возможность возврата и зафиксировать полученные результаты.

Терапевтическая задача не исчерпывается только ликвидацией непосредственной опасности: приходится думать о будущем больного, настаивать на обязательном повторении лечения через месяц и на дальнейшем наблюдении сифилидолога.

Оригинально следует отнестись офтальмологу и к методу д-ра Прохорова. Автор вводит внутримышечно огромные дозы растворимых препаратов один раз в течение 10 дней, сообразуя количество с весом больного. И здесь проводится идея депо, и лечение не может быть оборвано в каждый данный момент. Кроме того, ему свойственны и самостоятельные недостатки, и моя

попытка даже при больничной обстановке не могла быть очень продолжительной (стоматиты, большая болезненность и реакция). Из нерастворимых препаратов безусловно лучший:

Rp. Hydrarg. Salicylicæ 3,0
Ol. Vaselinæ 30,0
M. Sterilisa (58)

Rp. Hydrarg. Salicylicæ 3,0
Sol. 1:4000 Hydrarg.
Oxycyanati 30,0
M. Sterilisa (57).

2—3 раза в неделю по одному грамму¹⁾. Перед выскриванием жидкость необходимо сильно взбалтывать 1—2 минуты. Вторая пропись (*pen. № 57*) более предпочтительна: в ней нет вазелинового масла, продукта не вполне безразличного для организма. Кроме того, от водной эмульсии не получается инфилтратов, которые так обычны для масляных эмульсий. Чтобы получить хорошую эмульсию, необходимо салициловую ртуть предварительно хорошо растереть в ступке с указанным раствором.

Растворимые препараты не без основания пользуются самыми большими симпатиями офтальмологов. При сифилисе глаза у нас нет времени ждать длительного наступления меркуриализации, нам необходимо быстро ликвидировать угрожающие явления.

Из этой серии можно рекомендовать цианистую и дибромистую ртуть. Первая (1½—2%), будучи прекрасным препаратом вообще, иногда вызывает целые серии стоматитов, дибромистая же действует нежнее, и потому заслуживает особой рекомендации. Сулема я редко применяю, хотя и это прекрасный препарат (1½—2%), из-за резкой болезненности выскриваний.

Rp. Hydrarg. Cyanati 0,75—1,0
Aq. destillatæ 50,0
M. Sterilisa.
S. Для инъекции (100).

Rp. Hydrarg. bibromati 0,9
Natrii bromati 0,7
Aq. destill. 50,0
M. Sterilisa
S. Для инъекции (60).

У слабых, истощенных, а тем более явно туберкулезных больных приходится ограничиваться меньшими дозами, соединяя их с мышьяком, напр.:

Rp. Hydr. bifodati rubri 0,5
Natrii iod. puriss. 1,0
Natrii kakodylicæ 1,5—2,0
Ap. destillatæ 50,0
M. Sterilisa. S. Для инъекции (101).

В последнем случае в виду малого содержания ртути (55%) в препарате нормальной дозой приходится считать 2,0 на выскривание, но начинать следует с 1,0, постепенно повышая до 2,0.

Следует удержать молодых коллег от замены какадилового натра *атоксиком* и *арреналом*, так как оба этих производных очень часто вызывают атрофию зрительных нервов даже в малых дозах.

3) Третий путь введения ртути, интравенозный, предложен *Baccelli* лет 30 тому назад (сулема) и усовершенствован *Abadie* заменой сулемы цианистой ртутью (1—1½%). Хорошо переносится также и дибромистая ртуть (*pen. № 60*).

В тех случаях, где быстрой меркуриализацией надо повлиять на грозные проявления глазного сифилиса, там метод *Baccelli* незаменим; но он совершенно непригоден для лечения общего заболевания сифилитического днатеа вследствие быстрого выведения ртути.

¹⁾ NB. После вкола иглы (раств. и раствор. препараты) необходимо выждать 1 минуту, и если на колпачке иглы не покажется капли крови, выскривать содержимое шприца, в противном случае иглу вколоть вновь. При сильной боли поступают также.

Внутримышечные и внутривенные инъекции растворимых препаратов *должны производиться ежедневно*, и я горячо протестую против тенденции некоторых даже сифилитологов допускать производство их через день. Такое отношение нарушает принцип Стуковенкова, принятый всеми видными сифилитологами мира, и парализует успех: внутривенные впрыскивания теряют всякий смысл.

Для успеха далеко не безразлично и общее число впрыскиваний за отдельный курс, и в этом смысле также проглядывает тяготение врачей к неполновесным курсам. В этом направлении можно установить следующие цифры.

Число впрыскиваний нерастворимых препаратов не должно быть меньше 15—20 на курс, можно, не стесняясь, доводить их до 25 и даже до 30 при очень тяжелых заболеваниях глаза.—Традиционный взгляд на паренхиматозный кератит, как на болезнь, на которую специфическая терапия почти не действует, главным образом основан на проведении сокращенных курсов.

Число ежедневных впрыскиваний растворимых препаратов будет, конечно, больше: не менее 35—40 на курс, а при известном упорстве болезней их можно довести до 50 и даже выше.

Внутривенные инъекции мы ограничиваем 30—40.

Кто желает всегда рассчитывать на успех, тот не должен спускаться ниже приводимых количеств¹⁾. Да и как может быть иначе при *lues'e* глаза, если наиболее безобидная кожная форма для рационального лечения требует приблизительно такого же числа впрыскиваний?

На громадном материале сифилиса глаза, прошедшем через мои руки, неоднократно приходилось убеждаться в огромном значении энергичного лечения для исхода заболеваний. И я всегда горячо протестовал, и буду протестовать против полумер, основанных на какой-то странной, боязливой нерешительности многих врачей практиков. И я никогда не пойму, как у людей хватает смелости так легко останавливаться на половине дороги. Теперь очень много говорят и пишут о витаминах, и вот такими «витаминами» для сифилитика являются йод, ртуть и неосальварсан. И недостаточным лечением, конечно, не следует вызывать явления своеобразного «авитаминоза», который здесь зовется табесом и прогрессирующим параличом.

Перехожу к 3-му члену терапевтической триады, к вливаниям неосальварсана.

И здесь повторяется та же самая болезнь—боязнь необходимой дозировки. Если при КJ и ртути такое отношение значительно уменьшает шансы на терапевтическую победу, то такой образ действия с 914 может нанести непоправимый или трудно-поправимый вред больному. На целебные свойства сальварсана у многих врачей существует совершенно ненаучное воззрение: они полагают, что можно *en masse* ограничиться 1—2 вливаниями на курс. Такая легкомысленная терапия может дискредитировать завоевания последних лет, так как вскоре после такого сокращенного «курса» (через 1—2 мес., а то и раньше) могут развиваться невротические поражения черепных нервов, *а в будущем может сократиться промежуток времени, отделяющий наступление прогрессирующего паралича от *luesis durum* (Gennrich, Plaut и т. д.)*. Вряд ли такие результаты имелись в виду, но и вряд ли такие факты могли остаться неизвестными!

¹⁾ В новейшей брошюре проф. I. Кутце указано: 8—10 инъекций нерастворимых препаратов и 20 растворимых; это безусловно недостаточно и для кожного *lues'a*, и от такого лечения необходимо воздержаться: слава сифилиса, что он вызывает прогрессирующий паралич и *tabes*, главным образом, обязана такой терапии.

Гораздо выгоднее для больного остаться вовсе без вливаний (неосальварсана, чем получить его недостаточно, и там, где по каким-либо соображениям нельзя рассчитывать провести полного курса, лучше отложить его до более удобного момента.

При сифилисе глаза, который всегда является грозным признаком, в течение отдельного курса необходимо ввести взрослому 6,0—7,0 и даже 8,0 и более неосальварсана.

Для первого вливания я чаще всего ввожу 0,45 (три дозы). При хорошей выносливости, т. е., когда после него не бывает повышения температуры, головной боли, поноса, рвоты, на второе вливание беру уже 0,6, повышая ее до 0,75 для третьего и четвертого, и если все идет гладко, к пятому дохожу до максимальной дозы 0,9, выше которой пока я не поднимаюсь. Вливаний приходится делать 8—10, а то и более, в зависимости от выносливости и возможности пользоваться максимальными дозами. — При плохой выносливости, когда выше 0,6 не удается подняться, их будет, конечно, больше. — Вливания производятся в утренние часы и на тощий желудок. Нормальным интервалом между вливаниями следует считать 3—4 дня, удлинить промежутки более 6—7 дней неразумно: неубитые спирохеты легко могут сильно размножиться. (Никаких вредных последствий от коротких промежутков видеть не приходилось).

Так как сознательно пользоваться арсенобензолами без ясного представления о происходящих процессах не представляется возможным, а литература все еще мало доступна врачевным массам, я принужден буду сделать небольшое отступление в область патогенеза некоторых явлений и остановить внимание читателя на 3-х фактах.

1) Почти каждый сифилитик в начале вторичного периода испытывает специфический цереброспинальный менингит, и менингит крайне своеобразный, протекающий скрытно, без клинических симптомов — чисто патолого-анатомически. Даже в первичном периоде, еще в серонегативной фазе у 10% всех заболевших сифилисом констатируются первые признаки этого заболевания (исследования *Fruhwald'a* из клиники проф. *Rille* — Arch. f. Derm. und Syph. B. 138, 1922 г.). Через 6 же месяцев после заражения уже у 75% обнаруживаются спирохетные процессы в мозговых оболочках. Исследование цереброспинальной жидкости в это время дает вполне определенные данные для такого заключения (плеоцитоз, увеличение глобулинов, WR+). Патологической локализацией его служит основание мозга, обильно снабженное черепными нервами и при подходящих условиях инфильтрация тканей легко распространяется на эти стволы. Обычно менингит протекает асимптоматично, иногда же проявления его бывают столь слабо выражены, что легко просматриваются, не привлекая к себе внимания ни врача, ни пациента: мимолетные головные боли, едва намеченные головные боли, незначительные подъемы температуры. В части случаев процесс затихает и ликвидируется, в части же — не менее 30% — остается еще и в позднейших стадиях (через 4 года и позже), развивается дальше и глубже, вызывая параличи черепных нервов, и значительно позже заканчивается спинной сухоткой и прогр. параличом.

Целесообразно и энергично проведенная терапия может загасить глущий очаг, но малые дозы арсенобензола могут раздуть его и, с одной стороны, вызвать появление неврорецидивов, а с другой — значительно ускорить наступление *tabes'a* и прогр. паралича.

2) Всасывание и распространение неосальварсана по центр. нервной системе значительно отличается от остальных частей организма: ему приходится брать здесь своего рода барьер в виде tela chorioidea, и через сосудистое сплетение к большим тканям поступает незначительная часть неосаль-

варсана, происходит своего рода утечка препарата. Это второй важный фактор.

3) В качестве третьего я должен напомнить известный биологический закон *Arndt-Schwarz'a* в фармакологическом применении, который гласит: *Слабые и средние раздражители повышают жизнедеятельность живой клетки и способствуют ее развитию, сильные задерживают, а очень сильные убивают ее.* Неосальварсан, как известно, есть производное мышьякового ряда, а именно-то на мышьяке закон *Arndt-Schwarz'a* очень удобно демонстрируется: возбуждающая роль его малых доз общезвестна.

После такого отступления мы переходим к интересующему нас вопросу: что должно произойти в организме больного после введения малой курсовой дозы неос-а?

Вследствие задержки *tela chorioidea* к нервной ткани проникает очень мало мышьяка, и он на основании указанного закона должен будет стимулировать жизнедеятельность *Spirochetae pallidae* (неосальварсан действует на спирохет, но не на ткани). Усилятся явления менингита, увеличится инфильтрация тканей, которая легко может захватить и черепные нервы, в них также усилятся инфильтрация, и они могут оказаться сдавленными в тех узких каналах, через которые они проходят. Сдавление вызовет нарушение проводимости, парез, параличи и даже неисправимое перерождение (особенно п. *acustici*) т. е. то, что принято называть невротризмом — чаще всего п. п. *oculomotorius*, *abducens*, *acusticus* и т. д. Дальнейшее применение 914 в полных дозах иногда еще может ликвидировать невротризм, но далеко не всегда: атрофированную ткань и сальварсан уже не вернет к жизни.

Однако, не только невротризмами грозит «осторожное лечение», оно может превратить глеющий очаг в огромный пожар: повести к резкому размножению спирохет, проникновению их вглубь нервной ткани, в сосуды, обострить течение менингита и приблизить наступление *tabes'a* или пр. паралича. И такие наблюдения, к сожалению, уже существуют, когда пр. паралич наступал необычно рано: через 3—4 года после заражения (*Genetrich, Plaut* и др.). Вот почему приходится подчеркивать *опасность малых доз арсеобензолов*. И потому наклонность некоторых врачей назначать на курс 1—2 вливания должна быть осуждена, как недопустимая игра с огнем. Эти клинические рассуждения получили и опытную проверку еще с одной стороны. *Plaut* и *Mulzer* (Münch. m. Woch. 1923 г., № 20) лечили привитых кроликов сальварсаном, но так, что им не давали полной дозы, а затем неубитые спирохеты прививались здоровым животным. На основании опытов они пришли к заключению, что недостаточное лечение сальварсаном *повышает вирулентность и нейротропность спирохет*.

Итак, следовательно, теперь мы имеем и экспериментальное подтверждение того, что *малые дозы неосальварсана очень опасны, а подчас и губительны*, и нет никаких научных оснований для офтальмолога бояться 7,0—8,0 и 10,0 грамм на курс лечения, особенно, если принять во внимание, что психотаторы стали получать излечения пр. паралича после перехода к назначению громадных количеств неосальварсана; так, напр. прив.-доп. *И. Гранский* производит до 40 вливаний за 8—12 мес., вводя за это время около 40,0 препарата. *„Мы теперь знаем, говорит этот же автор, что секрет действия сальварсана заключается в применении достаточно больших доз и частых ввыскиваний“.* (Врач. Обзор. 1922 г., № 1).

После рассмотрения всех членов лечебной триады нам следует подумать о том, как сконструировать курс лечения? Не пустить ли сразу все наши ресурсы? К сожалению, такое примитивное разрешение вопроса недопустимо, и вот почему.

Под влиянием арсенобензола, когда организм больного насыщен спирохетами, а особенно, когда имеется вышеуказанный менингит, могут получиться плохие последствия. Вследствие гибели громадного количества спирохет в экононому нервной системы будет выброшено внезапно большое количество андотоксина, которое должно обострить явления менингита, повести к его распространению, т. е. к ухудшению всех явлений, и даже может породить большую опасность для самой жизни. Получающаяся реакция *Jarisch-Herxheimer*'а выразится в серозном пропитывании и набухании специфических образований с обострением очаговых процессов. К этому может присоединиться потеря сознания, коллапс и т. п. Вот почему необходима известная техника. *Надо*, — как говорят, — *предварительно „подготовить организм“ к вливанию ртутно-водистым лечением* или, в крайнем случае, одним из этих препаратов.

После «подготовки» не происходит внезапной гибели большого числа спирохет, и если все-таки наступает реакция, то выражается в слабой, не опасной форме.

Следует иметь в виду, что разновидностью реакции может быть очаговое обострение заболевания глаза. *Такое временное ухудшение болезни органа зрения после вливания 914 может иметь диагностическое значение в сомнительных случаях.* Эти временные вспышки, неопасные ухудшения процесса, исчезающие от следующего вливания, еще и теперь служат причиной того, что некоторые окулисты воздерживаются от применения такого мощного и вполне безопасного препарата. Без «подготовки» обострения могут стать губительными не только для органа зрения, но и вызвать тяжелые последствия со стороны центр. нервной системы.

Продолжительность „подготовки“ прямо пропорциональна количеству спирохет, инвазировавшихся в организм, и обратно — интенсивности предшествующего лечения. Особой осторожности требует «нервный сифилис», а также случаи вовсе не леченного или давно леченного, а также врожденного сифилиса, и при этих условиях она должна быть не менее двух недель. В остальных случаях ее можно свести к 7—8 дням, и даже к еще меньшему сроку. При обязательном закрепляющем через месяц курсе, за немногими исключениями (атрофии зрит. нервов), к вливаниям можно приступать через 3—5 дней ртутно-водистого лечения.

Нам офтальмологам чаще всего приходится иметь дело с нелеченными или плохо леченными больными, а также нередко нам же принадлежит неприятная честь впервые устанавливать просмотренный сифилис у самого больного или у его родителей. И здесь приходится проявлять высшую осторожность, и только после хорошей двухнедельной, комбинированной (KJ + Hg) «подготовки» приступать к вливаниям неосальварсана.

Разбирая вопрос о лечении арсенобензолами, нельзя, конечно, обойти полным молчанием противопоказания.

Указать абсолютные противопоказания довольно затруднительно. Случаи смерти от арсенобензолов, столь частые в первое время их появления, теперь сошли со сцены. В то время растворителем служил древесный спирт, который и сам вызывает смертельные отравления в малых дозах, а также еще и потому, что вливания производились без подготовки больных.

В числе абсолютных показаний можно встретить, напр., такое: «резко выраженные дегенеративные изменения со стороны п. н. системы, включая сюда и случаи типичной *parlys. progressivae* и атактический *tabes*». Это звучит злой пророчий над сальварсаном. Именно в случаях пр. паралича большие дозы препарата возвращают бывших людей к жизни. А сколько табетиков воскресло только на моих глазах! Не буду больше останавливаться на этом

вопросе. Укажу только на одно парадоксальное противопоказание: «поражения дна глаза, не стоящие в связи с сифилисом».

Далеко не всегда эта связь может быть выяснена без пробного лечения *ex juvantibus*. Правда, приходилось затрачивать зря большие количества 914, так как заболевание оказывалось не специфическим, но и тени вреда я никогда не видел, да и не мог увидеть. И полагаю, что мы не имеем права лишать и врача, и больного последней надежды, раз такое лечение безопасно.

Относительными противопоказаниями, на наш взгляд, могут явиться: резкая функциональная недостаточность почек и печени, но и эти заболевания специфического характера хорошо поддаются лечению. Нужна, правда, сугубая осторожность при проведении лечения, хорошая и длительная подготовка, применение более малых разовых доз—но не общей суммы за курс—неосальварсана, но лечить необходимо.

Позволю себе фиксировать внимание молодого врача еще на одном очень важном моменте, который требует вполне точного понимания, а между тем с ним связано не мало всяких предрассудков и полного непонимания поставленной себе задачи. Я имею в виду, так называемое, лечение «*ex juvantibus*».

При рассмотрении этого вопроса мы сталкиваемся с самыми невероятными представлениями. Так, напр., офтальмолог назначает взрослому больному 10 фрикций серой мази по 2,0 на каждую, и поднетый калий из 5,0 на 200,0—три раза в день по столовой ложке. А на 11-й день из отсутствия эффекта заключает, что специфическая причина болезни исключается. Как квалифицировать такую терапию? Разве терапия *ex juvantibus* рассчитана на чудеса?

Когда мы не имеем определенных данных для уверенного диагноза, а есть только подозрения, которые необходимо проверить, или, что еще встречается: импульсивное желание во что бы ни стало отыскать *lues*, как единственную надежду на спасение, то терапия должна достигнуть максимума допустимой нагрузки, чтобы и при упорном характере болезни можно было получить желаемый результат. И, конечно, длительность ее не может исчерпываться 10-ю днями плохого лечения!

Разве *ib* встречается случаев, когда сифилитический процесс начинает подаваться только в конце комбинированного курса, после хорошего заряда ртути с иодом и целой серии вливаний? И мы не имеем права непоследовательным лечением вырывать у себя же из рук такой важный диагностико-терапевтический метод!

Итак, ex juvantibus равносильно требованию максимальной нагрузки из всех членов триады. И только при неудаче целого курса или не менее $\frac{3}{4}$ его мы имеем право говорить об отрицательном результате. На таком понимании этого термина я настаиваю.

Закончив теперь отдел общей методики, нам придется остановиться на некоторых частностях, и опять, как и выше, разобраться в некоторых предрассудках, освещенных своеобразной традицией.

1. *Keratitis interstitialis.*

По распространенному взгляду (по новейшим работам даже 23 и 24 г.), на паренхиматозный кератит почти не оказывает влияния специфическое лечение.

Столь прочная репутация имеет свое оправдание в той боязливой терапии, которая в подавляющем большинстве случаев проводится окулистами. Напр., без КЛ, небольшими дозами ртутной серой мази, вместо вприскивания нерастворимых препаратов, при несистематических и редких вливаниях малых

доз 914. В наших же руках при энергичной терапии всегда неизменно получаются прекрасные результаты. Терапию можно и еще усилить местным применением ртути в виде субконъюнктивальных инъекций раствора 1:5000 Nudgard. Сушат раз 2—3 в неделю в зависимости от выносливости глаза.

Так как этот кератит протекает хронически и на скорый эффект лечения рассчитывать нельзя, а в то же время эссенциальное поражение организма очень велико, то выгоднее воспользоваться услугами нерастворимых препаратов. Ожидать чудодейственных результатов нет никаких оснований, а поэтому необходимо провести энергичный тип лечения, не смущаясь 20—30 вырсыкваниями салициловой ртути и 7-ю или более граммами неосальварсана при одновременных приемах и КЛ.

Интенсивные курсы прекрасно переносятся и дают очень хорошие результаты, сокращая в 2—4 раза длительность болезни. — Подготовка не менее 2-х недель. Через месяц после окончания курса 2-й такой же курс.

Так как главный контингент п. кератитом — дети и подростки, то следует сказать несколько слов о дозировке. Дети, как правило, лучше взрослых переносят специфические препараты. Необходимую дозировку легко высчитать по возрасту, приурочивая понятие о взрослом к арифметическому определению цифрой 20 (годами). Напр., ребенку 10 лет все дозы придется уменьшить в 2 раза; $20:10 = 2^1$.

2. Ириты.

При иритах показаны растворимые препараты: следует быстро ликвидировать болезнь. Продолжительность подготовки определяется предшествующим лечением и возрастом инфекции. При ранних формах вторичного периода, когда организм пересыщен спирохетами, проводится строгая подготовка не менее 2-х недель из опасения резкой реакции *Herzheimera*. При *lues congenita* точно также, так как чаще всего это будет и вообще первым курсом.

Благополучное окончание болезни не освобождает нас от наблюдения за больным. *Ирит является своего рода барометром, указывающим на интенсивность инфекции*: это только предвудия, за которой обычно следуют другие еще более серьезные проявления *lues'a*, как в сфере самого органа зрения, так и в нервной системе вообще. Ирит это своеобразное *temetio vivere!* И каждый, болевший иритом, всегда имеет больше шансов на п. паралит впоследствии, чем не болевший.

Вот почему появление ирита требует всегда самого серьезного отношения к больному, и обязывает врача через месяц после выздоровления провести такой же энергичный курс всей триадой, но уже с нерастворимыми препаратами. В дальнейшем же такой больной нуждается в наблюдении опытного сифилитолога под контролем цереброспинальной жидкости.

3. Сифиломы глаза.

Сифиломы радужки, ресничного тела, склеры, а также склериты, как заболевания, грозные по своей склонности вызывать гибель глаза, требуют не только энергичного, но и быстрого воздействия в виде внутривенных инъекций ртути. Вследствие остроты показаний подготовка в этих случаях должна быть сокращена, но все же не может быть короче 1 недели.

¹) При плохо выраженных локтевых венах неосальварсан маленьким детям вводится в v. jugularis.

При отсутствии же в спинномозговой жидкости выраженного плеоцитоза, реакции *Pandy* и *Nonne-Apell'a* и *WR* (—) подготовка без болезни может быть сведена к 2 дням.

Результаты в незапущенных случаях — хорошие.

Через месяц после окончания курса, второй салицидовой ртутью и в дальнейшем наблюдение сифилидолога.

4. Хорионидиты.

Специфические хорионидиты с выпотами в стекловидное тело, хотя и начинаются очень остро, в большинстве случаев принадлежат к хроническим процессам, упорно сопротивляющимся лечению, и требуют для своей ликвидации продолжительного времени.

В виду серьезности болезни рекомендую в этих случаях внутривенные инъекции ртути, хотя и внутримышечные инъекции дают не плохие результаты.

Редко с хорионидитом удастся справиться в один курс, и после хорошего насыщения организма *KJ*, *Hg* и *914* приходится прерывать лечение для месячного отдыха, после которого проводить такой же курс (40 внутривенных или внутримышечных инъекций, *KJ*, и 7,0 — 8,0 неосальварсана).

За 2 энергичных курса уже удастся справиться с болезнью.

В виду склонности хорионидитов давать рецидивы, необходимо через месяц после второго курса провести закрепляющее энергичное лечение с 20-ю инъекциями салиц. ртути (*KJ* и *914*), и только после 2-го курса уже можно передать больного в распоряжение сифилидолога, оставляя за собой право время от времени осматривать больного.

5. Ретиниты.

Центральный (in fovea central.) рецидивирующий ретинит хорошо поддается специфическому лечению. Принимая во внимание его большую опасность для зрения и склонность к рецидивам, следует проводить очень энергичные курсы, не смущаясь траты больших количеств медикаментов.

Ртуть целесообразнее всего вводить внутривенно или внутримышечно (рек. № 60), производя не менее 40 ежедневных инъекций, а неосальварсан после основательной подготовки 6,0—8,0 при больших количествах *KJ* или *NaJ*. После месячного отдыха — закрепляющее лечение, после чего можно передать больного сифилидологу.

У некоторых окулистов, даже и с большим опытом, существует, кроме страха перед сальварсаном, не менее паническая боязнь и ртутных препаратов при сифилитических ретинитах: приходилось встречать больных, страдавших сифилитическим ретинитом при одновременном заболевании и почек, которые упорно отказывались от специфического лечения, сославшись на авторитет офтальмолога, запретившего им это. Конечно, при заболеваниях почек, особенно при функциональной недостаточности их, нужна известная осмотрительность, но нельзя же доводить до полной отмены необходимой терапии.

Ведь почки могут страдать от того же *Lues'a*. В этом смысле интересно заявление *A. Fournier*, которому нельзя, безусловно, отказать в огромном опыте: «ртуть должна назначаться в достаточной дозе, в дозе, пропорциональной угрожающей опасности. Робкое лечение, судя по опыту, не предотвращает смерти больных». Не менее авторитетно звучат слова и другого ученого проф. *E. Gaucher*: «сифилис, как клинически, так и анатомически может создать все формы поражений почек. В данный момент устано-

алено, что ртуть, вводимая в терапевтических дозах, не может вызвать серьезных повреждений почек». Немного дальше Gaucher высказывается еще более решительно: «У почечных больных следует всегда думать о сифилисе, и если его не находят в анамнезе, и в то же время белок не исчезает при обычном режиме, следует испробовать специфическое лечение». А на стр. 402 (La Syph. des viscéres. 1909. E. Gaucher) читаем: *„un grand nombre de néphrites, dites a frigore, sont des néphrites syphilitiques“*.

Имеем ли мы право после ознакомления со взглядами выдающихся сифилологов ограничивать нашу терапию, имеем ли мы право отказывать больному в необходимых для него медикаментах?—Конечно, нет! Такой вывод побуждает молодого врача более внимательно относиться к выяснению этиологии заболеваний почек при появлении ретинита (хотя бы и подходящего под рубрику альбуминурического).

И очень возможно, если мы будем зорче следить, чаще проводить специфическое лечение, мы не мало больных этого рода сможем спасти от неминуемо-быстрой гибели.

Таким образом мы видим, что следует отказаться и еще от одного суеверия.

Если и в этом отделе, как при пигментном ретините (см. ниже в спец. части), вспомнить рекомендацию старых врачей-практиков и прислушаться к их указаниям, основанным на изощренной наблюдательности, то мы встретимся при ретинитах с назначением ртути и в случаях, где не было Hoes'a в анамнезе. Такое указание очень знаменательно: оно подчеркивает лишний раз, что сифилитическая этиология встречается гораздо чаще, чем о ней думают молодые врачи. Врачи прошлого времени не владели лабораторными методами исследования, но они умели лучше нас наблюдать и не пугались делать свои выводы. И не имея способов для выявления Hoes'a, они все же назначали специфическую терапию и получали прекрасные результаты.

Итак, следовательно, *нет никаких научных оснований воздерживаться специфической терапии при ретинитах, связанных с заболеванием почек, а, наоборот, надо стараться лишить больных возможного исцеления, так как обе болезни: и глаза, и почек, в большинстве случаев, если не во всех, вызваны одной и той же причиной—тем же сифилисом*.

6. Невриты.

Neuritis optica, а в особенности частичные: n. axialis и n. periferica, сифилитического происхождения, имеют склонность к возвратам болезни, как результат базиллярного менингита и перехода его на влагалганца зрительного нерва и требуют интенсивного лечения с последующей фиксацией полученных результатов дальнейшими курсами под контролем cerebro-спинальной жидкости.

Здесь, более чем в какой-либо иной области, справедливо выражение Charcot: *Il faut frapper vite et fort*, так как только основательная и решительная нагрузка спасает от слепоты, и дает блестящие результаты. И при обсуждении способа введения ртутных препаратов не может быть двух мнений:—*наш выбор строго ограничен интравитреальными инъекциями*, и всякий другой должен быть отвергнут, как не соответствующий urgencyности показаний. Для лагладности приведу слова проф. Л. М. Пуссепа: *„В последнее время при вторых случаях сифилиса головного мозга, где даже большие количества ртути, вводимой обычным путем, и частые вливания сальварсана не давали результатов, мы получаем быстрые результаты от вливания цианистой ртути в вену“*.

Общее число инъекций не должно быть менее 40, но и переходить эту норму не следует; лучше увеличить в случае надобности количество иода и неосальварсана. Первого на курс приходится назначать 250,0—350,0 и больше, а неосальварсана не менее 7,0—8,0. После месячного перерыва следует провести и 2-й такой же курс, и только 3-й закрепляющий разрешает применение салициловой ртути,—через месяц после второго,—и передача больного сифидологу после 3-го курса.

При всякого рода офтальмопатиях и параличах двигательных нервов глаза терапия такая же.

При этих заболеваниях, несомненных проявлениях мозгового сифилиса, необходима большая осмотрительность с первым вливанием неосальварсана; подготовка должна быть выполнена в полном объеме 2-х недель и даже лучше 3-х недель, из-за опасения Негхгеймер'овской реакцией вызвать обострение процесса с последующей гибелью отдельных нервных проводников. И несмотря на настойчивые просьбы этого рода больных, не должно делать уступок в смысле сокращения этого срока (2—3 нед.), чтобы не нанести неисправимого вреда мозговому страданию. Выгоднее также начинать вливания с малых доз неосальварсана, чтобы не вызывать сразу большого освобождения эндотоксина, т. е. вместо обычных 0,45 для первой дозы следует взять 0,3 и даже 0,15.

7. Атрофия зрительного нерва.

Атрофия зрительного нерва, как печальный, но совершенно определенный индикатор предшествующего плохого лечения сифилиса, требует очень большой осторожности с проведением подготовки, так как даже слабое проявление Негхгеймер'овской реакции здесь может оказаться губительным для зрения. И может быть многие неудачи до известной степени объясняются отсутствием разумной (не менее 2-х недель) выдержки.

Все курсы проводятся исключительно растворимыми препаратами, и назначение салициловой ртути должно трактоваться в этих случаях, как чрезвычайно грубая ошибка. Дозировка препаратов, как при невритах.

Еще старыми авторами было замечено, что некоторые больные с атрофией зрительных нервов очень плохо переносят ртуть, что и выражается ухудшением болезни. Поэтому во время лечения необходим самый внимательный контроль за остротой зрения (проверка 2 раза в неделю) и состоянием поля зрения (проверка не реже 1 раза в неделю), чтобы при первых же признаках ухудшения отменить ртуть и продолжать лечение только КJ и 914.

До последнего времени не было научного объяснения этого странного явления. Исследования *Wassermann'a* пролили свет и в этот темный угол. (Berl. Kl. W. 1921 г., № 9). Он доказал, что симптомокомплекс болезненных проявлений при *Lues'e* вызывается повышенной, под влиянием жизнедеятельности спирохет, продукцией липидов. Ртуть, разрушая липиды, устраняет клинические проявления болезни. В поздних стадиях *Lues'a* липидов в организме мало, и вводимая нами ртуть не может быть ими связана, и она связывается с липидами нервной системы, в частности с липидами зрительного нерва, чем и увеличивает дегенеративный процесс. Сказать вперед, как будет действовать ртуть и какие липиды она разрушит—нельзя, вот почему при атрофии зрительного нерва следует опытным путем выяснить состояние липидного обмена. И хотя ртуть крайне нужна при специфическом процессе, однако, ее приходится отменять при первых же признаках ухудшения симптомов атрофии зрительных нервов. Там же, где она переносится хорошо, она необходима, как один из членов терапевтической триады.

8. Сифилитическая глаукома.

О сифилитической глаукоме не принято упоминать в учебниках, однако, она безусловно существует и встречается гораздо чаще, чем думают многие врачи. О ней всегда должно рождаться подозрение, когда приходится ее констатировать у молодых лиц, как проявление благоприобретенного или врожденного лues'a (buphtalmus). Терапия на основании уже сказанного не может встретить затруднений.

Об остальных заболеваниях, как *ulcus digni* на оболочках глаза и придатках, о *tarsitis luetic*a и т. д. и т. д. я специально говорить не буду,—терапия их складывается без затруднений на основании вышесказанного.

I. Общая терапия конъюнктивитов.

Диагностические замечания. Диагноз конъюнктивита складывается из следующей серии признаков: слезистая век в большей или меньшей степени красна и утолщена, вследствие этого лишена своей нормальной прозрачности. Подобного рода умозаключение вытекает из того, что наблюдатель не замечает свойственного ей рисунка, который прекрасно выступает в нормальном состоянии: чередование поперечных полос розового и желтого цвета; желтые полосы—Мейбомьевы железы и утолщенная, лишенная прозрачности, конъюнктива скрывает их. От разрошения сосочков слезистая становится шероховатой, бархатистой или даже как бы шагреневой, а вследствие увеличения притока крови—рыхлой и сочной.

В легких случаях и все явления выражены не резко: поражается лишь слезное ямцо и полудунная складка, в более тяжелых—все проявления более рельефны и бурны: кроме самой слезистой век участвует и слезистая переходных складок, а также и главного яблока. При чем затронута только поверхностная сеть сосудов—*конъюнктивальная ин'екция*.

На фоне общей картины конъюнктивита могут различаться еще некоторые добавочные симптомы, характеризующие отдельные формы, как, напр., водянка—отек—слезистой оболочки яблока или *chemosis*, разного рода пятна, пленки и т. п. Обо всех этих добавочных симптомах мы поговорим в частном отделе, при разборе отдельных разновидностей.

Кроме того, как и при всяком другом воспалении какой-либо слезистой оболочки, здесь встречается отделяемое, засыхающее иногда по краям век в виде корочек. Характер его при различных степенях воспалительного процесса различен: слезистый, слезисто-гнойный, гнойный и т. п. В мазках из этого отделяемого находят под микроскопом различных бактерий: палочку Кох-Викса, Леффлера, пнеумококк, гонококк, диплобациллу Моракс-Аксенфельда и др.

Показания к терапии. Начинающий окулист должен приучаться мыслить терапевтически, понимать показания, а не заучивать наизусть предлагаемые рецепты. То, что только механически захвачено памятью, легко забывается, и, не способствуя прогрессу, ведет к рутине. Приученное же мышление, всегда сопровождающееся ответом на вопрос почему, не только ведет к целесообразному назначению, но и способствует прогрессу, будя мысль и побуждая ее к новым завоеваниям.

Рассмотрим поэтому, каковы те показания, которые должны лечь в основу общей терапии конъюнктивитов.

1) Так как в основе заболеваний лежат микробиологические причины, и патологический процесс в большинстве случаев является следствием жизнедеятельности бактерий, то первому показанию удовлетворит название *бактерицидных веществ*.

2) Как при всяком воспалении слизистой оболочки для устранения набухлости, рыхлости тканей, а также отделяемого придется прибегнуть к действию *вяжущих средств*. В случаях же бурно протекающих, с обильным и гнойным секретом, при резко развитом процессе действие вяжущих может оказаться слабым, тогда понадобятся более энергичные средства — *прижигающие*. Строго говоря, разница между этими двумя группами только количественная, и прижигающие только энергичнее проявляют свое вяжущее действие. Назначением вяжущих и дезинфицирующих средств мы выполним общие показания для всех конъюнктивитов, дополнительные же показания рассмотрим в частном отделе.

Рассмотрим теперь каждую из этих групп медикаментов.

Применение и свойства отдельных медикаментов.

Прижигающие. Прижигающие средства обыкновенно применяются самим врачом в виде смазываний слизистой оболочки вывернутых век. Сюда относятся: *япис, танин, квасцы и медный купорос*.

Назначение яписа (азотнокислое серебро), как самого энергичного прижигающего, ограничивается только одним строго определенным показанием, на что обращаю самое серьезное внимание читателя. Его место только в тех случаях, где имеется *гнойное* или значительное слизисто-гнойное *отделяемое*. В тех же случаях, *где нет гнойного отделяемого, нет и показаний для яписа*. Это правило необходимо хорошо усвоить и строго проводить в жизнь, если не желают терпеть неудачи. А как часто грешат против этого правила, широкой рукой назначая *argentum nitricum*, не считаясь с тем, существуют ли нет показания для его назначения. Лучшей и единственной концентрацией его является 2% раствор. Менее сильные разведения, как 1/2—1%, не достигают цели или действуют крайне медленно и ненадежно. Неприятные же ощущения пациента от 1% и 2% раствора почти идентичны. Более концентрированные т. е. 3%—4%, вызывают образование не скоро отпадающих пленок и слишком сильно раздражают ткани.

Для прижиганий готовят баннички, т. е. берут деревянную, как свичка тоненькую, палочку и на один ее конец наворачивают комочек гигроскопической ваты. Вывернув хорошо веки, легко проводят по слизистой оболочке таким, смоченным в 2% растворе яписа, банничком 1—2 раза, выжидают около

Rp. Argenti nitrici 1,0
Aq. destillatae 50,0
M.D. ad vitr. nigr. cum epistomata vitrea.
S. Для прижиганий (I)

1/2 минуты и смывают, уже нейтрализованный к этому времени слезой, избыток хлористого серебра. Для такого смывания—пригодны: раствор 2—3% борной кислоты, кипячая вода, физиологический раствор поваренной соли (0,9%) и т. п.—Смываю струей жидкости из резинового баллона 1—1 1/2 унции вместили или обильно смоченным чистым ватным банничком. Считаю долгом теперь же заявить, что *назначение яписа в виде капель для пользования пациентом на дому следует считать неопозволительной ошибкой*, так как в таком применении он сильно раздражает глаза, не производя никакого терапевтического эффекта и легко вызывает: *аргироз*—окраску глаз в черный цвет вследствие отложения металлического серебра в склере

и конъюнктиве. Эти прижигания производятся ежедневно, а при резком улучшении и через день.

Примечание. Если больной попадает к врачу в период незначительного гнойотделения, то такого больного следует предупредить о том, что на утро его века будут сильнее склеены гноем, и только через день отделяемое уменьшится.

Некоторые больные очень резко реагируют на прижигания ляписом болевыми ощущениями в течение 1—2 часов. Им лучше всего рекомендовать ложиться спать после смазывания часа на 2, или класть дома на закрытые веки холодные компрессы, хотя бы из кипяченой воды, чередуя их с промыванием глаз той же водой. У детей же после нейтрализации остатков серебра можно для обезболивания орошить слизистую вывернутых век из пипетки несколькими каплями 3% раствора кокаина. Такой анальгезии у них хватает надолго, и дети не пугаются новых прижиганий.

Квасцы—Alumen.—Квасцы принадлежат к вяжущей группе, действие их значительно слабее и нежнее ляписа, в соответствии с чем круг применения их несколько иной, чем азотнокисл. серебра.

Показанием для назначения квасцов служат: гиперемия конъюнктивы, ее набухлость при отсутствии гнойного и слизисто-гнойного секрета. Применяются они в виде гладко-обточенного карандаша, которым тушируют слизистую оболочку век. Болей они не вызывают, а небольшое жжение проходит через 1—2 минуты, и после прижигания пациент в течение этого срока должен сидеть с закрытыми глазами, после чего он может их сразу открыть и идти домой. У некоторых больных остается часа на 2 после смазывания ощущение инородного тела в глазу, от свернувшейся слизи. Прижигания производятся ежедневно или через день, сообразуясь с интенсивностью воспалительного процесса.

Танин—ac. tannicum.—Мы пользуемся следующей прописью танина для смазывания бинничком (ватной кисточкой) слизистой оболочки век:

Rр. Ac. tannici 4,0
Ac. borici 2,0 ¹⁾
Glycerini puri 5,0
Aq. destillatae 50,0
MDS. Для прижиганий (2).

Показания к назначению танина почти те же, что и для квасцов. Особенно полезен танин при разрыхленной конъюнктиве век или переходных складок и при значительном секрете слизистого характера.

В строго ограниченных случаях может заменить ляпис при гнойном или слизисто-гнойном отделяемом. Это очень упорные, вяло протекающие заболевания, плохо поддающиеся воздействию азотно-кислого серебра. В этих случаях танин является активатором действия ляписа. Обычно после 5—10 таких смазываний танином переходим к прижиганиям квасцами, но если отделяемое не изменяет своего характера от танина, то мы возвращаемся опять к прижиганиям раствором ляписа, и скоро добиваемся желаемого результата.

Если же после 10 таких смазываний танином слизисто-гнойное отделяемое стало незначительным или на первый план выступает разрыхленность тканей, то возвращаться к ляпису нет оснований.

Танин, как и квасцы, водой не смывается.

Sulfrum sulfuricum—медный купорос. Палочка медного купороса имеет свои строго-определенные показания, как срсесифум при трахоме (см. ниже).

Суррогаты ляписа.—В виду некоторой болезненности прижиганий ляписом неоднократно делались попытки заменить его белковыми производными серебра или другими препаратами.

¹⁾ Без борной кислоты через 2—3 дня разовьется в растворе обильная плесень.

К сожалению, ни софол, ни ихтарган, ни аргирол, ни аргентами, ни даже колларгол—этот безусловно ценный препарат—не выдерживают сравнения с прижигающими и вяжущими свойствами ляписа. Особенно рекомендовался одно время протаргол—препарат, на наш взгляд, не только бесполезный, но и не вполне безопасный. Протаргол очень нестойко, легко разлагается и легко вызывает явления раздражения слизистой глаза. Вообще препарат очень коварный, разлагающийся не только от действия света, но и от тепла. И молодым коллегам я рекомендую совершенно *воздержаться от применения протаргола*.

Для замены ляписа предлагалось множество различных средств, напр., синий шокантия и т. п. Несостоятельность их столь очевидна, что не стоит тратить времени на их перечисление.

Дезинфицирующие и вяжущие средства.

Дезинфицирующие и вяжущие средства применяются в двух модификациях: 1) в виде капель, которые больные сами пускают себе в конъюнктивальный мешок—в глаз, как принято говорить, и 2) в виде примочек, промываний и ванночек.

Назначение капель.—В этой группе к дезинфицирующим веществам мы относим все производные серебра. Относительно применения этих производных необходимо усвоить одно основное положение: *единственным показанием для назначения препаратов серебра служит наличие гнойного отделяемого*. Следовательно там, где нет гнойного или слизисто-гнойного отделяемого, не может быть и показаний для назначения серебряных солей. К сожалению, против этого положения очень часто грешат и совершенно напрасно. Из всех гомологов этой группы *лучшим и во всех смыслах прекрасным препаратом является Collargol* или Argentum colloïdale Kredé. Все остальные гомологи значительно уступают ему, как по силе своей бактерицидности, так и по силе терапевтического эффекта. Кроме того колларгол не имеет никакого побочного действия и прекрасно переносится глазом, чего нельзя сказать про другие аналогичные препараты. Так, например, протаргол нередко без всякой видимой причины неожиданно начинает проявлять сильное раздражающее действие на конъюнктиву, ухудшая гладко протекавшее заболевание. И я рекомендовал бы молодым коллегам лучше забыть про существование протаргола, софола и т. п., а также никогда не назначать ляписа в виде капель.

Collargol применяется в виде 2—3—5% водного раствора, значительно реже 10%. Наиболее частая его формула 2—3% о. Он, даже при очень длительном применении, не вызывает аргироза, чего нельзя, напр., сказать о протарголе: аргироз, хотя правда и очень редко, но все же наблюдается при его применении.

Относительно способа назначения необходимо сделать существенное пояснение: шаблонное назначение 2 раза в день по 2 капли за веки не дает хороших результатов, и мы применяем его 4—6 раз в день, а в некоторых тяжелых случаях (триппер глаза) и каждый час по 2 капли. Большим преимуществом колларгола по сравнению со всеми препаратами серебра является еще и то, что при конъюнктивитах, протекающих не очень бурно—подостро, часто возможно бывает обойтись без прижиганий ляписом. В этих случаях рекомендую начинать с назначения капель колларгола и только, если через 8—10 дней не наступит значительного улучшения, придется присоединить прижигание ляписом.

Rp. Sol. 3% Collargoli Heyden 10,0
S. 4—6 раз в день по 2 капли
за веки (3).

При назначении колларгола следует предупредить о том, что он выделяется через нос, пачкает носовые платки, и своим видом может симулировать кровавые пятна, что иногда пугает не предупрежденных больных.

Прекрасными вяжущими являются препараты цинка, но только при условии отсутствия гнойного отделяемого. При слизистом же отделяемом их назначение вполне уместно.

Rp. Zinci Sulfurici
Cocaini muriatici aa 0,05
Sol. 3% Ac. boricii 15,0
MDS. 3 раза в день по 2 кап. (4).

Rp. Zinci Sulfurici 0,05
T-rae Phebalcae 0,3
Glycerini puri 2,0
Sol. 3% Ac. boricii 15,0
MDS. 3 раза в день по 2 кап. (5).

Рецепт № 4 предназначается для лиц моложе 35 лет, а № 5 назначается после 35-летнего возраста. Коккаин, как известно, обладает свойством расширять зрачок и повышать внутриглазное давление, а следовательно может стать способствующей причиной для появления глаукоматозного приступа и требует некоторой осторожности при своем назначении, как сосудосуживающего средства. После 35 лет целесообразнее обходиться без него, так как около этого возраста и без его применения появляется склонность к глаукоматозному процессу.

На это противопоказание я тем охотнее обращаю внимание читателя, что в некоторых руководствах можно прочесть совершенно обратное: по странному недоразумению кокаин отнесен к группе веществ, понижающих внутриглазное давление. Такое заявление определено ошибочно. Чтобы раз на всегда закончить с этим вопросом следует запомнить очень простое правило: *вялкое средство, вызывающее расширение зрачков, повышает и внутриглазное давление.*

Вместо сернокислого цинка можно во всяком возрасте назначить:

Rp. Zinci Sozodolicii 0,15—0,2
Sol. 3% Ac. boricii 15,0
MDS. 3 р. в день по 2 кап. (6).

К тому же приведенной прописи нельзя добавлять кокаина, так как получается осадок нерастворимого соединения, который остается на фильтре в аптеке,

а больной получает на руки воду.

При значительной разрыхленности слизистой оболочки вяжущей силы цинковых препаратов недостаточно и приходится прибегать к резко-вяжущему свойству танина:

Rp. Ac. tannici 0,5
Glycerini puri 2,0
Sol. 3% Ac. boricii 15,0
MDS. 3 р. в день по 2 кап. (7).

Капли назначаются для домашнего применения самим пациентом, при этом можно не придерживаться счета капель, а пускаться из пипетки струйкой: излишек выльется по щекам.

Примочки.—При выполнении этой процедуры больной усаживается к столу, наливает на блюдечко небольшое количество прописанной жидкости и, слегка наклонив вперед голову, моет края век смоченной ватой, стараясь держать глаза открытыми. Через 2—3 таких сеанса больные легко приспосабливаются: выучиваются держать веки открытыми и жидкость попадает в конъюнктивальный мешок.

На первом месте, как по своим дезинфицирующим свойствам, так и по отсутствию всякого побочного действия, стоит *цианистая ртуть*, обладающая одинаковой с сулемой бактерицидной силой, но не вызывающая явлений раздражения глаза, свойственных сулему. Я лично совершенно не пользуюсь услугами последней.—Раствор цианистой ртути, выставленный

на солнце, разрывает бутылки и шумом взрыва пугает окружающих, поэтому, он должен сохраняться в полумраке. Во избежание отравлений бесцветной жидкостью я назначаю всегда окрашенные растворы.

Rp. Sol. 1: 5000 Hydrarg. Cyanati 500,0
Sol. 1% Methylene bleu gut. j. (ana).
MDS. Примочка. (8).

Основное показание—слизисто-гно-
ное отделяемое. Мы назначаем 3—4 раза
в день для промывания глаз по 2—3 ми-
нуты перед каждым впусканьем капель.

В качестве вяжущих примочек применяются следующие:

Rp. Zinci Sulfurici 0,15
Aq. Pruni Padi 200,0
MDS. Примочка. (9).

Rp. Ac. tannici 2,0
Glycerini puri 10,0
Sol. 3% Ac. borici 200,0
MDS. Примочка. (10).

Rp. Ac. tannici 2,0
Sol. 1: 5000 Hydr. Cyan. 500,0
MDS. Примочка. (11).

Rp. Liq. Plumbi acetici basici 40,0
MDS. 10 кап. на 1/2 стак. кипяч.
воды. (12).

Rp. Natrii bitoracis
Aq. Lauroceras. aa 10,0
Aq. Rosarum
Aq. Destillatae ãa 250,0
MDS. Примочка. (13).

Rp. Mixt. Oleoso-balsamic. 5,0
Natrii salicylici 8,0
Aq. destillatae 500,0
MDS. Примочка. (14).

Rp. Sol. 1 — 5000 Kalli Hyper-
margarici 500,0
MDS. Примочка (15).

Все указанные примочки (рек. 9—15)
обладают вяжущим действием, но кроме
этого общего им свойства каждая из них
может удовлетворить и специальное пока-

зание в более тесном смысле:

9.—Когда более выражена инфильтрация тканей, а разрыхленность слабо, в подострых и хронических случаях.

10.—Вследствие сильно вяжущего влияния танина показана в случаях, где резко выражена разрыхленность слизистой.

11.—В тех же случаях, что и 10-я, но где кроме того имеется и значительное отделяемое, так как входящая в нее цианистая ртуть вносит и дезинфицирующее действие.

12.—Имеет ограниченное показание специфической набухлости тканей при резкой гиперемии, как это имеет место при эпидемическом заразом конъюнктивите.

13.—Бура и ароматические настои уменьшают раздражение тканей. И сообразно с этим, их показание в случаях гиперестезии аденоидной ткани, выражающееся появлением мелких зерен, т. е. фолликулеза.

14.—Эфирные масла (Mxt. Oleoso-Baes), повышая тонус кожных вазомоторов, суживают сосуды. А, следовательно, их место при резко выраженной гиперемии кожи век (Rosacea).

15.—Венерологи издавно с хорошим успехом пользуются марганцовокислым кали при говорройных уретритах (способ Жана и т. п.) и в офтальмологии его специальное показание трихерный конъюнктивит.

Разобрав, таким образом, руководящие принципы терапии конъюнктивитов, мы этим закончим общую часть и перейдем к частному отделу.

II. Частная терапия конъюнктивитов.

При изучении терапии отдельных форм конъюнктивитов в основу классификации следовало бы положить бактериологический принцип. К сожалению, такое *riim desiderium* недоступно практическому врачу, а тем более врачу интиспектисту,—типа земского врача,—обремененному огромной амбулаторией. Кроме того, исключительно бактериологическая классификация, принятая некоторыми учебниками, не жизнеспособна и не лишена значительных неудобств. С одной стороны, не все клинические формы имеют своего специфического возбудителя, с другой же—один и тот же возбудитель может вызвать совершенно различные картины болезни, требующие применения и различных методов лечения. Так, напр., в *Koch-Wilks'a* может вызывать то *conjunctiv. pseudo-membranosa*, то *conj. epidemica* и т. п. Исключительно бактериологическая классификация уже породила некоторые странные явления, перепутав клинические формы. Так, напр., в таких руководствах, как—*Römer'a Axenfeld'a*, несмотря на резкую индивидуальность, не уделено почти никакого внимания эпидемическому конъюнктивиту *Graefe*, что порождает путаницу как с диагнозом, так и с терапией. Для врача же практика, а тем более начинающего, важна клиническая физиономия отдельных заболеваний. Я вовсе не намерен умалять большого значения бактериологических изысканий, но полагаю, что клинике принадлежит главенствующая роль.

1. Острый катаральный конъюнктивит.

Симптоматология.—Больной является к врачу с жалобами на чувство инородного тела в глазу, на ощущение жара, гноеотделение и склеивание век по утрам. Объективно находим: значительно выраженную конъюнктивальную инъекцию. Слизистая век и переходных складок красна, набухши и рыхла, рисунка Мейбомовых желез не видно. В конъюнктивальном мешке гнойное или слизисто-гнойное отделяемое, которое иногда обнаруживается только у основания ресниц.

Терапия.—После краткого рассмотрения симптоматики разберем показания к терапевтическому вмешательству.

1) Слизисто-гнойное отделяемое, будучи само результатом работы бактерий, благоприятствует их росту, застаиваясь в конъюнктивальном мешке, следовательно, первым показанием явится необходимость помешать скоплению секрета промываниями антисептической жидкостью.

2) Вторым—назначение бактерицидного вещества, действующего непосредственно на бактерий конъюнктивального мешка. Присутствие же слизистогнойного отделяемого определено указывает, из какой группы должно быть это вещество.

3) Так как, кроме того, основой болезни служит катаральное воспаление слизистой оболочки, то надо его оборвать. Однако, применяя вяжущих средств, очевидно, будет недостаточно—гнойное отделяемое—и придется прибегнуть к прижигающим свойствам ляписа. Итак, в своих назначениях мы должны удовлетворить указанным показаниям введением в нашу терапию: 1) прижиганий, 2) антисептических промываний—примочек и 3) бактерицидных капель.

На основании указаний, сделанных в общей части, отдельные назначения сами собой понятны. Поэтому мы назначим прижигания 2% раствором ляписа (*реш. № 1*), так как вяжущих свойств танина и квасцов окажется мало. Прижигание следует делать ежедневно (но не более 1 раза

в день) или в крайнем случае через день, что, конечно, значительно хуже. Из бактерицидных капель мы на руки пациенту можем дать только 3% или 2% раствор Collargol'a (реци. № 3) 5—6 раз в день по 2 капли за веки, а для промываний наиболее бактерицидную цианистую ртуть (реци. № 8) столько же раз в день, сколько и капли, при чем примочку больной всегда делает перед впусканием капель, т. е. промываниями готовят почву для капель.

После нескольких дней такого лечения краснота и набухлость тканей уменьшается, отделяемое терлет свой гнойный характер, не склеивает больше уже век по утрам, или даже совершенно исчезает; происходит это обыкновенно через 10—12 дней, иногда раньше, иногда несколько позже в зависимости от индивидуальности больного. С прекращением гноеотделения исчезают и показания для яписса и колларгола. Теперь на первый план выдвигается потребность в вяжущих средствах и, продолжая применение примочки из цианистой ртути, мы переходим к прижиганиям квасцами и цинковым каплям (реци. № 4 или № 5). В случаях же резкого улучшения (от яписса, колларгола), когда и слизистое отделяемое почти отсутствует, т. е. когда нет надобности в более резком вяжущем воздействии, мы можем совершенно отменить прижигания, довольствуясь назначением цианистой ртути и цинка.

Если после исчезновения слизисто-гнойного отделяемого конъюнктивита век и переходных складок продолжает оставаться очень рыхлой, то является показание для применения более резко действующего вяжущего, вместо квасцов—таннина (реци. № 2) в виде смазываний и даже перемены примочки и капли (реци. 7, 10, 11). Если же, не взирая на таннинную терапию, разрыхленность тканей держится еще 2—3 недели, если, следовательно, процесс протекает очень торпидно-вяло, то является показание обострить его. Тогда, не отменяя домашней терапии, делаем 4—5 прижиганий (ежедневных) 2% раствором яписса, хотя и нет гнойного отделяемого, после чего опять возвращаемся к смазываниям таннином, а если нужно, то и к квасцам, согласно существующим показаниям. Такой терапии обыкновенно достаточно для излечения.

В подострых случаях с незначительным слизисто-гнойным отделяемым, захваченных с самого начала, можно бывает ослабить напряженность терапии—не прибегать к яписсу, а ограничиться лишь цианистой примочкой и колларголом и только, если через 10—14 дней процесс не стихнет, вводить запасные прижигания яписсом. В огромном большинстве случаев удается справиться без яписса, что для больного представляет огромное удобство.

Однако, встречаются большие, у которых, несмотря на правильно проводимую терапию, процесс не стихает или дает неопытные обострения. В этих случаях приходится доискиваться причины, и ее нетрудно бывает обнаружить.

На первом плане мы должны указать на аномалии рефракции, особенно гиперметропию и астигматизм. Эту причину всегда следует иметь в виду, и при всяком конъюнктивите исследование больного надо начинать с определения с его рефракцией и корректировать недостатки стеклами. Особенно настойчиво рекомендуем не забывать проверять, на каком расстоянии находится его ближайшая точка ясного зрения. К сожалению этому важному этиологическому моменту уделяется слишком мало внимания. Правило исследовать у каждого больного месторасположение ближайшей точки ясного зрения—р. чрезвычайно туго проникает в сознание не только у молодых, но и у старых врачей практиков. А между тем это единственный способ обнаружить перенапряжение аккомодации и открыть скрытую гиперметропию. Перегрузка же аккомодации всегда ведет к конъюнктивиту или поддерживает

уже развившийся. Как это происходит? Каков механизм, об этом не буду говорить, очевидно, дело в сосудистой системе—в увеличении притока крови. Главное в том, что такая зависимость всегда имеется, и такой больной всегда нуждается кроме лечения конъюнктивита еще и в назначении рабочих стекол. Обычно у них острота зрения бывает равна единице или даже выше, но зато ближайшая точка ясного зрения по сравнению с амметропами удалена. Следовательно, чтобы ориентироваться в этом недостатке, необходимо знать место нахождения р. от глаза в разные возрасты. Привожу для этого таблицу.

в 10 лет р. отстоит от глаза на	6,3 см
- 15 "	8,2 "
- 20 "	9,7 "
- 25 "	11,5 "
- 30 "	14,0 "
- 35 "	16,6 "
- 40 "	20,0 "

(Подробнее об этом смотри мое руко-
в. к подбору очков).

*И всякий раз, когда р. нахо-
дится дальше указанного расстояния,
назначением выпуклых стекол сле-
дует перевести ее на указанное место.*

У суб'ектов же слабых и исто-
щенных при жалобах на утомление
глаз во время работы даже и при
нахождении р. на своем месте сле-

дует назначать Сопвех 1,0 Д. для работы: голодные годы отразились на населении также и ослаблением аккомодативной мышцы и ей надо помочь.

Несоблюдение этого несложного правила уже многократно было причиной того, что больные месяцами не могли справиться с разыгравшимся конъюнктивитом.

Так как среди прочих причин конъюнктивита значится пребывание в пыльном воздухе и бессонные ночи, то необходимо справиться об обстановке и образе жизни: иногда упорство болезни зависит, напр., от упорства в увеличении вынот и т. п. Если все эти моменты исключаются, необходимо иметь в виду еще две возможности: 1) занятия при недостаточном освещении, когда, вследствие отсутствия ясности получаемых изображений, приходится близко наклоняться к предмету работы и напрягать аккомодацию сверх нормы. Кроме того, под влиянием наклона головы и сдавления яремных вен нарушается правильное кровообращение головы; 2) заболевания носа в виде гипертрофического или атрофического ринита, полипов и т. п. Поэтому в упорных случаях необходима консультация с опытным ринологом. При этом вовсе не требуется каких-либо резких отклонений от нормы со стороны носа: даже самое незначительное заболевание носа может служить причиной упорства конъюнктивита. Конечно, лечение носа в таких случаях нельзя откладывать. При одностороннем же конъюнктивите больного с самого начала следует отправить на заключение ринолога, так как чрезвычайно часто здесь окажется или заболевание носа, или дакриоцистит, или и то и другое вместе.

Наконец, если в течение острого конъюнктивита наблюдаются то затихания, то обострения процесса, т. е. обнаруживается своеобразная ритмичность, но все вышеприведенные моменты исключаются, необходимо подумать о малярии. В этих случаях необходим анализ крови на малярийного плазмодия. Далеко не всегда такое исследование дает положительный результат, но иногда оно может нам значительно помочь: так констатирование лейкопении при наличии увеличенного мононуклеоза (10—20%) даст нам почти уверенность правоты наших предположений; последовательное же провокационное выпрыскивание под кожу молока (2—5,0) или адреналина (0,001) может стать причиной появления плазмодиев в крови или даже типичного приступа малярии. Правда, такие случаи нечасты, однако, помнить про такую возможность необходимо, так как, без специфического лечения, одна местная терапия не поможет.

Если все возможности нахождения этиологического момента исчерпаны, а конъюнктивит не поддается излечению, следует подумать о сифилисе, так как (хотя и очень редко) перенесенный, но плохо леченный *luës* может быть причиной такой упорной неизлечимости.

2. Эпидемический или остро-заразный конъюнктивит.

Так как описание эпидемического конъюнктивита отсутствует в современных учебниках по офтальмологии, а на практике его распознавание встречает странные препятствия до смешения с гонимой включительно, я позволю себе несколько подробнее остановиться на нем.

Остро-заразный конъюнктивит называется еще иначе: конъюнктивитом Грефе, по имени автора, впервые его описавшего.

Чаще всего он вызывается палочкой *Koch-Weeks'a*, иногда пневмококком, в отдельных же случаях никаких микробозбудителей обнаружить не удается.

Суб'ективные жалобы достаточно однообразны и ограничиваются явлением, что за последние дни глаза стали гноиться, покраснели, а по утрам веки бывают склеенными. Более наблюдательные больные при этом указывают, что первоначально заболел один глаз, а через 3—5 дней (иногда и позже) присоединился и другой. Значительная часть пациентов и на прием является с заболеванием только одного глаза. В более редких случаях заболевание так и остается односторонним.

Если все явления развиваются очень стремительно и крайне интенсивно, то такое бурное начало сильно пугает больных и начинающих окулистов, которые принимают его за триппер глаза, что, конечно, порождает немало излишних волнений, говорю «излишних» потому, что при правильной терапии эпидемический конъюнктивит всегда заканчивается полным выздоровлением.

Симптоматология.—Картина болезни настолько своеобразна, что дает вполне достаточно данных для безошибочного диагноза. На фоне слабо или резко развитого конъюнктивита всегда имеются очень ценные для распознавания признаки. Таких кардинальных симптомов три. Правда, не всегда они встречаются одновременно, но констатирование уже одного из них является вполне надежной опорой для точного распознавания.

Первый признак — составляют разбросанные по конъюнктиве глазного яблока кровоизлияния. Они то очень мелкие, и обнаруживаются только при внимательном осмотре, то настолько крупны, что невольно обращают на себя внимание уже в то время, когда больной еще только подходит к врачу. Величина их колеблется от $\frac{1}{4}$ булавочной головки до чечевицевого зерна, иногда превосходя его в $1\frac{1}{2}$ —2 раза. Форма их самая причудливая: от круглых пятнышек, точек, залятых, неправильных линий до фигур самых разнообразных очертаний. Чаще всего они располагаются недалеко от лимба роговой оболочки, нередко вблизи слезного мясца, но также у экватора и даже дальше.

Количество их также подвержено большим колебаниям: то с трудом удается отыскать одно незначительное кровоизлияние, то, наоборот, их очень много. В некоторых же случаях, или даже в целой серии случаев, их бывает так много, что получается впечатление будто кто-то, обмахнув предварительно кисточку в кровь, брызнул ею по глазу: вся конъюнктива глазного яблока сплошь усеяна кровавыми мазками.

Этот признак столь своеобразно типичен, что смешать его с чем-либо другим совершенно невозможно: он производит впечатление, именно, кровавых брызг, чем резко и отличается от других геморрагий. Кроме того,

травматические—более обширны, глубоки, не напоминают брызг и мазков, а при рассасывании претерпевают цветные переходы и переливы. Эти же «брызги» исчезают бесследно—тают.

Конъюнктивальная инъекция в резко выраженных случаях имеет нередко тоже своеобразный вид: она покрывает глазное яблоко красной тонко-связанной мелко- и много-петлистой сетью. (Возраст больных—молодой, редко попадают субъекты старше 35 лет).

Но этим не исчерпывается геморрагический характер болезни. «Симптом кровяных мазков» может выродиться в едва уловимые кровоизлияния, и при беглом осмотре глазное яблоко может казаться нормальным, лишь с незначительной конъюнктивальной инъекцией. В таких случаях легко не заметить эти мазки, особенно, когда не знают об их существовании. Между тем как одного этого признака вполне достаточно для распознавания болезни. Любимая локализация—нижняя переходная складка, то ее место, где начинается конъюнктивна bulbi. Эти кровоизлияния необходимо искать, всматриваясь в слизистую: величина их почти микроскопична. Появляются они в виде точки обыкновенной печати, помещаясь около расширенного сосуда, в виде его добавочного контура, местами—в виде красной веточки, как бы наложенной на артерийку.

Своевременное нахождение этого симптома имеет большое значение,—дает возможность купировать болезнь в самом начале и устранить источник заразы.

Второй признак.—В области глазной щели на conjunctiva bulbi, вплотную прилегая к роговой оболочке, по обоим концам горизонтального меридиана, располагаются *треугольной формы плоские холмики*, обращенные своими основаниями к лимбу. Длина каждой стороны треугольника 3—5 мм. Поверхность их несколько разрыхлена и шероховата, но никогда здесь не развивается язвенного процесса.

Благодаря общему красному фону глазного яблока, эти белые или серовато-белые треугольники очень рельефно выделяются и легко обращают на себя внимание исследующего. Ни при каком другом заболевании они не встречаются. Смещение с фликтенами, о которых приходит мысль во время чтения описания, совершенно невозможно.

Третий признак.—В резко выраженных случаях нижние переходные складки темнокрасного, насыщенного цвета, очень сочны и набухши. При первой же попытке оттянуть нижнее веко они выступают в виде сочного, мясистого вала. В соответствии с таким набуханием слизистой оболочки, кожа век отечна, особенно нижнего. В слабо выраженных случаях (*formes frustes*) этот «симптом валика» нижней переходной складки выражен очень своеобразно: после оттягивания кивзу нижнего века на слизистой хряща обнаруживается незначительная гиперемия, тоже и на переходной складке, а у границы ее перехода на глазное яблоко виден, слабо вырисовывающийся, горизонтальный валик, напоминающий тоненькую сосиску в 1,0—2,0 мм шириной, желто-розового или красного цвета. Иногда от этой узенькой сосиски в 2—3-х и более местах ползут в вертикальном направлении, скользкая по слизистой яблока, пучки очень тонких кровеносных сосудов, образуя своими вершинами небольшие метелочки в роде микроскопических елочек. Эти елочки хорошо выступают на фоне сравнительно бледной конъюнктивы яблока.

Отек век в этих случаях выражен очень слабо и локализуется на нижнем; иногда же выражается только незначительным сглаживанием кожных складок, что рельефно выступает при односторонности заболевания. Это очень ценный признак.

При дифференциальном диагнозе приходится иногда, выражаясь фигурально, обходить один подводный риф, который может запутать начинающего офтальмолога, и на который иногда садятся из старых врачей практиков те, которые страдают трахомофилией. Ошибки в этом направлении очень нежелательны и чреваты многочисленными неприятностями: эпидемический конъюнктивит из невинного заболевания превращается в тяжелую болезнь, затягивающуюся на долгие месяцы. Дело в том, что в известной серии случаев на переходных складках появляются крупные зерна, предельски похожие на трахоматозные. Однако, нельзя ставить диагноза трахомы, руководясь только присутствием зерен. Не всякий кашель есть продукт чихотки, и кашель, и зерна суть только симптомы и не более как симптомы. Слизистая век на совершенно различные раздражения реагирует разрастанием аденоидной ткани. И при эпидемическом конъюнктивите, где центр тяжести воспалительных явлений локализуется в переходной складке, аденоидная ткань легко вовлекается в процесс. Однако, внимательный осмотр всегда обнаружит присутствие одного или даже всех трех признаков на ряду с зернами, что и даст возможность поставить правильный диагноз.

Если не торопиться с диагнозом и не ставить его «на лету», а лишь после тщательного осмотра, то сделать ошибку безусловно невозможно. Кроме того следует помнить основной принцип, гласящий, что, по крайней мере, в наших широтах *не существует острой трахомы или трахоматозного конъюнктивита*, и уже по этому одному появлению зерен при остром к-те всякий раз должно заставить врача подумать о возможности эпидемического к-та.

Читатель может задать вопрос: допустима ли комбинация эпидемического к-та и трахомы? Такую возможность конечно отрицать нельзя, но и в этом случае следует выждать окончания эпидемического к-та и только тогда приступить за лечение трахомы, но не раньше.

Течение болезни.—При рациональной терапии до выздоровления проходит 2—4 недели. Однако следует добавить к общей характеристике болезни, что не существует другой, которая бы так резко реагировала на погрешности терапии. Как правило ее течение не отражается никакими осложнениями.

Из моментов, крайне плохо влияющих на эпид. к-т, следует отметить болезнь носа. В упорных случаях необходимо иметь в виду этот важный фактор.

Терапия.—Прежде чем приступить к рассмотрению терапии эпидемического к-та, я должен указать на одну основную черту данного заболевания, его повышенную чувствительность ко всякого рода прижиганиям. И с этой точки зрения *подлежит исключительно все препараты серебра*, особенно, излюбленное некоторыми врачами, орошение слизистой век 2% раствором ляписа, вместо прижигания ватной кисточкой. Если вообще подобное орошение по своему эффекту стоит значительно ниже прижиганий, как сильное раздражающее, то при эпидемическом к-те оно абсолютно недопустимо, как фактор вредный, способствующий затягиванию процесса, появлению зерен и т. п. Даже колларгол, этот прекрасный вообще препарат — здесь недопустим. Таким образом, хотя мы и должны прибегнуть к действию вяжущих и бактерицидных средств, однако наш выбор строго ограничен средствами нежестокими. В числе бактерицидных средств имеется очень нежесток действующий препарат — желтая осадочная ртуть; чтобы еще более ослабить его раздражающее действие, мы можем прибавить коканна, который будет нам полезен еще и как сосудосуживающее средство. Кроме того этот препарат оказался специфически действующим при эпид. к-те. (Был предложен для этой цели Р. А. Кац в 1905 году).

Рр. Hydrarg. praec. fl. v. h. g. p. 0,1	
Cocaini muriatici	0,05
Lanolini	1,0
Vasellini americ. puri	4,0
M. f. Ung. Miltum terrenvo. D. ad	
tubul. metallic.	
S. 3 раза в день за веки (16).	

В конце рецепта добавлено «miltum terrenvo», что имеет большое значение, так как длительное растирание мази в ступке лишает ее раздражающего действия. В качестве примочки для удаления секрета, а также нежного вяжущего, особенно

при набухлости переходной складки, рекомендуется свиновая примочка (рецип № 12); 3 раза в день перед закладыванием мази.

Обычно этих, одного или двух вместе, средств бывает вполне достаточно для быстрого и благополучного исхода.

Свиновая примочка, как прекрасное и очень нежное вяжущее, очень полезна, но, к сожалению, она обладает очень неприятной особенностью—оставляет после себя в случае осложнения язвами роговицы *белые неизлечимые пятна на роговой оболочке* из осадков свиновых соединений. Приходится считаться с психологией больных и возможно сузить показания для ее применения.—Получив скорое исцеление от свиновой примочки, больной бережно хранит рецепт на всякий случай. А при удобном случае он его рекомендует своему приятелю, если у него заболит глаза, при чем у знакомого может оказаться и язва роговицы. Это необходимо помнить и предупреждать больных о могущем быть вреде.

Не следует пугаться даже очень бурного начала болезни: этими двумя средствами удастся справиться с болезнью.

При очень бурном начале, сопровождающемся обильным отделяемым, при сильном склеивании век по утрам трудно удержать молодого врача от трафаретного прижигания яннисом. Однако я все-таки настаиваю на необходимости воздержания. Только, если после недельного применения примочки и мази процесс не стихает, можно 4—5 раз прижечь 2% яннисом, но и то через день. Но все же больше 5 прижиганий не делать. За последние годы на ряду с прекрасными результатами от указанных средств я видел немало случаев испорченных яннисной терапией. Особенно не любят янниса зерна. Зернистость не требует каких-либо особых мероприятий: с выздоровлением исчезают и зерна, при вялом их исчезании следует подумать о заболевании носа. Само собой понятно, что ни о каком выдавливании зерен здесь и речи быть не может; выдавить зерна—значит сделать грубую, трудно поправимую, ошибку: затянуть излечение на месяцы, так как из такое раздражение конъюнктивы будет реагировать бурной высыпью новых зерен.

3. Триппер глаза.

Говокококовый конъюнктивит—одно из грозных заболеваний глаза, при нецелесообразной терапии и плохом уходе заканчивающийся слепотой.

Симптоматология.—Веки закрыты, опухли, красны, тверды и облеплены гноем. Отделяемое первые дни мясо-грязного цвета. Через несколько дней из конъюнктивального мешка начинает выделяться обильный зеленовато-желтый густой, сливкообразный гной. Слизистая век и переходных складок резко красна, набухли и рыхла. Конъюнктивя яблока вздута пузырьем вокруг роговицы—Chemosis. (У новорожденных этот симптом часто отсутствует).

Осложнения.—Язвы роговицы с прободением ее, выпадением хрусталика, с исходом в слепоту от того или иного осложнения. *Продолжительность болезни 6—10 недель.* У новорожденных течение более благоприятное, хотя не одна тысяча детских глаз погибла от этой ужасной болезни.

У новорожденных появляется она на 2—9 день после рождения на свет, чаще всего на 3—4-й.

Профилактика. — Для предупреждения развития триппера глаз новорожденных необходимо соблюдение нескольких простых правил, которые почему-то очень плохо усваиваются врачами, студентами и акушерками. Правила диктуются механизмом заражения. Во время родов головка проходит по инфицированному пути, и гонококки легко попадают в конъюнктивальный мешок, где, развиваясь, вызывают гоноррēju глаза. Следовательно, необходимо убить гонококка на месте до его развития, предварительно дезинфицировав родовые пути, по которым должна пройти головка младенца. И совершенно не считаясь с тем, был ли у отца ребенка триппер или нет (а 90% мужчин своевременно болело триппером), были ли у матери бели, профилактические мероприятия должны строго проводиться при всяких родах и при всякой обстановке без исключений, и по следующим соображениям: 1) родители редко говорят правду о своих половых болезнях, особенно из среды, так называемой, интеллигенции; 2) часть женщин не замечает своих белей, и 3) часть случаев бленнорреи новорожденных вызывается посторонними микроорганизмами (диплококк, п. Koch-Weeks'a и т. п.), и хотя в этих случаях течение болезни более благоприятно, однако роговичные осложнения все же нередки.

Профилактика очень проста и вполне понятна после вышеуказанного.

1) У каждой роженицы перед родами необходимо тщательно мылом и щеткой вымыть наружные половые органы; тщательно же пальцем и мылом вымыть влагалище и обильно проспринцевать раствором сулемы 1:2000.

Обязательно после каждого гинекологического исследования, а также и после акта дефекации хорошо промывать влагалище.

2) После рождения младенца, непосредственно после перевязки пуповины, да же до первой его ванны обмыть кожу век борным раствором, чтобы освободить от «смазки» и приставших к ней гонококков. После этого уже можно дезинфицировать конъюнктивальный мешок. При выборе средства придется остановиться на самом энергичном, а таким энергичным является ляпис. Его и пускают по 1 капле в каждый глаз.

Примечание. Раствор ляписа всегда выписывается в темной посуде со стеклянной притертой пипеткой. Сохраняется в темноте. При перепорачивании бутылочки вверх дном со дна не должна подниматься черная пыль—как признак его разложения и непригодности.

Rp. Argenti nitrici Sol 2% 15.0
d. ad vitr. nigr. cum pipetka.
S. Proflaticum Kredé (17).

Указанная профилактика по Kredé есть вполне надежное и верное средство предупредить триппер глаза. Не смущайтесь разговорами о том, будто сам ляпис вызывает конъюнктивиты; если вообще они бывают, то течение их очень кратковременно, а главное неопасно. Незначительная гиперемия вреда принести не может, а без этой меры не один ребенок будет болеть триппером. Не соблазняйтесь рассуждениями о том, что 1% раствор действует также, но менее раздражает,—две ошибки в одной фразе: раздражающее (?) действие его не слабее, но профилактическая сила значительно ниже. Вы же обязаны действовать наверняка, и полумеры непригодны для борьбы с гонорреей. Вы услышите также много хвалебных гимнов, так называемым, заместителям ляписа: протарголу, итролу и т. п., к сожалению, все это основано на крайне малочисленных данных и не выдерживает конкуренции с ляписом; да же колларгол и тот не годится для этой цели. *Профилактика триппера глаза новорожденных по Kredé может быть осуществлена только применением 2% раствора ляписа.*

Значительно хуже обстоит дело с профилактикой у взрослых; конечно, каждый больной уретритом после акта мочеиспускания или после спринцевания должен хорошо мыть руки. К сожалению, такую привычку приходится выработать, и дело венеролога постоянно обращать на этот пункт внимание больных. В венерологических же диспансерах кроме того на этот счет необходимы демонстративные плакаты.

Но так как триппер глаза у взрослого, как правило, проявляется на одном глазу, и второй глаз заражается от первого позже, то приходится подумать о профилактике, о защите второго глаза какой-либо непроницаемой для отделяемого повязкой. Конечно, повязка должна быть герметическая. Обсудим, как это лучше всего сделать. Я поступаю таким образом.

На закрытые веки здорового глаза наклеиваю овальной формы полоску липкого пластыря, смазываю ее эластическим коллодием (*1 капля ol. ricini на 30,0 коллодия*). Для прочности края полоски облачиваю тонко расщипанной ватой и также смазываю ее тем же коллодием густым слоем. Особенно следует обратить внимание на тщательное закрепление повязки с носовой стороны, так как в этом месте она чаще всего отклеивается. Такая повязка меняется каждый день. Можно такую же повязку—коллодийно-пластырную наложить, вставив предварительно в середину часовое стекло.

Кроме повязки рекомендуем больному всегда ложиться на сторону поражения во избежание затекания секрета в здоровый глаз, если повязка даст где-либо случайную трещину.

Терапия.—Из разбора симптоматики и профилактики намечаются следующие показания для терапии:

1) Чрезвычайно обильная выработка гноя слизистой оболочкой, который своим мацерирующим действием плохо влияет на роговицу, требует его энергичного удаления, что можно выполнить частым промыванием каким-либо дезинфицирующим раствором. И лучше всего при соблюдении постельного режима, что облегчает уход за ним. Так как самому при закрытом здоровом глазе промывать больной глаз очень затруднительно, то для ухода нужна помощь сестры милосердия, или кого-либо из родных.

2) Наличие гнойного отделяемого требует назначения кроме промываний еще и дезинфицирующих капель, т. е. collargol'я. (См. общая часть).

3) Одного удаления гноя еще недостаточно для успеха терапии, необходимо уменьшить и его продукцию, что достигается назначением прижиганий.

4) Так как самые опасные осложнения угрожают роговой оболочке, а питание ее и при нормальных условиях обставлено плохо, то следует повысить ее питание (хемоз, мадерация гноем—все это моменты очень неблагоприятные). Такими же средствами, повышающими сопротивляемость роговицы, являются—Муотиса (их действие разобрано в общей части заболеваний роговой оболочки).

5) И наконец, так как основной причиной болезни является гонкокк с его резкою индивидуальностью, то естественно возникнуть мысли о специфическом лечении.

Разобрав таким образом показания, мы теперь можем перейти к их выполнению. Как видит читатель, нам предстоит сложный путь; но серьезность и жестокость инфекции требует и серьезных же мероприятий. И молодому врачу не следует смущаться громоздкостью терапии, легко вытекающей из сущности самой болезни.

1) Из всех дезинфицирующих средств наиболее целесообразно назначение *марганцово-кислого калия* в виду его прекрасного воздействия на гонкокки (*рец. № 15*), установленного венерологами (промывания по Жане). Промывания назначаются непрерывно каждые 15—20 мин. в виду колоссальной продукции гноя.

Раствор должен быть *горячим*, так как горячие растворы сильнее действуют. Еще и теперь в некоторых учебниках рекомендуются при триппере глаза лед и ледяные примочки. Худший совет трудно было бы придумать. И молодой врач должен хорошо запомнить общее положение о том, что *холод понижает жизнедеятельность всех тканей, а тепло повышает*. Жизнедеятельность же тканей здесь и без холода понижена.

2) Для удометворения второго показания назначаем collargol, но в виду жесткости процесса 3% раствор (реп. № 3) будет слаб, и нам потребуется вынести 10% для пускания за веки каждый час по 2 капли, после предварительного промывания горячим (сколько глаз вынесет 40—45°) раствором марганц.-кислого калия.

3) Для прижиганий можно воспользоваться только ляписом (реп. № 1), так как наличие гноя ограничивает наш выбор. Для энергичного прижигания приходится на каждый глаз тратить 3—4 ватных кисточки у взрослого и 2—у новорожденного, очистив предварительно слизистую от гнойного содержимого струей марганц.-кислого калия из баллончика. Некоторые авторы рекомендуют 4% и даже 10% раствор ляписа. Я не рекомендую молодому врачу такого героизма: более крепкие растворы слишком резко травмируют слизистую и могут вызвать частичное омертвление тканей, более же слабые мало действительны, таким образом 2% раствор ляписа является наилучшей концентрацией.

Легко может возникнуть вопрос, когда же начинать прижигания ляписом? Выше уже было указано, что показанием для назначения серебра является гнойное отделяемое, следовательно—с момента появления гноя, т. е. в тот период болезни, когда веки станут более мягкими и их легко будет вывернуть.

4) Как prophylacticum роговичных поражений, мы с первого же дня назначаем myticia (обоснование их назначения ниже).

Rp. Eserini Salicylic 0,03
Lanolini 1,0
Vasellini fl. americ. 4,0
M. d. ad tubul. metallic.
S. 3 раза в день за веки (18).

Rp. Pilocarpini muriatici 0,05
Lanolini 1,0
Vasellini fl. americ. 4,0
M. d. ad tubul. metallic.
S. 3 раза в день за веки (19).

№ 18 назначаем у детей, так как у взрослых она вызывает иногда болевые ощущения, и мы заменяем ее номером 19. Можно пользоваться во всяком возрасте следующей прописью (реп. № 20), но изофизостигмин не вошел еще во всеобщее употребление у нас и его трудно отыскать.

Rp. Isophysostigmini Sulfurici 0,005
Lanolini 1,0
Vasellini puri americ. 4,0
M. Ung. d. ad tubul. metallic.
S. 3 раза в день за веки (20).

В смысле присоединения язв роговой оболочки самый опасный период—первые 7—10 дней, поэтому чем раньше больная попадает в руки врача, тем лучше, так как борьба с уже появившимся язвен. кератитом очень трудна. (О лечении—см. болезни роговицы).

5) Попытки применения специфической терапии не дали никакого результата: *антииноккоковая сыворотка и вакцина оказались не состоятельными для борьбы с конъюнктивитом.*

На основании взглядов, высказанных мною во введении, должна явиться мысль об использовании дифтерийной акиназы для борьбы с этой инфекцией. Таким образом устанавливается показание для применения антидифтерийной сыворотки. И, действительно, здесь антидиф. сыворотка оказывается чудодейственной. И я не могу указать ни одного случая, когда эта параспецифическая серотерапия, как назвал ее Darier, оказалась бы несостоятельной. Однако, не следует думать, что у всех и всегда получался хороший результат.

Неудач описано довольно много, и всякий раз при расследовании причин неудачи обнаруживалось несоблюдение техники вырискиваний или малые дозы. В качестве общего положения здесь можно отметить следующее: *лучше вовсе не вырискивать, чем вырискивать мало.*

Сыворотка вводится подкожно 4 дня под ряд, в очень бурных случаях 5 дней под ряд. Если после 4-х введений результат получается незначительный, вводим 5-й раз. У поворожденных доза разовая 3—4 тысячи анти-токсических единиц, у взрослых 5—6 тысяч. Таким образом, за курс лечения из 5 дней мы вводим 15—20 т. поворожденному и 25—30 тыс.—взрослому. Не стесняясь в случае надобности увеличивать разовые дозы, но больше 6 вырискиваний делать не следует из опасения анафилаксии. (Перед лечением необходимо исследование мазка из гноя по Грамму на гонокки).

Вырискивание антидифтерийной сыворотки резко сокращает течение болезни, превращая ее в обыкновенный гнойный конъюнктивит. На излечение требуется не более 2—3 недель, вместо 6—10.

Раз так хорошо действует сыворотка, то казалось бы мы могли пренебречь остальной терапией. Вот именно этого делать не следует: инфекция слишком серьезна, чтобы мы могли позволить себе какие-либо отступления от терапии; только общими усилиями всего арсенала мы можем бороться с таким серьезным врагом и полумеры недопустимы. Достаточным удовлетворением для врача должно явиться сознание, что в наше время *всякий захваченный во-время триппером глаза должен закончиться полным выздоровлением.* Если больной триппером глаза обратился во-время к врачу, т. е. при здоровых еще роговицах, а в результате лечения потерял зрение, хотя бы на один глаз, виноват врач, не назначивший ему радиональной терапии.

Все последующее течение гонорреи глаза—после прекращения гноетделения—проводится согласно показаниям, указанным при остром и хроническом конъюнктивитах.

Примечания к терапии триппера глаза.

Выше я привел терапию блефорреи глаза в том виде, как она у меня сложилась за 20 с лишком лет практики, и всегда давала прекраснейшие результаты. За этот период времени на фармацевтическом рынке появилась целая серия препаратов, промелькнувших мимо меня в виде фейерверка, с тем, чтобы никогда больше не воскреснуть. А потому мой сердечный совет молодому врачу не увлекаться модою и не обращать внимания на многообещающие рекламы о новых средствах, хотя бы до того момента, пока не появится солидной работы из какой-либо университетской клиники.

Так скрылся с горизонта «Блевоенидет», столь горячо рекомендованный Адам'ом и т. д. В самое последнее время пришлось окончательно похоронить попытку применения 50% раствора протаргола, оказавшегося не в силах справиться с болезнью и т. д., и т. д. В главе о триппере глаза нельзя, конечно, обойти молчанием, так называемую протениновую терапию, которой так много и так охотно уделялось внимания за последние годы. Парентеральное введение молока безусловно оказывает большое влияние на течение разбираемой болезни, подчас дает прекрасные результаты, однако все же результаты ее значительно ниже, чем от антидифтерийной сыворотки: не получается столь магического действия, излечение затягивается, а бываю также и неудачи, чего никак нельзя поставить в вину антидифтерийной сыворотке, что и понятно—в ней одним фактором полезным для нас больше. Итак протениновая терапия не может заменить сыворотки, ее место, в тех случаях, когда нельзя достать сыворотки.

4. Дифтерия глаза и ложно-перепончатый конъюнктивит.

Симптомы. — В типичных случаях веки красны и опухли, *верхние* кроме того *тверды*, как доска. Слизистая оболочка век покрыта *красно-серовато-желтоватыми пленками*. Нижняя переходная складка салюного вида бледно-желтоватого цвета. Слизистая оболочка яблока отечна и желтовато-серым валиком окружает роговицу (*желтовато-серый жемал*). Грязно-красноватое отделяемое вначале, спустя несколько дней, приобретает гнойный характер, а веки становятся мягче. Из осложнений самые опасные — язвы роговицы с разрушением глаза, частичные омертвения век, рубцы, завороты и т. д.

Терапия. — К общей характеристике болезни следует прибавить, что совершенно независимо от локализации процесса, дифтерийная инфекция может вызвать все свойственные ей последствия вплоть до заражения окружающих дифтерией зева. Решить при первом осмотре больного, с чем мы имеем дело в каждом отдельном случае, особенно при атипичной картине — не всегда бывает легко. Легкая на первый взгляд картина с небольшим количеством пленок может оказаться настоящей дифтерией. Поэтому всегда необходимо бактериологическое исследование снятой стерильным тампоном пленки.

Так как при дифтерии каждый час дорог, то выгоднее еще до получения бактериологического ответа приступать к специфической терапии, тем более, что при всякой другой флоре параспецифическая польза также несомненна. Доэровка та же, как указана при триппере глаза. Кроме того необходимо позаботиться об удалении гнойного содержимого примочкой с антисептическими свойствами. Лучше всего для этого назначать цианистую ртуть 4—5 раз в день (*рецип. № 8*). Начало гноеотделения, когда веки станут более мягкими, дает показание для прижиганий 2% разв. ляписа и для колларгола 5—10% (*рецип. № 3*) 5—6 раз в день. Профилактика роговичных поражений аналогична профилактике при триппере глаза (*рецип. № 18—20*).

В дальнейшем терапия ведется по правилам, указанным при остром катар. к-те.

При лечении conjunctivitis pseudo-membranosa, даже нерезко развитого, следует принять во внимание одно очень важное прогностическое обстоятельство: *ложно-перепончатый к-т является своеобразным барометром, указывающим на то, что общее питание всего организма ребенка резко подорвано.*

И в этом смысле выяснение конституциональной этиологии имеет огромное значение для больного. Недавно перенесенные корь и скарлатина, золотуха, неправильности питания и т. п. моменты, выясненные расспросом и подробным исследованием всего организма больного, укажут врачу, в какую сторону следует направить внимание для поднятия сил организма.

5. Конъюнктивит Мораха-Аксенфельда. (Подострый).

Вызывается он диплобациллом Мораха-Аксенфельда и отличается большим упорством при неправильном лечении.

Симптомы. — Больные обращаются к врачу обыкновенно только после нескольких недель, а то и месяцев болезни, с жалобой на то, что веки по утрам слегка склеиваются. Отделяемое очень незначительно. Об объективно мы замечаем на фоне слабо развитого к-та типичные черты этой болезни, дающие возможность установить распознавание и без микроскопического анализа: *кожа улов век красновата* и воспалена, слегка шероховата или мацерирована. Этот *уловый дерматит очень типичен*. И на слизистой век нередко

краснота резко выражена в углах век. Таким образом, мы в праве его называть conjunctivitis et dermatitis palpebrarum angularis.

Терапия.—Терапия основана на *специфическом действии крепких растворов цинка*. Такой характеристикой процесса легко решается вопрос о назначении вяжущей примочки и капель. Примочкой может служить цинковая (реци. № 9) и капли в более сильной, чем обычно, концентрации:

Rp. Zinci Sulfurici 0,15—0,3
Cocaini muriatici 0,05
(или T-rae Phebaicae 0,3).
Sol. 3% Ac. borici 15,0
MDS. 3—4 раза в день за веки по 2 кап. (21).

Rp. Jechtyoli 0,5
Oxydi zinci 1,0—2,0
Lanolini 1,0
Vasellini puri americ. 4,0
M. d. Ung. ad tubul. metall.
S. 2 раза в день в края век. (22).

Кроме этих, чисто конъюнктивальных показаний, у нас имеется требование и со стороны дерматита. Мы должны сузить сосуды кожи и воздействовать на легкую экзематизацию. В этих случаях можно соединить выгодное действие ихтиола и окиси цинка.

Назначив эти 3 рецепта (9, 21, 22), мы можем отпустить больного на 2—3 недели домой. Если через три недели не будет резкого улучшения, мы можем усилить концентрацию капель до 2% и присоединить еще более вяжущее средство—

туширование слизистой век через день квасцами. При значительном же улучшении продолжаем терапию 3-х рецептов. В затянувшихся случаях необходимо внимательное исследование рефракции и носа (см. остр. к-т). Этим исчерпывается вся несложная терапия углового к-та. Чтобы добиться излечения, следует помнить только про существование такой самостоятельной формы.

6. Хронический конъюнктивит.

Симптомы.—Больной жалуется на тяжесть век, особенно по вечерам, при искусственном свете, «как-будто рано спать хочется, глаза сами смыкаются, веки тяжелеют»; в театре и кино трудно смотреть на сцену; на чувство жжения и инородного тела; по временам по утрам закисают и склеиваются. Я умышленно подробно остановился на жалобах больного, так как нередко вся симптоматология почти исчерпывается субъективными признаками, а объективно удается обнаружить только незначительную красноту слизистой век и переходных складок при едва заметной шероховатости. В других случаях, наоборот, все явления резко выражены.

При хроническом конъюнктивите страдает, так называемое, «сосочковое тело»: микроскопические сосочки слизистой оболочки под влиянием раздражающих моментов разрастаются, гипертрофируются и становятся хорошо заметными для невооруженного глаза, что придает слизистой вид бархатистости, поверхность ее становится разрыхленной. В отдельных случаях она то едва намечена, то очень резко до грубой шероховатости и сходства с манчестером. Цвет ее доходит до темно-розового и вишнево-красного. Вся слизистая утолщена, лишена прозрачности, и рисунка Мейбомовых желез не видно. На ряду с гипертрофией происходит и выделение секрета. При резко развитой гипертрофии слизистой, подучается выворот нижних век, слезотечение в зависимости от отставания слезных точек и т. п.

Из осложнений при хроническом к-те бывают: краевые язвы роговицы, главным образом, у пожилых людей, инфицирование Мейбомовых желез и разного рода мейбомиты и т. д.

Этиология.—На первом месте мы поставим недостатки рефракции и аккомодации: гиперметропию, астигматизм, пресбиопию и более редко недостаточную коррекцию или суперкоррекцию для работы у милона. Поэтому

обязательно начинать с исследования остроты зрения у каждого такого больного, не забывая каждый раз определить месторасположение от глаза Р.

Много лиц годами возятся со своими конъюнктивитами только потому, что не назначается своевременно рабочих очков.

Следующим моментом являются болезни носа; при одностороннем заблевании почти с уверенностью можно думать об этой причине. На это, к сожалению, тоже очень редко обращают внимание. Пребывание в пыльном, грязном воздухе, бессонные ночи, эксцессы in Baccho et in Venere, недостаточное освещение предмета работы—все это служит вполне достаточной причиной для хронич. к-та. Затем следует подчеркнуть безусловную связь хр. к-та с болезнями кожи—экзема, напр., имеет склонность сильно поддерживать к-т, который не проходит до тех пор, пока не удален первонсточник. Двойной рост ресниц своим раздражающим влиянием тоже поддерживает к-т.

Терапия.—На основании всего вышесказанного, выработка показаний для терапии хронич. к-та чрезвычайно проста. Прежде всего, нам придется выяснить его этиологию и удалить вредные моменты. Относительно непосредственной терапии здесь, очевидно, окажется надобность устранить разрыхленность и гипертрофию, т. е. терапия будет носить исключительно вяжущий характер. Как выполнить это показание, уже довольно говорилось в общей части. Значит, прижигание квасцами, танином, смотря по особенностям больного. Вяжущие примочки и капли. (Рес. № 10, 11, 4—5, 7).

Так как течение хр. к-та подчас отличается своею длительностью, то необходимо иметь запас препаратов для перемены и, потому, в общей части приведено несколько аналогичных рецептов. К их числу можно присоединить еще один старинный препарат.

Rp. Collyrium adsting. luteum 150,0
Aq. destillat. 150,0
MDS. Примочка, 3—4 р. в день.
(23).

C. a. I.—сернистый цинк, в смеси с шафранной настойкой, обладает прекрасными вяжущими свойствами и очень полезен при хронич. конъюнктивите. Если

в течении хронического конъюнктивита появляется гнойное отделяемое или обострение процесса, то, конечно, тогда появляются и показания для применения серебра.

Прежде, чем закончить нашу терапию хр. к-та, следует сказать об одной особенности: встречаются больные, у которых на конъюнктиве век образуются известковые отложения в виде беловато-кремовых зернышек около просияного зерна величиной. Эти конкременты слегка выступают над общим уровнем слизистой и окружены венчиком воспаленной ткани, они сильно способствуют упорству болезни. Их необходимо удалить иглой для инородных тел под анестезией, путем трехкратного пускания в глаз капель 3% кокаина. Анестезия наступает через 5 минут после 1-го пускания капель.

7. Зернистая болезнь.

Под выставленный заголовок подходят две совершенно обособленные формы, из которых одна—трахома—служит частой причиной слепоты, а другая фолликулез, фолликулярный конъюнктивит, представляет из себя вполне невинное заболевание.

Так как при развитии фолликулеза молодой врач легко может его смешать с трахомой, или, наоборот, начальную стадию трахомы принять за фолликулез, то я решил сопоставить в одной таблице ряд дифференциальных признаков, по которым не трудно было бы и начинающему установить правильное распознавание.

	Т Р А Х О М А:	Ф О Л Л И К У Л Е З:
Общий вид зерен.	<i>Крупные, сочные, желтоватолузные, напоминают икру.</i>	Мелкие, розовые—прозрачные.
Типичная локализация.	<i>Переходные складки. Исходный пункт и главное депо: верхние переход. складки.</i>	Нижние переходные складки. Слизистая верхних век—в углах.
Группировка.	<i>Цельными рядами, большими группами, сплошную.</i>	Отдельными зернами, малыми группами, островками.
Количество зерен.	<i>Зерен очень много.</i>	Зерен очень мало.
Состояние подлежащей ткани.	<i>Слизистая глубоко инфильтрирована—глубокий процесс.</i>	Слизистая здорова или гипермирована.—Поверхностный процесс.
Дальнейшее течение.	<i>Рубцовое перерождение зрнца. Заворот век, trachiasis. Участие роговицы: pannus, язвы и т. д.</i>	Зерна без вреда могут оставаться на всю жизнь. Отсутствие осложнений. Отсутствие рубцов.
Исход.	<i>Без лечения—слепота. При лечении: большее или меньшее количество осложнений. Излечим только зернистый период.</i>	Полное выздоровление.

Если принимать во внимание при встрече с больным все указанные дифференциальные признаки, их совокупность и *всегда помнить, что острой трахомы не существует*, то диагноз и для молодого врача не может представить затруднений. В виде особого поа bene считаю долгом подчеркнуть, что верхние переходные складки являются главным депо трахомы, где она зарождается и откуда она распространяется. Вот почему нахождения крупных зерен на верхн. переходной складке вполне достаточно для диагноза. К сожалению, верхние переходные складки далеко не часто осматриваются, и еще реже прижигаются. Молодые врачи часто просматривают трахому только потому, что забывают о необходимости двойного выворачивания века. Техника такого выворачивания проста: большой смотрит глазом вниз, врач выворачивает верхнее веко, и, ухватив его по краю хряща пальцами, поднимает его кверху. Для облегчения манипуляции, можно подвести под вывернутое веко нижнее веко так, чтобы его кожная поверхность прилежала к переходной складке верхнего, и на таком своеобразном шпатель приподнять верхнее пальцами. Еще удобнее и легче воспользоваться небольшим под'емником Демарра: приставить его вертикально к закрытому глазу и, нагнув верхнее веко на его нижний конец, как на крючок, приподнять кверху. Тогда натянется верхн. переходная складка и будут видны все мельчайшие подробности ее поверхности.

После этих диагностических указаний переходим к изучению терапии при трахоме. Излагать все подробности симптоматиологии трахомы я не

считаю возможным, желающие найдут ее в учебниках Аксефельда и Фука, которые необходимо признать наиболее подходящими для начинающих.

Введение в терапию трахомы. — Чтобы предостеречь молодого врача и избавить его от тяжелых неожиданностей, я позволю себе упомянуть о действии некоторых «специфических» препаратах и методах лечения.

Acidum jodicum. — Горячо рекомендован Шиле. Проверен личным наблюдением на 50 трахоматозных, и хотя с тех пор прошло более 10 лет, но еще и теперь меня бросает в дрожь при одном воспоминании об этом средстве: стоны больных, лишенных от болей сна, по несколько дней оглашали палаты. У 20% получили осложнения со стороны роговой оболочки, а слабо выраженная трахома превращалась в грозную болезнь с годовым периодом лечения.

Cuprum citricum. — В виде мази, слабее жжет. Но зато, как препарат органический, связанный со слабой кислотой (лимонной), не обладает необходимой стойкостью, легко разлагается и вызывает побочное действие. Не может заменить сернокислую медь. Прекрасно действуя в некоторых случаях, в других совершенно неожиданно и внезапно вызывает обострения процесса. Словом препарат капризный и ненадежный. В наше время имеет только историческое значение.

Метод Keinig'a. — Растирание (массаж) смоченными в сулеме 1 : 1000 банниками слезистой оболочки.

Такое предложение Gustav'a и Otto Keinig (Deut. Med. Woch. 1890 г.) не представляет большой новизны. Прототипом их может служить предложенный еще Гиппократом *Ophthalmorhysis* — растирание шпимами *Atrastilis*, обмотанными Милетской шерстью. Применялись также растирания фиговыми листьями и даже пемзой. Отдал и я им дань в первые годы своей практической деятельности, но вскоре должен был их оставить. Особой пользы не видел, между тем, как получались роговичные осложнения — эрозии, язвы и т. п. Подкупало действует при этом методе результат первых сеансов: исчезают зерна. К сожалению, при внимательном анализе клинических явлений легко обнаруживается, что это уменьшение обманчиво: количество зерен не становится меньше, а развивается отек конъюнктивы и в этой отечной ткани тонут зерна, как во время морского прилива исчезают прибрежные камни. Клиническая картина стоит в полном согласии с патологической анатомией. Исследованиями Е. Рельмана установлена следующая микроскопическая картина последствий подобных растираний: стаз крови с последующим отеком тканей, разрастание капилляров и эпителия, смущивание последнего и т. д. Следовательно, и с точки зрения патол. анатомии такой массаж противопоказан: большое число зерен само по себе сдавливает сосуды, препятствуя кровообращению с угрозой всяких перерождений. И, конечно, увеличение этого стаза терапевтическими мероприятиями не может считаться целесообразным. Итак, *Ophthalmorhysis* был известен еще в древности, от него откапались, и про него забыли. В конце прошлого века братья Keinig его воскресили, чтобы окончательно придать забвению.

Радий. — Совершенным особняком стоит предложенный доцентом Мед. Академии, ныне профессором Я. В. Зеленковским — радий. Личного опыта у меня нет. Главный недостаток его дорогизна. Интересующихся этим методом отсылаю к работам Я. В. Зеленковского («Рус. Вр.», 1905, № 19; 1906, № 7, 8, 9; «Вестн. Офт.», 1908, № 3; Кардо-Сисоев, СПб. Дисс. 1907 г.).

Методом Keinig'a я закончу предостережения молодому врачу.

Если бы я вздумал перечислять все ошибки, которые допускались *bona fide* при лечении трахомы, я зашел бы далеко в сторону от намеченной цели. Если же из целого ряда неудачных назначений выбрал указанные, то исклю-

чительно в силу того, что рекомендация этих средств проводилась очень энергично и могла подкупавше действовать на начинающего.

Чтобы терапия не подвергалась таким комбинациям в зависимости от той или иной преобладающей моды, и вышла бы из-под обаяния силы слога увлекательных авторов, мы должны для терапии выработать твердые основания, строгие показания в зависимости от сущности процесса. Мы, прежде всего, должны ответить на вопрос: что мы желаем добиться нашими мероприятиями; должны составить план действия, план борьбы, и в зависимости от выставленных положений и показаний, обсудить целесообразность тех или иных манипуляций. Конечно, в зависимости от различия зернистого и рубцового периода и мероприятия будут различные. Какие же показания следует выставить для зернистого периода?

Терапия трахомы. — Основную задачу 1-го зернистого периода может быть только стремление восстановить нормальную функцию конъюнктивы, освободив ее от сдавливающих зерен, и в то же время возможно больше, щадя ее, как важный секреторный орган. Если присмотреться к сущности самой болезни, то мы увидим, что тенденция освобождаться от зерен имеется и у самого патологического процесса: зерна вскрываются и сами, правда, сравнительно поздно, когда на смену им, после длительного сдавления тканей, выступает пролиферация соединительной ткани с распространением процесса вглубь на хрящ. И наша задача уничтожить зерна до распространения процесса вглубь и этим восстановить нормальное кровообращение и питание. При этом мы должны выбрать способ наименее травмирующий подлежащие части, направленный исключительно только на фолликулы — следовательно, опорожнить или вскрыть отдельные зерна. Что и выполняется при помощи *оводавливания зерен*.

Но так как в разные времена и столетия, частью под давлением той или иной терапевтической моды, частью под гипнозом больших имен, производились совершенно недопустимые эксперименты, то следует в этом вопросе детально разобраться и подвергнуть критике все эти авторитетные рекомендации с точки зрения высказанного показания, тем более, что эти ошибки и заблуждения и по сие время не изжиты. Рассмотрим некоторые хирургические приемы — наследие седой старины, которые, то забывался, то вновь воскресая, докатились до наших дней и были рекомендованы как новый метод. Для нас имеют значение: 1) вырезывание переходных складок вместе с фолликулами и 2) применение разного рода щеток и терок для раздавливания зерен.

Я горячо протестую против такого бесцеремонного обращения с секреторным органом. При вырезывании переходных складок с зернами, мы удаляем громадную поверхность не только слизистой, но и аденоидной ткани, и даже заведомо здоровую ткань. Укорочение конъюнктивы, кроме того, наступающее после операции, может мешать движениям глаза или даже повести к *ladorphthalmus* вследствие невозможности сомкнуть веки. Подкупавшее действие непосредственный эффект после операции. В дальнейшем более поздние последствия далеко не блестящи, так как вычтенный большой заболевают паннозным поражением роговицы, развивается заворот век, лагофтальм (Kreibel, Rehlmann). В 20—30-х годах они, казалось, окончательно были заброшены, а с 1874 г. по почину Galewowsky опять всплыли наверх и были поддержаны Jakobson и Heisrath'ом. И, несмотря на протесты таких авторитетов в этом вопросе, как Fuchs и Rehlmann, удержались до наших дней. Следует помнить, что если даже на переходной складке останутся невинные рубцы, то все же они предпочтительнее, чем укорочение, которое может повести к тяжким последствиям, из-за которых собственно и предпринималось лечение.

Я назвал рубцы невинными потому, что на этом месте они никакого вреда принести не могут.

Предложенные в конце 19 столетия различные металлические кисточки, ложечки и терки (Шредер, Кадауров, Кунт), также имеют свои прецеденты в прошлом — в виде Biefaroxysis. Так, в 1730 г. Carl de Saient Ives предлагал пучки связанных колосьев ячменя, далее шли пучки из остей ржи, хвоща, пучки металлических волосков... и этими веществами, как щеткой, протирали конъюнктиву. Конечно, при этом наносилась тяжелая травма, вместе с зернами разрывалась и здоровая ткань, а рана заживала рубцом.

Выскабливание ложечками превращает слизистую в сплошной рубец, точно так же действуют и различные металлические, твердые терки. Конечно, такие приемы недопустимы, как наносящие ненужную травму, разрушая на большом протяжении здоровую ткань. Целесообразен был бы способ, который, опоражнивая фолликулы, щадил бы остальные ткани.

Так как оболочка фолликулов очень тонка, легко лопается при легком на нее надавливании, то вполне естественно было бы подойти к разрешению этого вопроса путем выдавливания зерен, зажимая их между двумя небольшими поверхностями. Для указанной цели и были предложены различного рода пинцеты, которые успешно выполняют роль опорожнения фолликулов, чем и способствуют восстановлению правильного кровообращения. Модификаций пинцетов существует достаточно и разница между ними только в том, что один менее, а другой более травмирует ткани. Конечно, необходимо выбрать такой, который более всего щадит конъюнктиву, тем более, что и для последующего течения трахомы это далеко не все равно, в какой степени была нанесена травма при этой операции. Чем меньше наносится травма во время выдавливания, тем скорее и тем благоприятнее заканчивается все течение болезни и тем выше терапевтический успех. Таким образом, выбор инструмента имеет очень большое значение. Наиболее распространены, повидимому, пинцет Кларра с роликками. Это воистину варварский инструмент, сильно травмирующий ткани, а потому и мало способствующий быстрому исходу заболевания. Я считаю его совершенно нецелесообразным. Точно так же не годится пинцет Смирнова с острыми краями, как сильно ранящий конъюнктиву, но тем же соображениям не годятся пинцеты американского типа с тонко-проволочными эллиптической формы браншами, очень неудобны по своей громоздкости неуклюжие депрессоры Кунта. Идеальными во всех смыслах могут считаться 2 пинцета петербургских авторов: проф. А. Г. Белляржинова и проф. Г. А. Донберга, как вежливо и верно действующие при минимальной травме тканей. Оба заслуживают самой горячей рекомендации. Описывать все предложенные модификации нет никакого смысла: им всем свойственны, за исключением двух поименованных, в большей или меньшей степени, одни и те же недостатки.

Операция выдавливания зерен очень проста, но и очень болезненна, почему и требует местной анестезии кокаином, который вводится в переходные складки под конъюнктиву век в соединении с адреналином:

Rp. Cocaini muriatici	0,2	На оба глаза для выдавливания требуется 3—4,0 раствора. Анестезия после втрискивания кокаина наступает через 5—6 минут и этот промежуток времени необходимо переждать. На это обстоятельство я обращаю особенное внимание молодого врача. Строго говоря, такой
Sol 1 : 1000 Adrenalinii		пустяк, такая аксиома не требует
Parke-Davis gutt XXX		особого подчеркивания, но, к сожалению,
Aq. destillatae	20,0	неоднократно приходилось и приходится убеждаться, что есть немало мелочей,
M. f. Sterilissat. d. ad. vitr. nigr. cum		
epist. vitr.		
S. Для подложки. впрыск. (24)		

которые удивительно плохо усваиваются, подчас даже и старыми практиками и к этому числу принадлежит непонятная спешка с операциями выдавливания трахоматозных зерен и вылушения халазиона. Неприятно бывает наблюдать превращение врачей в ученых варваров. Поэтому, чтобы избежать криков и стонов в операционной, предлагаю коллегам оперировать по часам, т. е. после вырыскивания коканна посмотреть на часы и приступить к операции только тогда, когда минутная стрелка покажет на 6 минут больше, чем при первом наблюдении.

Выдавливание производится, конечно, при лежащем положении больного. Производится оно следующим образом.

Выдавливание трахоматозных зерен.—Захватив между браншами пинцета переходную складку и не разжимая его, проводят по длине складки справа налево или от большого к себе. Производить это следует без толчков, плавным, равномерным движением. Вся слизистая таким образом прожмается между браншами — зерна опорожняются. Особое внимание следует обратить на выдавливание зерен в уголках век и на слезном масле. Точно так же поступают и со слезистой век: зажимая пинцетом по его вывернутому краю.—Нет надобности выдавливать все фолликулы до единого, достаточно удалить $\frac{9}{16}$, оставшиеся рассосутся сами. Во время операции поле операционное обтирается ватными шариками, смоченными в растворе цианистой ртути. (Рец. № 8). На каждый глаз требуется времени 2—3 минуты. Кровотечения никогда не бывает, и после выдавливания больного отпускают домой. Холодные примочки назначают только очень нервным субъектам. Конечно, никаких повязок после выдавливания не накладывают. В них нет никакого смысла. Повязка способствует задержке отделяемого в конъюнктивальном мешке, которое под ней разлагается и инфицирует ткани (термостат для бактерий).

Через 2—3 дня у некоторых субъектов, особенно у пожилых, появляются кровоподтеки на веках,—пугаться их нечего.

На следующее после выдавливания утро веки могут склеиться и может обнаружиться небольшое слизисто-гнойное отделяемое; чтобы больные не пугались этого, их следует предупредить и назначить для дезинфекции мешка промывание из цианистой ртути. (Рец. № 8).

Но такого одного механического лечения недостаточно для выздоровления; фолликулы могут снова появиться: микроорганизмы, очевидно, освобождены из зерен, но не убиты и способны вновь продуцировать развитие фолликулы. Следовательно, теперь нам необходимо подумать о вяжущих средствах, чтобы привести в порядок инфицированную ткань. Но так как процесс в основе своей имеет паразитарную причину, следует добавить и дезинфицирующие промывания — примочку и лучше всего уже назначенную нами в день выдавливания цианистую ртуть, как обладающую высокой бактерицидной силой. Вяжущим же средством при трахоме служит сернокислая медь, действующая, хотя и медленно, но все же специфически на трахому. Итак, мы назначим: 1) примочку, 2) капли для пускания в конъюнктивальный мешок дома и 3) прижигания палочкой-карандашем медного купороса. В каплях мы дадим тот же медный купорос, чтобы увеличить время действия специфического средства. Чтобы еще на больший срок удлинить время соприкосновения слезистой с медью, лучше капли заменить мазью.

Rp. Cuprii Sulfurici	0,15—0,3	Rp. Cuprii Sulfurici	0,1
Aq. destillatae	15,0	Lanolini	1,0
MDS. 3 раза в день по 2 кап. (25)		Vasellini puri amer.	4,0
		M. d. ad tubul. metallic.	
		S. 3 раза в день за века. (26)	

Прижигания палочкой медного купороса производятся *обязательно ежедневно, без пропусков*. Пропуски затягивают выздоровление. При этом нельзя довольствоваться тушированием только слизистой век, как это делают некоторые врачи, а *ежедневно прижигать и прижигать тщательно верхнюю переходную складку—этот базисный склад трахомы*; что за смысл прижигать только слизистую век, если сверху из склада уже время идет поставка инфекционного материала. Практически всегда удобнее прижечь правый глаз: если сделать наоборот, то при судорожном сжатии век правого глаза нос будет мешать прижиганию.

Если в течение курса прижиганий появится слизисто-гнойное или гнойное отделяемое из конъюнктивы, то, конечно, появятся показания для применения ляписа, и тогда придется на несколько дней прервать наши прижигания медью и смазывать раствором 2% ляписа. Но при этом необходимо помнить одно важное обстоятельство, которое также иногда забывается молодыми врачами: *ляпис не является лечебным средством при трахоме, он трахомы не вылечивает*. Его роль всегда одна и та же — средства вяжуще-прижигающего, действующего на присоединившийся конъюнктивит и только, и никак не более. И раз в нем минет надобность, следует как можно скорее вернуться к медному купоросу. И чем такие перерывы-пропуски будут короче, тем лучше. Сколько же таких прижиганий медным купоросом следует сделать для излечения от трахомы и чем руководиться для окончания курса?

В случаях средней интенсивности, обычно бывает достаточно сделать 40—50 прижиганий (ежедневных—NB), тушировать до тех пор, пока слизистая не примет нормального вида. Если же слизистая восстановит нормальные соотношения раньше, то все же *менее 30 прижиганий делать не следует*, вследствие опасности появления рецидива. Но и при *lege artis* проведенном курсе большой в течение месяца раз в неделю должен показываться врачу, чтобы не пропустить рецидива. И только через месяц после окончания курса можно считать его выздоровевшим. В течение этого месяца он продолжает дома применение препаратов меди. (Реш. МЭ 25, 26).

Если к концу курса лечения остаются явления небольшого конъюнктивита без инфильтрации ткани, то появляется показание подкрепить и усилить вяжущее воздействие на слизистую, что, как известно, легко осуществляется препаратами цинка. Поэтому мы к каплям из меди присоединяем еще и вяжущее действие серноокислого цинка,

Rp. Cuprii Sulfurici 0,15
Zinci Sulfurici
Cocaini muriat. aa 0,05
Sol 3% Ac. borici 15,0
S. 3 раза в день по 2 капл. (27)

И такого добавления бывает в большинстве случаев достаточно. Но, если явления конъюнктивита упорствуют, а следовательно является надобность в более сильных вяжущих, то уже необходимо

прибегнуть к прижиганиям квасцами или таннином, согласно указаниям общей части.

Однако, не всегда течение проходит так гладко. Нередко остается инфильтрация тканей, которая упорно не поддается медному купоросу, несмотря на отсутствие зерен. Наличие инфильтрации тканей указывает нам, что тканевый обмен происходит вяло, что ток лимфы затруднен. И вытекающее отсюда показание вполне определено: усилением тока лимфы—повысить всасывание. Следовательно, наши мероприятия и должны быть направлены в эту сторону, т. е. мы можем установить показания к назначению массажа. Для этой цели мы применяем стеклянную гладкую палочку 4,0—4,5 мм в диаметре. Подводим ее по очереди под верхнее и под нижнее веко с комочком мази из м. купороса и на ней как на опоре производим массаж через кожу век по

3—4 минуты на каждый глаз. Можно воспользоваться и лимфогонными свойствами дионина (подробнее см. ниже).

После прижигания медным купоросом, пускаем

Rp. Dionini	0,5	2 капли дионина (всегда свежего) или даже закладываем
Aq. destill	10,0	за веки крупишку сухого порошка, величиной с булавочную головку. Анестезирующая сила дионина ослабляет
MDS. Dionin	(28)	неприятные ощущения, связанные с прижиганием.

Дионин значительно ускоряет рассасывание инфильтрации.

Если конъюнктива принимает вялый, блестящий—слегка сальный оттенок и в то же время сочна, приходится оживить вялые ткани, введением сильно-раздражающего момента—обострить процесс, что можно вызвать ежедневными растворами ляписа и после 5—6 смазываний перейти к вязким, т. е. к квасцам.

Случай несвежие, более запущенные, отличаются большим упорством и в значительной степени бывает неприятно искупать чужие грехи плохой терапией: небольшое количество зерен, нерационально оставленное при выдавливании, долго держится и, конечно, 40 прижиганий будет недостаточно; может понадобиться 50—60 и даже значительно больше.

Качество сделанного выдавливания имеет огромное влияние на все последующее течение болезни. Если оно было произведено небрежно, и зерен осталось много, они плохо поддаются лечению, а иногда присоединяется свежая высыпь, и приходится делать второе выдавливание. В этих случаях выдорование надолго затягивается и предупредить наступление рубцового периода не всегда удается. И в виде руководящего положения можно высказать следующее: *хорошо произведенное выдавливание резко сокращает срок лечения и никогда не требует второго. Необходимость повторения выдавливания резко углубляет прогноз.* Некоторые начинающие и очень боязливые окулисты растягивают операцию выдавливания на несколько сеансов, прижигая в интервалах слизистую купоросом. Такое отношение ни в коем случае недопустимо и должно трактоваться, как грубая ошибка: тканям наносится совершенно излишняя травма, и даже очень легкие случаи от таких манипуляций приобретают упорный характер; терапия затягивается на несколько месяцев и нередко заканчивается рубцеванием. *Все зерна должны быть выдавлены за один сеанс—это закон рациональной терапии и правило, от которого не должно быть никаких отступлений.* Боязнь небольшой потери крови не следует, такое отвлечение уменьшает инфильтрацию тканей, что, конечно, очень желательно.

В случаях со слабо развитой зернистостью, в начальной стадии, некоторые окулисты склонны обходиться без выдавливания. Конечно, если дело идет назад, зерна тают, инфильтрация уменьшается, можно иногда ограничиться одним медным купоросом. Однако, не рекомендуя долго выжидать успеха и лучше с опозданием, но выдавить зерна *lege artis*.

Уже и в первом периоде трахомы могут быть осложнения в виде язв роговицы, наличие трахоматозного процесса поддерживает их существование. Лечение их, конечно, требует выполнения определенных показаний, о которых будет сказано своевременно. Но теперь же следует указать, что существующая у врачей боязнь, что медный купорос в этих случаях будет вреден, ни на чем не основана. Трахома по отношению к язвенному кератиту является этиологическим моментом, а следовательно, прерывая лечение, мы тем самым поддерживаем язвенный процесс. *И при язвах роговицы терапия медным купоросом необходима.* Этот простой пункт также очень туго усваивается врачами, и к нему всегда приходится привлекать их внимание. *Под влиянием прижиганий медным купоросом (при трахоме) язвенные кератиты гораздо лучше протекают.*

В течения трахоматозного процесса, кроме периода зерен, существуют еще рубцовый с большим числом всяких осложнений, как со стороны роговицы, так и век, и промежуточный между ними — 2-й период с малым количеством зерен, который характеризуется тем, что в это время начинается подготовка рубцов через распадение фолликулов, превращение их в язвочки, усиление инфильтрации и распространение патологического процесса на хрящ. Терапия его мало чем отличается от первого периода, показания те же самые, но исход значительно хуже. В этом периоде редко удается воспрепятствовать развитию рубцов и, строго говоря, в этой стадии трахома уже неизлечима, хотя спасти больного от слепоты еще возможно, время от времени проводывая курсы лечения. И здесь может понадобиться выдавливание зерен, если они сочны и их значительное количество, словом, на основании вышесказанного, терапия не встретит затруднений. Так, напр., на основании того, что уже пропущено много времени от начала процесса и рубцовый период уже недалек, напряжение терапии должно быть сильнее, мы при выборе между каплями из медного купороса и мазью (*реци. 26*) должны отдать предпочтение последней, как средству более энергичному.

Рубцовый период и его осложнения.—В этом периоде, а отчасти в промежуточном и даже зернистом, очень часты осложнения со стороны роговой оболочки в виде различного рода язв и особенно *rapinus'a*. Под названием *rapinus* мы понимаем поверхностный сосудистый кератит, занимающий обычно верхнюю половину роговицы в виде дышкообразного сероватого помутнения, отграниченный от здоровой ткани почти правильной горизонтальной линией. Поверхностные сосуды с конъюнктивы глазного яблока заходят в помутнение, распространяясь в нем древовидно. Толщина паннусы бывает различна: от тонкой, едва заметной пленки, до толстой, мясистой, сочно пронизанной кровеносными сосудами пленки, прикрывающей роговую оболочку совершенно непрозрачным слоем.

Лечение *rapinus'a*, строго говоря, сводится к лечению самой трахомы. В основе его лежит не только заражение роговицы трахомой, но и еще механические причины. Инфильтрированная конъюнктура, нередко шероховатая, чисто механически раздражает роговицу. И в этих случаях палочка медного купороса является не только специфическим средством для лечения, но и моментом сглаживающим, шлифующим раздражающие неровности хряща и слизистой. Часто одного специфического лечения бывает недостаточно, чтобы справиться с *rapinus'ом* и тогда приходится прибегать к местному воздействию, о котором будет сказано ниже (см. заболеван. роговой оболочки).

Рубцовый период трахомы сам по себе, если он не вызывает никаких осложнений, как исходный пункт бывшей болезни не требует лечения. Но если кроме рубцов имеется еще и инфильтрация тканей, известная их разрыхленность и шероховатость, то, конечно, лечить приходится на основании показаний, уже достаточно разобранных выше.

В поздних стадиях трахомы, при атрофическом состоянии слизистой, а следовательно, и при атрофии железистого аппарата, может наступить тяжелое состояние сухости — *xeros'a*, которое доставляет больным немало страданий. В этих случаях является показание уменьшить трение яблока при движениях, как заржавленного ключа в замке, применением смазочного масла. И мы в этих случаях вместо водных растворов меди, должны пользоваться масляными:

Rp. Cuprii Sulfurici 0,15
Ol. amygd. dulcis 15,0
S. 3—4 раза в день по 2 кап.
(29).

Они значительно облегчают и уменьшают явления тяжелой сухости.

При рассмотрении терапии рубцового периода, когда искривленное верхнее

веко служит постоянным источником всякого рода тяжелых роговичных осложнений, мы вновь сталкиваемся с оперативными приемами. Однако и в этой стадии мы в основу критерия должны положить тот же принцип обсуждения показаний.

Перерождение хряща, его ладьеобразное искривление вызывает заворот век и сужение конъюнктивального мешка. И отсюда уже происходят все травматические последствия, связанные с трением по роговице неправильно или правильно растущих ресниц (entropion, trichiasis, aysfichiasis) как *raninus*, *язвы*, *macula corneae*, *лейкомы* и т. п. Такая формулировка патогенеза всех этих осложнений определенно указывает на основное показание: *устранить первый этиологический момент* — неправильное положение века — *исправлением его скелета*. Посмотрим, как оно решается на практике и как оно должно решаться по нашему мнению? При анализе этого важного вопроса, нельзя обойтись без повторения анатомических соотношений строения века, без указания некоторых важных мелочей, которые мало или вовсе не подчеркиваются учебниками, а потому и не учитываются врачами; и, конечно, не принимаются во внимание при обсуждении тех или иных предложений авторитетов.

Имитационный же способ усвоения науки, без критического разбора предлагаемого, не является целесообразным и научным методом.

Схему строения век можно представить себе в виде трех основных слоев: 1) самый поверхностный — кожа, 2) промежуточный между ними — мышечный и 3) самый глубокий хрящ, со слизистой оболочкой. Второй, средний следует разделить на 2 основных пучка: 1) *Mus. orbicularis orbitae*, кольцом обхватывающий оба века по периферии и 2) *M. orbicularis palpebrarum*, располагающийся также кольцом, но только вокруг глазной щели, т. е. центрально. Эта центральная часть отдает от себя отростки, которые спускаются к глазной щели, к конъюнктиве края века, располагаясь между железами и волосяными мешочками, она известна под именем *Риолиновой мышцы*. Функция ее заключается в том, что она, стремясь подвернуть свободный край века, старается удержать его в соприкосновении с глазным яблоком, прижимая к нему. Выполнить свою функцию во всем объеме — запернуть край век вместе с ресничным краем ей мешает плотный скелет хряща.

После рассмотрения анатомических соотношений мы уже можем приступить к анализу хирургических приемов, предложенных для борьбы с осложнениями рубцового периода. Начну с операции *Kuhnt'a*, вылушения хряща верхнего века. Можно ли считать такую манипуляцию целесообразной или нет? При обсуждении этого вопроса в моем мозгу всякий раз возникает одна и та же ассоциация: как бы мы отнеслись к хирургу, который для лечения искривления голени предложил бы удалить берцовые кости? Можно сказать с уверенностью, такой хирург не нашел бы себе подражателей. Аналогичная же операция вылушения скелета века — хряща — пользуется известной симпатией у части офтальмологов. Правда, веко становится мягче, но зато, будучи предоставлено влиянию *ш. Riolani*, оно заворачивается внутрь. И после кажущегося непродолжительного успеха, наступает рецидив. Таким образом подобный рискованный и недопустимый с теоретической точки зрения прием не может быть рекомендован и по клиническим соображениям.

И как ведре, так и здесь следует рассмотреть патогенез заворота века, почему он развился? Ответ очень прост — вследствие хронического таргита произошло искривление хряща и если его удастся выпрямить — выпрямится и веко, и ресничный край не будет травматизировать больше роговицы. Достигнуть этого очень трудно. Если из выпуклой части хряща выкроить горизонтальную полосу, уменьшающуюся в своей ширине по мере приближения

к конъюнктиве, и освеженные поверхности привести в соприкосновение, то веко выпрямится. Такая операция и была предложена Snellen'ом и сводится к *вырезыванию треугольной призмы во всю длину хряща с вершиной у конъюнктивы*. Операция очень проста, теоретически вполне обоснована и дает прекрасный эффект, если произведена *lege artis*. Похожая на первый взгляд, операция Panas'a уступает ей по целесообразности, так как в ней отсутствует основной момент вырезывания трехгранной призмы. Но и операции Snellena может оказаться недостаточно для улучшения роговичных осложнений, так как, кроме искривления века, существует еще и плотное прилегание к глазу, своего рода фимоз от сужения глазной щели. В этих случаях выдвигается дополнительное показание — ослабить напряжение век расширением конъюнктивального мешка, посредством производства *кантопластики*. И при обсуждении отдаленных результатов операции Snellen'a не следует упускать из виду этого важного обстоятельства. Этим, однако, не исчерпывается весь цикл оперативных мероприятий, применяемых в третичном периоде трахомы.

Изменение направления роста ресниц может зависеть не только от искривления хряща, но может развиваться и самостоятельно, как без искривления, так и с ним. В это время развивается интерстициальное воспаление в области переднего ребра века; с изменениями в росте волос появляются добавочные ресницы в интермаргинальном пространстве, т. е. *trichiasis*, который требует особых мероприятий. Показания сами собой напрашиваются и вытекают из сущности клинической картины. Идея оперативных пособий или показаний может иметь 2 направления: 1) Если этот ряд ресниц занимает часть века, то пораженный участок кожи можно отвести книзу от глаза, передвинув на его место лоскут без ресниц, чему будет удовлетворить операция *Spencer-Walson'a*. 2) Отодвинуть весь ресничный край от глаза, вставив между задним ребром века и ресницами изоляционный слой. Эту идею выполняют два предложения: А) операция *Адмаюка*, неправильно приписываемая *Ioetsche-Arlt-Waldhaener'у* и В) операция *Салежко* — пересадка слизистой с губы или щеки. Последняя имеет большое преимущество перед первой: вид века красивее, так как слизистая более нежна, чем кожа да и на ней не растет пушковых, раздражающих иногда, волос. Специально для нижнего века мною была предложена операция отведения расщепленного ресничного края книзу и замена его прилежащей кожей (Русск. Врач, 1912 г.). Технически все операции очень просты.

Примечание. В подробности техники операций входить не буду, желающим найти исчерпывающий ответ рекомендую: 1) *Isset-Méller* — Глазная Хирургия. Изд. Карцева, 1912 г. 2) Проф. В. Долганов — Атлас наиболее употребительных глазных операций с кратким их описанием. Изд. Автора, С.П.Б. 1908. 3) О. Наан — Атлас и очерк учения о глазных операциях. Изд. Практ. Мед. 1906 г. 4) Об операции Салежко подробное изложение; К. Н. Кардо-Сисоев — К вопросу о лечении заворотов век пересадкой слизистой оболочки с губы. Вести. Офтальм. 1910. Январь. Стр. 20 — 28.

И при лечении трихиазиса также не обошлось без нецелесообразных предложений: удалять волоски электролизом, гальванокаутером и эпиляцией. Все 3 предложения нецелесообразны: 1) они не препятствуют появлению новых волосков, 2) оба первые кроме того очень болезненны и 3) нередко, по краю век, остаются обезображивающие дефекты ткани. Что же касается в частности эпиляции, то она является и вредным паллиативом, требуя выдергивания ресниц каждые 3 недели. Самое же вредное то, что у больного создается впечатление будто его лечат, и, получая временное облегчение, он отказывается от радикального лечения; роговичный же процесс прогрессирует и приходит к печальному исходу, который не может устранить уже и ради-

кальное вмешательство. И я, лично, для блага больных предпочитаю казаться жестоким, отказывая им в эмплазии, так как видел не мало ослепших из-за этого непроизводительного мягкосердия врачей. Конечно, вырвать несколько волосков проще, чем выяснять всю опасность больному. Но не всегда простота есть лучший выход из положения. Наша задача не в том только, что лечить больного, но и воспитывать его, повышать его гигиенический уровень знаний, а вовсе не подчиняться его психологии, опускаясь до его возрений. И я настоятельно рекомендую молодому врачу категорически отказываться от вредной эмплазии, никогда ее не производить. Вышеуказанные оперативные приемы очень просты и легки по своей технике и для начинающего.

Папиллярная форма трахомы. — При длительном течении трахомы мы одновременно с поражением аденоидного слоя наблюдаем и гипертрофию сосочков конъюнктивы. Но считать изолированное поражение сосочков за особый род трахомы нет никаких научных оснований. Между тем как такой взгляд распространен среди небольшой группы врачей. Если придерживаться такого странного толкования явлений, то что же тогда останется на долю хронического конъюнктивита? И в чем тогда будут заключаться дифференциальные отличия последнего от трахомы? Идя по такому пути, можно всякий и менее ярко выраженный хрон. к-т считать трахомой. Трахома — совершенно самостоятельное заболевание аденоидного слоя и, как таковое, оно сопровождается развитием фолликулов, перерождением их, рубцами и проч., но представить себе только изолированное разрастание сосочков, без всякого проявления участия аденоидной ткани совершенно нелегко и невозможно. *Следовательно, папиллярной формы трахомы не существует.*

8. Фолликулез.

Если у больного, кроме мелких зерен на конъюнктиве, нет никаких явлений катаррального состояния, то лечить здесь нечего. Эти зерна могут оставаться в течение всей жизни, не причиняя никакого вреда. Если же к зернистости присоединяются явления конъюнктивита, то его надо лечить на основании уже разобранных показаний. — Фолликулез наиболее распространен среди лиц, проводящих время в пыльных помещениях: школах и казармах по преимуществу, где суммируются слабые, но частые раздражающие моменты. При выборе препаратов для лечения этого конъюнктивита приходится пользоваться наиболее нежными средствами, совершенно не раздражающими слизистой. В нашем распоряжении имеется только одно такое слабое вяжущее и слабо дезинфицирующее средство, употребляемое и в косметике лица, как очень нежный препарат — бора. Назначать ее надо в виде примочки (рец. № 13) и в виде капель: 3 раза в день по 2:

Rp. Natrii boricis 0,3
Aq. Rosarum
Aq. destillatae aa 7,5
MDS. 3 р. в д. по 2 к. в глаз (30).

И как при всяком конъюнктивите, так и здесь следует обратить серьезное внимание на положение ближайшей точки ясного зрения и вообще проверить состояние рефракц. аппарата, и если нужно — назначить очки для работы.

Псевдо-трахома.

Существует небольшая группа болезней, которую я объединяю под одним общим заглавием — псевдотрахома. Об этом стоит поговорить подробно, тем более, что учебники не учитывают этой практической возможности и не указывают молодому врачу, как избежать неверного распознавания. Ошибки же с диагнозом трахомы причиняют не мало неприятностей начинающему окулисту.

Прежде всего я должен еще раз подчеркнуть основное положение, которое гласит: *не существует острой трахоматозной конъюнктивита, не бывает острой трахомы.* Конечно, на трахоматозной конъюнктиве, как и на здоровой, может развиваться острый к-т, но и тогда это будет не острая трахома, а комбинация двух заболеваний вместе. На такой детализации я настаиваю. Подобная точка зрения обязывает врача не спешить с терапевтической трахомой, а, наоборот, ждать, пока не закончится острый процесс, пока не исчезнут явления катарра. Тем более, что выдавливание зерен в этом периоде может причинить большие неприятности. С другой стороны, при внимательном отношении к таким больным чаще всего придется думать не о комбинации болезней, а просто об остром эпидемическом конъюнктивите А. Грефе с зернами, и лечить как указано выше. Я лично из своей практики не могу вспомнить ни одного достоверного случая, где бы я мог с уверенностью исключить эпидемический к-т.

Следовательно, при всякой „острой трахоме“ прежде всего необходимо подумать о конъюнктивите Грефе.

При остро-заразных заболеваниях у маленьких детей (4—10 л.)—при гриппе, кори, скарлатине, гастро-энтерите и т. п., в качестве эпифеномена присоединяется изредка конъюнктивит, сопровождающийся высыпанием «трахоматозных» зерен. Очевидно, под влиянием инфекции, происходит острое раздражение аденоидной ткани. В этих случаях следует запастись терпением, избегая энергичной терапии, чтобы не усилить явления раздражения лимфоидной ткани. Терапия здесь строго-консервативная, и следует ограничиться нераздражающими обмываниями, как и при folliculозе, лучше всего бурой (рис. № 13).

И только после полного выздоровления ребенка, после падения температуры, если не будет констатироваться рассасывания зерен или тенденции к их быстрому исчезновению, трактовать, как трахому. Такие случаи не будут часты. Конечно, и трахоматозный больной может заболеть гриппом, но диагноз его трахомы уверенно ставить можно только после выздоровления от гриппа.

К этому вопросу о ложной трахоме примыкает еще очень интересное наблюдение старых и новейших авторов. Под влиянием длительного применения капель из атропина и эзерина иногда наблюдается развитие зерен на конъюнктиве, правда, эти зерна мало похожи на трахоматозные, и появляются при условии загрязнения растворов, однако, факт развития зерен от этого не меняется. *(Как профилактика подобной зернистости, мы все растворы капля эзерина, атропина, пилокарпина, иника, меди и т. п. ессиде выливаем на 3% растворе борной кислоты, что я рекомендую принять к сведению молодым коллегам).*

Не менее интересны наблюдения Arlt'a, Goldzieher'a, Fuchs'a, Piringer'a, Sattler'a, которые утверждали в свое время, что трахома есть ослабленный триппер глаза. Поводом к такому заявлению послужило наблюдение, что длительно протекавшая гоноррея глаза вызвала развитие трахомоподобных зерен. Имена видных офтальмологов служат гарантией, что такие факты были. В наше время мы их не наблюдаем. Почему, что изменилось с тех пор? А изменилось очень много: терапия стала более целесообразной, отошли в сторону многие раздражающие методы лечения, сократился срок клинического течения. Не триппер породил пролиферацию аденоидного слоя, а чрезмерное терапевтическое раздражение (крепкие растворы йодиса, lapis mitigatus и т. д.) вывело его из равновесия, и он реактивал развитием зерен. Т. е. происходило то же самое, с чем мы теперь еще сталкиваемся при неправильном раздражающем лечении эпидемического конъюнктивита. Подобный случай мне пришлось видеть всего один раз в конце 1923 года: взрослую больную лечили сильно раз-

дражающим протарголом 50%-й концентрации (в переводе на япис, это соответствует 7,5%) и парентеральными инъекциями молока, лечение тянулось очень долго и в результате сходило с трахомой. Следовательно, мы видели, что совершенно различные причины как: острое инфекционное заболевание, разные исцелы, загрязнение применяемых растворов и т. п., могут вызывать на первый взгляд одинаковые последствия. Что, конечно, нас обязывает к известной осторожности, известной продуманности в постановке диагноза зернистой трахомы.

Я вовсе не намерен убеждать молодых коллег в трудности этого диагноза—трахома болезнь типичная, но требует известной осторожности: нельзя на основании одного присутствия зерен ставить диагноз, необходимо взвесить все сопутствующие обстоятельства. Сколько раз приходилось мне видеть больных с эпидемическим к-том, переделавших ряд трахоматозных мытарств. Разве диагноз был труден? Все необходимые признаки были налицо. И все же произошло ошибка в силу поспешности, отсутствия приученного внимания. Следовательно, если диагноз трахомы ставить только после основательного исследования, проводя каждый раз дифференциальный диагноз, ошибок не будет.

Сифилис.—Чрезвычайно редко под видом псевдо-трахомы может протекать сифилис конъюнктивы и хряща. Чаще в страдание вовлекается и соединительная ткань века (хрящ), но может наблюдаться также изолированное заболевание слизистой. В первом случае кожа век будет рожисто-красна и блестяща, веко твердо на-ощупь, слизистая гипертрофирована и бледна, с салым оттенком. Зерна похожи на трахоматозные, но бледно-желтого цвета. Во втором случае дело ограничится только опухшими конъюнктивальными симптомами. Нижнее веко благодаря своей плотности отвисает от глазного яблока, что обуславливает слезотечение. *Диагноз облегчается присутствием подчелюстного аденита и увеличенных предушных желез.* Конечно, одновременно может наблюдаться и общая аденопатия, и другие проявления lues'a, также и в области органа зрения и т. д. (kerat. interstit. iritis.). В этих случаях труднее подумать о сифилисе, чем поставить диагноз. Если же не забывать и про такую очень редкую возможность, а взвесить все pro и contra, диагноз не будет труден.

9. Болезнь Saemisch'a.

Болезнь Saemisch'a хотя и называется весенним катарром, но при ней никаких катарральных явлений не бывает.

Симптоматология.—Для заболевания типична своеобразная *ритмичность* проявлений: начинается весной, держится все лето и стихает только к осени с тем, чтобы вспыхнуть опять с первыми лучами солнца. И так много лет под ряд. Очень редко наблюдается в зимнее время. Поражает почти исключительно мужской пол и преимущественно детей. *Главная жалоба: сильный зуд глаз и светобоязнь.* Объективно наблюдается 2 категории симптомов: пальпебральные и перикорнеальные. При пальпебральных слизистую век принято сравнивать с *цветом снятого молока*, она как бы подернута очень тонкой голубовато-розоватой вуалью. На conj. tarsi — небольшие сосочки, хрящевой консистенции. Форма их не всегда одинакова: то вроде сплошной торцовой мостовой — совершенно плоской, едва как бы намеченой трафаретным отпечатком, то выдающиеся над общим уровнем, на небольшой ножке, похожие на грибы, прикрытые плоской шляпкой. При значительном развитии пальпебральных симптомов у больных наблюдается ptosis. Корнеальные признаки следующие: около лимба роговой оболочки и на нем самом — во

никогда в центре — высыпают серовато-розовые узелки; их может быть и много и мало, могут обхватывать и всю роговицу сплошным кольцом. Отдельные ходники *студенисты*, вязкого вида, *коллоидны*, и при взгляде на такую роговицу кажется, будто она облеплена небольшими комочками слизи, *весь этот процесс мертвенно-бледный, застывший и глаз поэтому похож на восковой*. Эти «новообразования» никогда не изъязвляются и в этом их отличие от фликтен, с которыми они неоднократно смешивались молодыми врачами. После их рассасывания на роговице остается дымкообразный след — *pubescula*, напоминающие *arcus senilis*. Сообразно с возможными комбинациями симптомов возможны 3 основных типа болезни и abortивный (*forme fruste*): 1) пальпебральный, 2) корнеальный, 3) смешанный из первых двух. Четвертая форма атиническая, характеризуется только жалобами больных, носящими известный ритмический характер; иногда у них при этом наблюдается своеобразная конъюнктивальная инъекция в виде тонкого красноватого пучка кровеносных сосудов, правда, расширенных в области глазной щели на конъюнктиве яблока. *Ни при одной из форм никаких катаральных явлений не бывает*. Конечно, конъюнктивит может присоединиться к «весеннему катару», но тогда это будет уже комбинация 2-х заболеваний.

Этиология болезни Saemisch'a совершенно темна. Безусловно существует какая-то связь с количеством и качеством солнечного озарения: чаще всего встречается на юге, значительно реже в средней полосе, и почти неизвестна на севере. Имеется какая-то зависимость от количества попадающих в глаз ультрафиолетовых лучей.

Терапия. — Чем руководствоваться при выработке показаний? Налицо только гипертрофия тканей и невольно приходит мысль о хирургическом вмешательстве. И действительно удалялись конъюнктивальные разращения, но больные не испытывали от этого облегчения и их пришлось прекратить. Но, так как усматривается какая-то связь с количеством попадающих в глаз ультрафиолетовых лучей, то устанавливается показание защитить глаза от их влияния. Поэтому мы назначаем в этих случаях *желто-зеленые консервы типа Гребфе*, т. е. с большими выпуклыми стеклами, средней степени окраски (III, С). Естественно, что этими же консервами можно с успехом пользоваться и с профилактической целью при наступлении первых весенних, солнечных дней, что подтверждает мысль об этиологическом значении ультрафиолетовых лучей. Кроме такой защиты глаз необходимо облегчить субъективные симптомы, главным образом тяжелый зуд. При удовлетворении этого показания нам придется подумать об аналогах с кожным зудом. Такая аналогия естественна потому, что конъюнктивы и эпителий роговицы имеют эктодермальное происхождение, как дифференцированная часть кожных покровов. При кожном же зуде с большим успехом пользуются применением карболовой кислоты, примочек из укуса и т. п. И если применение первой несколько неуместно, то назначение укуса вполне возможно. И такое выполнение показания оказалось прекрасным.

Rp. Ac. Acetici diluti gutt. j. (одна капля).
Aq. destillatae 15,0.
MDS. 3—4 раза в день по 2 кап.
(31).

Rp. Adrenalini Parke-Davis.
Sol. 1 : 5000 15,0
d. vitr. nigr. c. epist. vitr.
MDS. 3—4 раза в день по 2 кап.
(32).

В случаях 4-го типа может понизиться сузить сосуды и тем уменьшить напряжение тканей, что легко выполняется назначением капель из адреналина.

Эти капли можно с успехом чередовать с укусными, пуская каждые по 3—4 раза в день. Они полезны уменьшением кровенаполнения в конъюнктиве.

Однако, адреналин требует известной осторожности при своем назначении, так как он принадлежит к группе средств *повышающих внутриглазное давление*, а следовательно, и противопоказан после 35—40-летнего возраста.

Этим исчерпывается все наше вмешательство при данной болезни и мне остается только предупредить молодого врача о том, что *раздражающая терапия при весеннем «катарре» противопоказана, так как глаза обладают повышенной чувствительностью и резко на нее реагируют*. Следовательно, противопоказаны: желтая мазь, каломель, медный купорос и т. д., хотя все эти назначения и приходилось встречать. Все они бесцельны и вредны. Даже при осложнении конъюнктивитами следует избегать резких процедур. При обильном гноеотделении (что чрезвычайно редко встречается) прижечь 2% лансоном можно, но только через день. (Болезнь циклически тянется многие годы).

10. Блефаро-конъюнктивит.

Этиология и симптомы.—Края век утолщены, красны, ресницы собраны в снопики и уменьшены в своем числе. По краю век у основания ресниц небольшие чешуйки, напоминающие головную перхоть или засохшие корочки, в случаях более запущенных гноянички и язвочки. Со стороны слизистой в большей или меньшей степени конъюнктивит.—Я не выделяю чистой формы блефарита, так как трудно представить себе строго изолированное заболевание век без всякого, хотя бы и слабого, участия конъюнктивы.

Наиболее частый этиологический момент блефаро-конъюнктивита — недостатки рефракции и аккомодации. И здесь, как и в случаях конъюнктивита, необходимо определение месторасположения Р. и назначение коррегирующих стекол для работы. Это очень важный фактор в терапии, резко влияющий на все последующее течение болезни. Блефаро-конъюнктивит издавна пользуется репутацией трудно излечимого заболевания и обладатели его являются очень частыми посетителями всевозможных амбулаторий. Причина — в несоблюдении назначения стекол для работы. Вторым фактором являются различного рода бактериальные причины, которые поддерживают заболевание, отчасти клещ Demodex folliculorum. В детском возрасте важным фактором является золотуха — туберкулез бронхиальных желез, и конечно кожные заболевания.

Терапия.—1) Об удовлетворении первого показания — назначения стекол — я уже сказал. 2) Так как заболевание поддерживается микроорганизмами, и, кроме того, всегда имеется в той или иной форме конъюнктивит, то необходимо назначение антисептического промывания — примочки. 3) Чисто кожное заболевание, вызванное также бактериальной флорой, по характеру своему примыкающее к экземо-подобным, конечно, нуждается в применении различного рода мазей. 4) На заболевание края век значительно влияет состояние конъюнктивы, отчасти по продолжению, отчасти своим патологическим секретом, мацерируя их в редких случаях, и конечно требует лечения конъюнктивита.

Таким образом, совершенно ясно, вытекает из вышесказанного, что терапия блефаро-конъюнктивита, из применения целой группы фармакологических средств, в большинстве случаев требует назначения очков для работы. Такая терапия проводится мною более 20 лет и всегда дает прекрасные результаты: всегда удавалось справиться с «неизлечимыми» формами. Мы, обыкновенно, комбинируем таким образом назначение трех средств: раза 4 в день назначаем примочку, после нее непосредственно капли раза 3 (на ночь примочка без капель), а утром и вечером кроме того и мазь в края век: утром после капель, на ночь после примочки. Кроме того, для удовлетворения

4-го показания приходится применять прижигания конъюнктивы в зависимости от ее состояния и согласно уже известным нам показаниям.

В виде примочки, конечно, наиболее целесообразна будет цинковая ртуть (*rec. № 8*), при большой рыхлости слизистой, конечно, следует присоединить к ней танин (*rec. № 11*). 4-е показание, кроме прижиганий, выполняется назначением разных капель в зависимости от состояния конъюнктивы: цинк, collargol и т. п. (*rec. № 3—7*); даже если слизистая век кажется здоровой и все же советуем назначить хотя бы цинк (*rec. № 4 и 5*), согласно сказанному о симптоматологии хронич. к-та.

Третьему показанию должно удовлетворить назначение антисептической мази. Такой мазью может служить, так называемая, желтая, из антисептической, нежно-действующей желтой, осадочной окиси ртути.

Rp. Hydrarg. praec. flavi via
humida recente parat. 0,1
Lanolini 1,0
Vasellini puri americ. 4,0
M. f. Ung. d. ad tubul. metallic.

S. В края век 2 раза в день (33).

Если же корочек по краю век очень много или присоединяется мокнутие, т. е. экзематозный характер более резко выражен, приходится присоединять к желтой мази, обычное средство при экземе, окись цинка и только позже, через 10—14 дней, переходить к желтой.

Rp. Hydrarg. praec. fl. v. h. r. p. 0,1
Oxydi Zinci 0,5—0,75
Lanolini 1,0
Vasellini p. amer. 4,0
M. f. Ung. d. ad. tub. metall.

S. 2 раза в день в края век (34).

Если заболевание принимает явно экзематозный характер, распространяется и на прилежащие части кожи скуловой области, то, конечно, как и при экземах других областей, необходимо избегать всякой примочки и предварительно подсушить ее пастой Lassar'a, выполняя также все остальные показания.

Rp. Oxydi Zinci
Amyli tritici
Vasellini p. americ. 2,5
Lanolini aa 2,5
M. f. Ung. d. ad. tub. metall.

S. Pasta Lassar'a 2 p. в день (35).

Совокупного усилия всех указанных средств, обыкновенно, бывает достаточно для излечения простого блефаро-конъюнктивита.

При резко язвенном характере, когда мелкие язвочки не имеют наклоности к заживлению, приходится активировать ткани к регенерации введенным раздражающих и дезинфицирующих факторов. Эти показания хорошо выполняются смазыванием подной настойкой, палочкой ляписа. К желтой же мази прибавить керато-пластическое свойство хинина, стимулирующего регенерацию тканей (см. бол. роговицы).

При резко язвенном характере, когда

Rp. Chinini muriatici
Hydrarg. pr. fl. v. h. r. p. aa 0,1
Lanolini 1,0
Vasellini puri americ. 4,0
M. f. Ung. d. ad. tubul. metall.

S. В края век 2—3 p. в день (36).

Однако, встречаются отдельные случаи, где борьба чрезвычайно затрудняется: при распространенных на лице сикозе, экземе и других кожных сыпях. В этих случаях приходится прибегать к помощи дерматолога для удаления основной причины болезни. Рентгенотерапия в этих случаях приносит большую пользу, и после ее полезного влияния нам приходится заканчивать лечение местного процесса, теперь легко поддающегося терапевтическим мероприятиям.

Также очень упорные процессы мы наблюдаем у золотушных детей, когда по краю век идет непрерывная продукция мелких гнойничков, то подживающих и покрывающихся корочками, то вновь появляющихся в большом числе. В этих случаях местное лечение мало приносит пользы. При исследовании таких детей мы у них находим увеличение желез на шее, над ключицей, а при исследовании рентгеном—бронхиальных и верхних трахео-бронхиальных. Надо лечить туберкулез желез, чтобы излечить блефарит. И. ко-

нечно, в этих случаях необходима рентгенотерапия бронхиальных желез, как первопричины болезни глаз.

Кроме только что описанной, существует еще и вторая форма блефаро-конъюнктивита, и не особенно редкая, отличающаяся некоторыми особенностями, которую по ее главному признаку следовало бы назвать—*Blc. Erythematosa* или точнее *Rosacea*.

Blepharconjunctivitis Rosacea.—Здесь из всех симптомов на первый план выступает сильная краснота кожи век по краям, придающая глазам вид кроличьих. Края обычно слегка утолщены, кожа иногда на них лоснится. При чистых формах корочек нет, при комбинации с 1-м типом наблюдается небольшое количество корочек или перхотеподобной пудры у основания ресниц. Отделяемое отсутствует или очень незначительно. Слизистая век несколько бархатиста, разрыхлена, иногда пятнисто-красновата. Этого рода больные часто страдают светобоязнью и по собственному почину одевают темные консервы. К врачу их приводят чаще всего эстетические соображения, особенно дам и девиц. На лице можно обнаружить отдельные участки расширенных кровеносных сосудов, себоррею. Точно так же себоррею и на волосистой части головы.

Терапия.—Вся система терапии, указанная при 1-й форме, сохраняется, конечно, и здесь. Меняются только отдельные ингредиенты фармакологической триады в зависимости от дополнительных показаний. Здесь также необходимо обратить внимание на рефракционно-аккомодационный аппарат и т. д.

Объектом дополнительных показаний здесь являются расширенные сосуды кожи, и с этой точки зрения нам и следует подходить при выборе лечебных средств. Нам необходимо воздействовать возбуждающим образом на вазомоторы кожных сосудов и побудить их к сокращению, в этом смысле мы можем воспользоваться влиянием эфирных масел и производных салициловой кислоты, которая так охотно применяется дерматологами при дерматитах, но в виду нежности кожи век мы ее заменим натровой солью, обладающей еще и слабо антисептическими свойствами.

Rp. Mixt. Oleoso-Balsamic. 10,0
Natrii salicylicii 8,0
Aq. destillatae 300,0
MDS. Примочка (14).

Эту примочку мы применяем чаще, чем при 1-й форме—5—6 раз в день, чтобы сильнее воздействовать на сосуды. Можно заменить примочку ванночками 5—6 раз в день по 3 мин. на сеанс. Вместо указанной желтой мази мы должны ввести мазь с сосудосуживающим действием, а также с препаратом серы, так хорошо влияющей вообще на *Rosacea*. Таким веществом, обладающим обоими указанными свойствами, является ихтиол, можно добавить еще и окись Zn для той же цели.

Rp. Ichtyoli 0,75
Oxydi Zinci 0,75
Lanolini 4,0
Vasellini p. amer. 4,0
M. f. U. d. ad. tub. metall.
S. 2 раза в день в края век (37).

Конечно, все сказанное о лечении конъюнктивы и здесь сохраняет свое значение, общий план лечения как и при 1-й форме.

Но, кроме топических средств, необходима еще и помощь дерматолога для лечения сопутствующей себорреи и (хотя бы и слабо выраженной) *Rosacea* лица.

В упорных случаях, кроме того, следует обратить внимание на общее состояние организма, а еще лучше делать это в каждом случае при начале лечения. Из заболеваний внутренних органов здесь имеют большое значение явления ятросеккации со стороны желудочно-кишечного тракта, болезни по-

ловой сферы женщины и подагра, при которой назначение беспуриновой диеты и атофана может принести большую пользу.

Примечание: Интересующихся более детально вопросом о Rosacea глаза отсылаю к след. работам: 1) Darier—La Clinique Ophth. 1912. 2) Erdmann—Therapeutich. Beobach., 1914 г., № 12. 3) Friebeinstein—Kl. Monatbl. f. Aug. 1922 г. 4) Монахова—Р. Оф. Ж. 1922, № 3.

Ячмень—Chordeolum.

Ячмень является своеобразной разновидностью фурункула (воспаление волосяного мешочка) и проявляется появлением небольшого абсцесса по краю века, сопровождающегося отеком прилежащих участков кожи.

В инфильтрационной стадии ячменя, когда имеется небольшая локализованная припухлость, можно попытаться добиться его рассасывания применением местного тепла в виде согревающего компресса из какой-либо антисептической жидкости, хотя бы из той же цианистой примочки. При нагноении же его— вскрыть с последующей перевязкой, в виде согр. компресса для ускорения рассасывания окружающего инфильтрата. Терапия ячменя очень проста. Но редко заболевание ограничивается однократным высыпанием, обыкновенно следует целая серия ячменей, изнуряющая больных длинным рядом маленьких неприятностей, тем более, что некоторые из них сопровождаются значительной болезненностью. Причиной такого рода ячменей, обычно, служит блефаро-конъюнктивит, а следовательно очень часто недостаток рефракции и аккомодации, и в эту сторону надо направлять свое внимание. При чем увеличение диоптрической силы рабочих стекол при близорукости или даже ее полная коррекция могут принести большую пользу. Блефаро-конъюнктивит, конечно, подлежит обязательному лечению. Однако, встречаются случаи, когда всех этих мероприятий оказывается недостаточно и серия ячменей безуспешно продолжается. Тогда приходится поступать точно так же, как и при фурункулезе, т. е. назначить внутрь употребление дрожжей—3 раза в день по чайной ложке, т. е. вводить дрожжевую киназу в расчете, что она поможет справиться с микроорганизмами, лежащими в основе этой болезни, как и fungiculus'a. Дрожжи можно заменить патентованным препаратом перолином—черные пилулы.

Cerolin—прекрасный препарат, вырабатываемый из дрожжей, прекрасно переносится, действует немного послабляюще, хорошо регулирует деятельность кишечника. Принимают его 3 раза в день по 2—3 пилулы на прием. Конкурирующий с ним Limin непригоден: вызывает изжогу, большое скопление газов в кишечнике и нучит желудок.

Есть еще одна разновидность ячменя, так называемый, внутренний ячмень—собственно острое воспаление Мейбомовой железы, характеризующееся небольшим отеком века, болезненностью и красноватой припухлостью со стороны слезистой на месте железы. Лечение его то же, что и обыкновенного ячменя. Но когда этот Мейбомит развивается у наружной спайки века, то отекают оба века, края их склеиваются гнойным содержимым, а в наружной половине яблока появляется хемоз—отек слезистой. Такая симптоматология пугает молодого врача, заставляя его думать о триппере глаза. При внимательном разборе смешать трудно: легко констатировать инфильтрат у наружной спайки века, отсутствие резкого конъюнктивита и частичность хемоза. Подобных ложных тревог по поводу триппера глаза я видел не одну. Страшный вид не меняет терапии.

Chalazion.

Лечение халазидиона—хирургическое. Но при небольших образованиях можно позволить себе попытку мирного терапевтического вмешательства. Придется, следовательно, применить рассасывающее местное лечение. Такими рассасывающими свойствами обладают, как известно, препараты йода, их попробуем и применить здесь.

Rp. Jodi puri 0,2
Kalii jodati 0,6
Ol. vasellini
Aq. destillat. aa 0,75
Lanolini 4,0
M. f. Ung. d. ad tub. metall.
S. Втирать на ночь в кожу век (38).

Если в течение 3-х недель перемен в состоянии халазидиона не наступит, следует его вылущить, чем обычно и заканчивается терапия халазидиона. Рассасывание редко наступает.

При вылущении халазидиона не следует идти через кожу, он локализуется в хряще и слизистой и нет никакого смысла делать сквозное отверстие в веке. Можно ввести и небольшое отступление от учебника: рекомендуемый вертикальный разрез стесняет свободу действия и я предпочитаю горизонтальный разрез через слизистую. Швы нет смысла накладывать после операции, ранка тотчас же прекрасно склеивается и сама, для чего травматизировать роговицу. Повязка дольше 24—48 час. также не нужна, естественная повязка прилегающего к яблоку века вполне достаточна.

III. Болезни роговой оболочки.

Общая часть.

Роговая оболочка, как известно, не имеет своих и самостоятельных сосудов, в ней не происходит кровообращения и питание ее, по сравнению с другими областями человеческого организма, поставлено в очень плохие условия. Доставка необходимых питательных материалов идет к ней отчасти из краевой петливой сети, заложенной в склере, отчасти же путем диффузии из передней камеры. При патологических изменениях эти неудобства еще более увеличиваются и осложняются.

Из этих гистологических особенностей естественно вытекает и первое терапевтическое показание: облегчить подвоз питательных материалов к заболевшей ткани—повысить в ней обмен веществ, а уменьшением ее напряжения посредством понижения внутриглазного давления усилить приток жидкости к ее строме. Если взять любой учебник по офтальмологии или приглядеться к назначениям практических врачей, то легко убедиться, что о таком показании не принято думать: всюду существует безотчетная графуретная рекомендация атропина. Говорю безотчетная, так как назначением атропина мы, без всякой надобности и во вред больным тканям, повышаем внутриглазное давление, т. е. ухудшаем условия питания, ослабляем жизнедеятельность и без того уже больного органа. Тенью оправдания такого поведения служит желание предотвратить возможность развития прита. Но только тенью, на что я обращаю особенное внимание читателя. *Приты, вовсе не принадлежат к столь частым осложнениям кератитов*, а, кроме того, не появляются как Deus ex machina, и всегда остается достаточно времени для назначения излюбленного атропина. При здоровой же радужной оболочке причинять больному большие неприятности параличем аккомодации, расширением зрачка увеличивать светобоязнь, и при этом еще ухудшать питание

роговицы, а следовательно, и течение болезни, нет никаких оснований. Если же в частности обратиться к рассмотрению терапии язвенного кератита, то здесь можно встретиться с еще большими курьезами, с еще большим хаосом понятий. При центральных язвах предлагается атропин, а при периферических — эзерин. Опять то же пренебрежительное отношение к роговице и необоснованная боязнь прободения язва. Подобный образ мышления еще можно было оправдать, если всякая язва роговицы обязательно заканчивалась бы прободением, или хотя бы такое осложнение наблюдалось часто. Но, ведь фактически, всего этого нет, прободение язва явление исключительно редкое, если, конечно, терапия ведется целесообразно, а не как-нибудь. Вряд ли я ошибусь, если процент таких осложнений отмечу между 0,1 и 0,3%.

Как же теперь подойти к решению нашего 1-го показания? Вопрос решается предложением проф. *Г. А. Домберга*, сделанным во «Враче» за 1881 год, применять для этой цели эзерин, как средство понижающее внутриглазное давление. И с этого времени предложение это успешно культивируется его петроградскими учениками (*Г. Е. Выгодский, В. П. Калашиков, Р. А. Каи*), и другими окулистами. Так, *С. П. Ложечников*, даже при осложнениях иритом, соединял применение мютиков с атропином, считая их специфическими средствами при болезнях роговицы. Я за время применения мютиков на большом материале не видел ни одного осложнения, вызванного этими средствами и теперь с еще большим правом, чем 22 года тому назад (в своей первой работе), готов подтвердить абсолютно справедливый тезис *Р. А. Каи*: „*При иритах—атропин, а при кератитах—эзерин*“, подрауемая под последним словом вообще мютики.

Рассмотрим теперь как объяснить себе полезное действие мютиков, и как связать его с выставленным показанием? Вспомним для этого строение сосудистой оболочки и богатство ее эластическими и гладко-мышечными волокнами. Эти волокна резко сокращаются от действия эзерина и как бы широким ремнем сдавливают стекловидное тело, продавливая часть жидкого его состава через зрачек в переднюю камеру, а оттуда через Фонтаново пространство в Шлеммов канал и т. д. Кроме того, зрачек сощращаясь увеличивает всасывательную поверхность (и способность) радужки, а, благодаря разглаживанию ее складок, расширяются сдавленные сосуды и улучшаются условия для кровообращения. Это все увеличивает обмен веществ, повышает процессы питания, диффузии. Благодаря же уменьшению внутриглазного давления, уменьшается напряжение роговицы и ток жидкости — в сторону наименьшего сопротивления — усиливается. Но эзерин еще и возбуждает первую ветвь тройничного нерва, что через Гассеров узел, передается в виде рефлекса на внутреннюю оболочку глаза, ускоряет кровообращение в них, а следовательно, и увеличивает подвоз питательных веществ.

И на практике приходится постоянно замечать одно чрезвычайно интересное явление: под влиянием мютиков очень быстро исчезает бывшее раздражение радужки, конечно, благодаря увеличению обмена веществ и уменьшению застойных явлений в ней. Этими свойствами обладают все мютики, а не только один эзерин, но у них действие скорее исчезает, вот почему и требуется применение их не менее 3-х раз в день.

Примечание.—В виду почти специфического действия мютических средств на заболевания роговицы, на что уже давно указали *Weber* и *Wecker*, с них всегда следует начинать наши терапевтические назначения, особенно при поверхностных формах. Предварительное же шадбное применение в этих случаях атропина, расширяя зрачек, усиливает светобоязнь, культивируя у больных своего рода условный рефлекс в виде блефароспазма, который уже позже, даже при переходе на мютики, трудно бывает авторизовать. Требуется уже известное воспитание больного, длительное внушение, чтобы отучить его

от культивированного рефлекса. Таким образом, назначение миотиков с самого начала болезни имеет огромное значение, поправлять же испорченное всегда бывает гораздо труднее.

Среди болезней роговой оболочки не малую группу составляют всевозможные язвенные процессы, где принимают участие различного рода микроорганизмы. Показания в этих случаях легко подсказываются сущностью процесса: 1) *бактерицидными средствами воздействовать на флору язв* и 2) *ускорить регенерацию тканей, усилить рост клеток*. Лучшими дезинфицирующими являются два средства: *ксероформ* и *колларгол*. Первый при чистых язвенных поверхностях, а колларгол, как производное серебра, при гнойных—оба в виде мазей. Назначение их легко понятно и, конечно, не требует дальнейших объяснений и доказательств. *Прекрасным же регенератором тканей является хинин*, обладающий, кроме того, и небольшой бактерицидной силой. Регенераторное свойство хинина, повидимому, еще не описано и подмечено мною чисто эмпирически лет больше 10 тому назад. Он резко сокращает период заживления всякого рода ран. Сфера его действия далеко не исчерпывается одной роговой оболочкой, действие его при всяких язвах прекрасно. В виде иллюстрации к только что сказанному приведу очень показательный случай из совершенно другой области. Во время германской войны, на одной из глухих стоянок, мне была на конспилуме предъявлена большая, страдавшая *lupus vulgaris*. Часть лица, шея, спина и грудь до уровня углов лопаток были почти сплошь заняты многочисленными язвами различного размера. Все они гноились, приставали к рубашке и причиняли тяжелые страдания больной. Я ее впервые видел недели через 3—4 после бесплодных попыток достичь чего-либо различными мазями. Я предложил испробовать добавление 1% хинина к старому составу мази на одной правой поверхности ее тела. Разница была резко заметна уже через 3—4 дня. А через две недели все язвы зажили. Я привел этот случай для того, чтобы рельефнее запечатлеть в сознании читателя *кератопластическое свойство хинина*.

Разбирая вопрос о дезинфицирующих и кератопластических средствах, не могу обойти молчанием некоторых препаратов, так часто рекомендуемых в литературе. Так, совершенно недопустим подоформ, как замена ксероформа: его твердые кристаллы раздражают глаз, вызывая обострения. *Niobiot* и *Airol* действуют значительно слабее ксероформа, потому и непригодны. Как эпителизирующее средство выдвигался шарлхротт (красная краска), а позднее ее действующее начало *amidoazotololol*, но рекомендовать их не могу, так как оба вызывают раздражение глаза, появление слизисто-гнойного отделяемого, и самое главное я не мог констатировать ускорения заживления. Действие же хинина вполне надежно, очень демонстративно и лишено какого-либо побочного действия. Прежде чем идти дальше приведу рецентные формулы из указанных препаратов.

Rp. Eserini Salicylici	0,03	Rp. Pilocarpini muriatici	0,05
Chinini muriatici	0,1	Chinini muriatici	0,1
Xeroformii pulv.	0,25	Xeroformii pulv.	0,25
Lanolini	1,0	Lanolini	1,0
Vasellini puri americ.	4,0	Vasellini p. amer.	4,0
M. f. U. d. ad. tub. metall.		M. f. U. d. ad. tub. metall.	
S. 3 раза в день за веки (39).		S. 3 раза в день за веки (40).	

Рецент № 40, обыкновенно, я назначаю взрослым, так как у них эзерин иногда вызывает боли, № 39—в детском возрасте до 12—15 лет; он действует несколько энергичнее. Однако во всех возрастах можно назначить рец. № 41, но очень трудно найти изозфостигмин.

Rp. <i>Isophiso stygmini Sulfurici</i>	0,005	Если будут показания для назначения
<i>Chinini muriatici</i>	0,1	колларгола, то во всех процентах 39—41
<i>Xeroformii pulv.</i>	0,25	вместо <i>Xeroformii</i> 0,25 выписываем <i>Col-</i>
<i>Lanolini</i>	1,0	<i>largoli</i> —0,5, т. е. 10 ⁰ а.
<i>Vaselini puri americ. flavi</i>	4,0	
MDS. 3 раза в день за веки (41).		

При осложнениях со стороны радужной оболочки, приходится вместо мiotics назначать атропина (см. болезни рад. оболочки)

Rp. <i>Atropini Sulfurici</i>	0,05	Но следует помнить, что как только
<i>Chinini muriat.</i>	0,1	миновала надобность в атропине и радуж-
<i>Xeroformii pulv.</i>	0,25	ная оболочка пришла к нормальному со-
<i>Lanolini</i>	1,0	стоянию, немедленно следует отменить
<i>Vaselini p. amer.</i>	4,0	употребление атропина и перейти опять
M. f. Ung. d. ad tub. metall.		к мioticsким средствам.
S. 2—3 р. в день за веки (42).		

Далее теперь сводный рецепт различных назначений с *Collargol*'ом.

Rp. <i>Chinini muriatici</i>	0,1	
<i>Collargoli Heyden</i>	0,5	
<i>Lanolini</i>	1,0	
<i>Vaselini p. amer.</i>	4,0	
или {	<i>Eserini Salicylici</i>	0,03 (43)
	<i>Pilocarpini muriat.</i>	0,05 (44)
	<i>Isophisostygmini Sulfur.</i>	0,005 (45)
	<i>Atropini Sulfurici</i>	0,05 (46)
M. f. U. d. ad tub. metall.		
S. 3—6 раз в день за веки (43—46)		

Переходим к дальнейшему разбору показаний. При заболеваниях роговицы наблюдаются также всевозможные инфильтраты, выпоты, помутнения и т. п., которые устанавливают показания к применению рассасывающих средств.

Эту роль могут выполнить дионин и субконъюнктивальные инъекции. Главное свойство *дионина* (хлористоводородная соль этилового эфира морфия) активировать обмен веществ и усиливать рассасывание всякого рода инфильтратов через усиление лимфообращения и увеличения фагоцитарной способности.

Между прочим *Wolffberg* приписывает ему прекрасное воздействие на рубцевание роговичной раны после операций и в частности после экстракции катаракты, что могу подтвердить и личным опытом.

Благодаря реактому повышению лимфатического тока изнутри глаза кнаружи, дионин является хорошим антисептическим вспомогательным в силу такого физиологического промывания глаза. (Вот почему дионин оживляет затянущееся лечение конъюнктивита и трахомы). *La Dionine a sur l'oeil une action vaso-dilatatrice et lymphagagne des plus puissantes que nous ayons jamais observées.*—говорит *Darier*. Действительно лимфогонное свойство дионина очень резко выражено и часто сопровождается хемозом. Как дериват морфия, он принадлежит к разряду наркотических, но это его свойство при местном применении использовать не удастся, так как при непосредственном соприкосновении с конъюнктивой глаза он вызывает небольшое жжение. Он прекрасно соединяется со всеми алкалоидами в мазах и растворах, и в случае надобности легко может быть добавлен ко всем указанным прописям, и даже использован в виде порошка для засыпки в глаз. Однако, *назначение дионина в водных растворах, в виде капель противопоказано*, так как он очень быстро кристаллизуется вокруг пробки, и в склянке остается или очень слабый его раствор или попросту *aqua destillata*. Приведу его формулу назначения.

Rp. Dionini	0,1
Lanolini	1,0
Vasellini fl. amer	4,0
Mf. U. d. ad tub. metall.	
S. За века 1—2 р. в д. (47)	

Так как к дионину скоро вырабатывается привычка и он теряет свои целебные свойства, то приходится его концентрацию увеличивать, с 2% доходить до 6—8% и даже 10%. (Подробнее об этом см. ниже при пятах роговой оболочки).

Подконъюнктивальные инъекции— действуют энергичнее дионина, но непригодны для длительного применения в хронических случаях, их сфера— острые заболевания, когда энергичным вмешательством необходимо оживить ткани и направить болезнь по другому руслу. Основное их действие сводится к активированию обмена веществ в глазу и рассасыванию всякого рода инфильтратов. Опыты *Wessely* показали, что при этом в глазу увеличивается количество защитных тел (*Schutzkorper*). Их действие особенно могущественно при травматических и послеоперационных инфекциях, при гнойных язвах роговицы, при паренхиматозном кератите, особенно при торpidном течении, когда нет резкого застоя. В случаях сифилиса глаза их влияние очень могуще на рассасывание специфических проявлений. Сила субконъюнктивальных инъекций сказывается даже на рассасывании субретинальных вышотов.

Количество средств, которые предлагались с этой целью, очень велико и, конечно, нет никакой надобности в их перечислении. Необходимо только отметить одно: все они действуют не лучше поваренной соли, но и она хорошо переносится только в слабых растворах—2% концентрации. Растворы 5%, 10%, а тем более высшего насыщения вызывают сращения на месте укола. Лучшей формулой является, предложенная парижским офтальмологом *Darier*, многократно и с пользой мной испытанная. От других смесей я давно отказался.

Rp. Natrii chlorati	0,02
Acoini	0,002
Hydrag. Cyanati	0,0002
Aq. destillatae	1,0
M. d. In ampul. sterilis. d. t. d. № 12.	
S. Для подконъюнк. ин'екц. (48).	

В этом виде они применимы и при сифилитических заболеваниях глаза, действие их превосходно. При невозможности отыскать аеоин можно его заменить добавлением *sosaiini muriciati* по 0,005 на ампулку раствора в один грамм.

Так как эти ин'екции достаточно болезненны, то предварительно глаз *анестезируется* троекратным впусканием двух-трех капель 3% раствора кокаина в конъюнктивальный мешок, в течение 10 минут. Заменять циннистую ртуть сулемой положительно не рекомендую, так как она плохо переносится глазом и оставляет после себя сращения между склерой и конъюнктивой.

Техника впрыскиваний.—После анестезия кокаином (с вкорасширителем или без него) мы широко раздвигаем веки, заставляем больного смотреть круто вниз (вверх, вправо) и вкалываем тоненькую платиновую иглу под слезистую яблочка, отступая не менее 8 мм от роговицы, продвигаем ее на 5—6 мм под конъюнктиву и медленным движением поршня впрыскиваем все содержимое однограммового шприца. После чего производим легкий массаж через веко в течение 1-й минуты для равномерного распределения жидкости. Каждое следующее впрыскивание *производится на новом месте* и не ранее того, как исчезнет реакция после предыдущего, т. е. через 2—4 суток. При тяжелых инфекциях глаза, когда необходимо активировать борьбу с нею на месте, можно таким же путем ввести антидифтерийную сыворотку.

При помутнении роговой оболочки, когда является показание химического воздействия для его растворения, мы пользуемся для впрыскиваний третьим веществом:

Rp. Lithii benzoici	0,015
Aq. destillatae	1,0
d. in ampull. sterilis. d. t. d. № 12	
S. Для инъекций (49).	

Дополнительные показания.—Отдельные случаи язвенного кератита протекают очень вяло без видимой тенденции к заживлению. При таком течении является показание—оживить процесс и вызвать регенерацию тканей применением раздражающих методов лечения. Начинаем обычно с желтой мази, к которой для усиления эффекта добавлено 5 кап. опиной настойки, т. е. применяем ту мазь, которая при нормальном течении безусловно противопоказана из-за этих раздражающих свойств.

Rp. Hydrarg. praec. fl. v. h. r. p. 0,1	
Trae Thebaice gutt. V	
Lanolini	1,0
Vasellini fl. amer.	4,0
M. f. u. d. ad tub. metallicam	
S. 2—3 р. в д. за веки. (50).	

Если и желтая мазь остается без влияния на процесс, приходится прибегать к более энергичным раздражающим. Прижиганием водной спиртовой настойкой мы оживляем рост грануляций, дезинфицируя язву. (Подробности ниже).

Но кроме таких вялых язв наблюдается известная категория язв с очень бурным течением—стремительно ползущих по поверхности и быстро проникающих в глубоко лежащие слои роговичной паренхимы. Это язвы гнойные, вызванные вирулентными бактериями. Здесь выступает противоположное показание остановить развитие процесса, оборвать его стерилизацией раневой поверхности. И в этом смысле вполне удовлетворяет этому показанию стерилизация жаром—применение гальванокаутера. Конечно, после предварительной коагнизации. Но, пользуясь гальванокаутером (пакеленом, раскаленным зондом), необходимо соблюдать чувство меры, особенно при периферических поражениях, напр., при инфекции катарактальной раны. В случаях перегрева прилежащего цилиарного тела, и после вполне даже благоприятного исхода тяжелой инфекции, вдруг начинает развиваться атрофия глазного яблока, очевидно, здесь произошли какие-то глубокие изменения в цилиарном теле. *Прижигание гальванокаутером производится под контролем окрашивания флуоресцином* (см. ниже).

Перед тем, как закончить общий отдел, укажу еще на один очень полезный прием для распознавания мелких язвчатостей роговицы и определения их точных границ, что так всегда затрудняет молодых врачей. Существует краска: *флуоресцин, которая окрашивает в зеленый цвет все дефекты эпителиального покрова*. Впустив 2 капли раствора в конъюнктивальный мешок, предлагают больному закрыть глаза на 1 минуту, после чего промывают конъюнк. мешок из пипетки небольшим количеством 2% раствора буры или просто кипяченой водой.

Rp. Fluoresceini	1,0	При заказе флуоресцина следует предупредить аптекаря, чтобы он сначала растворил в воде kal. carb. и уже в целойной раствор насыпал краску. Иначе получится осадок. (Вместо kal. carb. можно взять столько же natr. carbonicum).
Kalii carbonici	1,5	
Aq. destillatae	50,0	
M. f. Sterilisationem		
S. Diagnosticum corneale (51).		

Рекомендую молодому врачу еще один вспомогательный прием для точного обозначения топографии роговичных поражений, имеющий большую ценность для амбулаторных записей и ист. болезни. Представим себе мысленно, варисованный на роговой оболочке, циферблат часов: у верхнего

конца вертикального меридиана 12 час. у нижнего—6 час., у височного конца горизонт. мер. правой роговицы 9 час., а у левой 3 и т. д. Через все радиусы проведем 2 concentрических с лимбом круга так, чтобы каждый радиус был разделен на 3 равные зоны, и назовем их: зона цилиарная, средняя и арочковая. Такая сетка из 36 участков даст возможность точно локализовать место патологического образования.

IV. Частный отдел заболеваний роговой оболочки.

1. Фликтенулезный керато-конъюнктивит.

Фликтенулезный кератит или правильнее керато-конъюнктивит (так как наряду с заболеванием роговицы эфлоресценции появляются и на conj. bulbi) является промежуточным звеном, связывающим заболевания двух больших отделов конъюнктивы и роговицы; и с него мы начнем наше изложение болезней роговой оболочки.

Симптоматология.—На общем фоне конъюнктивита, более или менее выраженного, при наличии конъюнктивальной инфекции, мы замечаем на склере (на ее конъюнктиве) или на роговице, чаще на самом лимбе, высыпь мелких пузырьков в пучком, веерообразно подходящих, сосудов к каждой эфлоресценции. Пузырьки эти бледно-розоватого цвета, возвышаются над общим уровнем. Два через 2—3 верхушка холмика распадается, образуется небольшая язвочка, которая углубляясь дает упорные язвы роговой оболочки. После заживления иногда остаются белые пятнышки. Величина отдельных холмиков резко колеблется в своих размерах от булавочной головки до четвертичного зерна, круглой формы; иногда они так малы, что еле заметны. Величина отдельного высыпания обратно пропорциональна их количеству. Мы можем наблюдать, напр., по лимбу очень большое число фликтен, при чем каждая не больше самой тонкой песчинки—миллиарные фликтены. Из конъюнктивального мешка слизистое или слизисто-гноное отделяемое. Падение субъективных симптомов обращает на себя внимание; светобоязнь, нередко доходящая до блефароспазма. Мать обыкновенно жалуется, что ребенок предпочитает целые дни лежать, лицом уткнувшись в подушку, и только к вечеру покладывает темный угол.

Этиология.—Вопрос об этиологии фликтенулеза издавна занимает умы врачей. Причисление его к золотушным проявлениям мало способствовало его уяснению, так как само определение понятия о золотухе не отличалось известной точностью и лишь переносило вопрос в несколько другую плоскость, заменяя одно неизвестное другим не вполне известным. Правда, в этом вопросе за последние годы прояснилась завеса, столь долго скрывавшая истинную причину болезни, и мы можем теперь определенно сказать, что золотуха и туберкулез представляют лишь разные проявления одной и той же болезни. Золотуха—это лишь хроническая туберкулезная интоксикация, т. е. более торпидная форма бугорчатки. И в этом смысле имеются заявления целого ряда известных патологов. «Мой личный опыт,—говорит проф. А. А. Кисель (Моск. Мед. Журн. 1922, № 3—4, стр. 33), как патолого-анатомический, так и клинический, вполне определенно убедил меня, что между золотухой и туберкулезом нет никакой разницы: у золотушных детей я постоянно находил целый ряд клинических проявлений туберкулеза». Тенденция связы-

вать фликтены с туберкулезом была всегда и в этом смысле в новейшей литературе есть очень интересные сообщения Wessely (докл. в Вюрдбурге М. п. W. 1920, № 1) и Wolf-Eisnera (М. п. W. 1920, № 4), этого знатока и искателя *thc*. Wessely удалось обнаружить у фликтенулезных детей в 95% случаев положительную реакцию Pirquet, что определенно указывает на этиологию. В этом же смысле высказывается и 2-й автор, считая фликтены за туберкулез. На это же указывает и Hans Much (Детский туберкулез, его распознавание и лечение, 1920—1923), присоединяя еще заявление о том, что Stargard нашла во фликтенах зернышки Much'a. Указанная связь не только напрашивается сама собой, но и подсказывалась повседневным опытом. И такая точка зрения прекрасно объясняет старую зависимость фликтенулезных вспышек от недавно перенесенной кори, вспышек нередко очень упорных, туго поддающихся лечению. Основное свойство кори активировать скрытый туберкулез хорошо знакомо педиатрам. И частота коревой инфекции в анамнезе фликтенулеза всегда для меня являлась косвенным подтверждением их *thc* природы. Поэтому я лично протестую против новой модной тенденции некоторых авторов связывать, без достаточных оснований, фликтены с экземой через неподходящее название «экзематозный кератит». Этот термин, кроме своей красивой парадоксальности, не имеет каких-либо других прав на свое признание и, как вносящий путаницу в головы учащихся, должен быть оставлен. Экзема и фликтены не имеют между собой никакой патологоанатомической общности, так как трудно связать в одно туберкулез и экзему. На туберкулиды же фликтены имеют все права, как по своей внутренней связи и происхождению, так и по строению.

Фликтенулез по преимуществу болезнь детского возраста, иногда же, правда, сравнительно редко, констатируется и у взрослых. И в этой серии случаев бросается в глаза одна интересная зависимость: присутствие в ней сравнительно очень большого контингента лиц, зараженных сифилисом. Я не утверждаю, что фликтенами из взрослых страдают только люттики, но это совпадение столь часто, что невольно наводит на определенные размышления и обязывают нас к тщательному выяснению подобной этиологии. Я не считаю фликтены сифилитическим заболеванием и вовсе не намерен защищать такую точку зрения, но причисляя их к туберкулидам, очень не трудно объяснить и такую связь. «Существует главным образом три болезни,—говорит H. Much,—которые готовят путь туберкулезу: корь, коклюш, грипп». В этой тройке не хватает четвертого не менее активного члена, сифилиса, и мы его добавим сюда. И в этом смысле поучителен опыт старых авторов. Вспомним старое название Ricorda „*Scrofulates de vérole*“, которое именно и родилось под давлением этого активаторского воздействия Iues'a на «золотуху», т. е. на туберкулез. Сифилис может расstech затухающий очаг, освободить от дремоты скрытый диатез, явиться «ударом бича (A. Fournier) для туберкулеза и вызвать к жизни различные проявления со стороны желез, суставов, костей—проявления, которым и дано Ricord'ом вышеприведенное картинное название. Поэтому нетрудно допустить активаторскую роль сифилиса и на появление фликтен у взрослых. А, следовательно, в каждом таком случае необходимо искать его признаков у больного. Повторяю совпадение слишком часто для того, чтобы могло быть случайным. И на фликтены у взрослых надо смотреть, как на своеобразное *pota bene*, начало клубка, разматывая который, очень часто можно добраться до специфической этиологии. Точно также в случаях упорного фликтенулеза у детей, особенно при наличии плотных, небольших задних шейных желез, когда общее состояние здоровья ребенка противоречит упорству болезни, даже и при отрицательной Вассермановской реакции, следует подумать о возможности комби-

нации туберкулеза и врожденного сифилиса, поискать его стигматов и назначить специфическое лечение. Из стигматов здесь наиболее важны дефекты зубов и состояния сосудистой оболочки.

Терапия.—Из этиологического разбора данного заболевания невольно напрашивается разделение терапии на местную и общую—всего организма.—В наших амбулаториях встречается не мало детей, которые становятся очень частыми посетителями и за короткий промежуток времени прорывают несколько приступов фликтенулеза. Это дети, как было уже упомянуто, недавно перенесшие корь, и в этих случаях обязательность общей терапии особенно необходима: тошечные средства, хотя и действуют, но не предупреждают возвратов.

Такая этиология и взгляд на фликтены, как на туберкулиды, требуют очень энергичных мероприятий для укрепления детского организма. Самым энергичным и самым действительным средством должна быть борьба с основной болезнью—с туберкулезом бронхиальных желез посредством *рентгенотерапии*, что дало бы возможность избавить больного не только от фликтен, но также и последующих осложнений более серьезного характера. Следует вообще усвоить себе общее положение, что *туберкулиды всегда указывают на активный туберкулез, а следовательно, и фликтены*. Детский же туберкулез излечим. И надо воспользоваться этим офтальмологическим индикатором для ликвидации страшной болезни. К сожалению, Рентген все еще не всегда доступен массам и поэтому приходится пользоваться более паллиативными мерами.

Следующий метод, о котором должно будет упомянуть, заслуживает самой лестной аттестации.—*Протеиновая терапия*. Нам необходимо повысить сопротивляемость организма ко всякой инфекции, активировать его ткани; будет ли то активирование протоплазмы, как трактует результат воздействия *Weichardt*, или введение клеточной киназы—фермента, как думаю я, это совершенно не важно. Надо помочь организму справиться с инфекцией, что и выполняет протеиновая терапия. И при туберкулезе желез она дает прекрасные результаты, поэтому я горячо рекомендую молодым врачам именно при золотушных (tbc) заболеваниях глаз испытать ее благотворное влияние.

Кроме указанного, вполне естественно прибегнуть к укрепляющему методу лечения, повышающему сопротивляемость организма. Из рекомендуемых процедур упомянем о *солевых ваннах*. Солевые ванны можно делать дома, а еще лучше летом на курорте; из них укажу: *Железноводск, Ессентури, Цехоцинск*. Ванны дома делают 3—4 раза в неделю из морской или поваренной соли, перед сном, 27—28°, продолжительностью 10—20 минут. Берут на каждое ведро ванны $\frac{1}{2}$ ф. соли для детей 6 лет и старших, и по $\frac{1}{4}$ ф. для более младших. Из веществ фармакологического ряда сюда надо отнести мышьяк, железо, рыбий жир. Из препаратов железа очень полезен *Syr. ferri iodati*, как содержащий иод, способствующий рассасыванию желез и инфилтратов.

Rp. Syr. Ferri iodati 50,0—75
Syr. Aurantiorum 75,0
MBS. 3 раза в день после
еды по чайной, десертной
ложке (52).

Апельсиновый сироп можно заменить
Syr. Simplic. в тех же дозах.

В той же пропорции назначается и рыбий жир—*Ol. Jecoris Asellii*, только его нельзя назначать летом: расстраивает сплавнения кишечника.

Мышьяк назначаем в виде Фовлерова раствора внутрь или более старшим детям подкожно—какодиловый натр в 5% растворе.

Сообразно общим мероприятиям и диета должна носить тот же укрепляющий характер. Следует увеличить количество молока, яиц и что осо-

беном полезно давать детям в неограниченном количестве яблоки. Такое *яблочное лечение*, хотя оно нигде в руководствах не упоминается, приносит огромную пользу, вводя в легко усвояемой форме яблочнокислое железо, так сказать, *in statu nascendi*, и пополняя солевой обмен продуктами органических кислот, не считая еще и модных витаминов. Яблочные курсы имеют еще и другую выгодную сторону, они стимулируют кишечник, в чем такие дети также нередко нуждаются, являясь носителями хронических запоров, а следовательно, всякого рода аутоинтоксикационных процессов, ослабляющих организм.

Зоофилаксия.—Так как при фликтенулезе встречаются чрезвычайно упорные и рецидивирующие формы, когда терапевтическое воображение врача истощается, а выхода из положения не видно, тогда взгляд на фликтены, как на туберкулезное заболевание может подсказать еще некоторые процедуры: солнечные ванны, втирание зеленого мыла и т. п. раздражающие кожу приемы. Эти назначения делались и раньше, приносили свою пользу, но не хватало им теоретического обоснования. За последние годы на фоне увлечения внутренней секрецией родилась зоофилаксия (Hoffman, D. m. W. 1919, № 45)—*направленная внутрь защитная сила кожи*. Сочный эпителий rete Malpighi под влиянием раздражения выделяет в кровь неспецифические защитные антитела (ферменты, киназу?). Прав ли автор, наделяя кожу такой способностью или нет, это другой вопрос, но работа его серьезно обоснована, в ней собран весь накопившийся коллективный опыт многих поколений и как рабочая гипотеза, зоофилаксия вполне приемлема, как вносящая известное теоретическое обоснование терапевтических мероприятий на известных показаниях. Практический опыт ее вполне подтверждает.

Топическая терапия. Для применения местных средств мы должны выработать определенные показания. И первая мысль в таких случаях всегда одна—найти специфическое средство. К сожалению, таковых мы не знаем. Однако, если мы обратимся к аналогии, то увидим, что хирурги и дерматологи при туберкулезных заболеваниях кожи с большой пользой применяют желтую осадочную мазь, которая, к тому же, как ртутный препарат, действует и рассасывающим образом. И этим опытом из другой области мы и можем воспользоваться. Тем более, что у поверхностных слоев роговицы и у поверхностных слоев конъюнктивы, где располагаются фликтены, имеется эмбриональная связь с кожей.

Фликтена, как туберкулид, может быть отнесена к разряду специфических инфильтратов, и, чтобы справиться с ним, необходимо подумать об усилении жизнедеятельности роговой оболочки, об улучшении ее питания. Что на основании общей части осуществляется применением мнотиков. И действительно под их влиянием прекрасно рассасываются фликтены даже, когда они располагаются на слизистой яблока—повышение питания сказывается и на конъюнктиве. Остается, следовательно, теперь, для усиления эффекта, эти оба средства связать в одно в виде мази.

Rp. Eserini Salicylicii	0,03 (53a)
или	
Pilocarpini muriat.	0,05 (53e)
Hydragr. pr. fl. v. h. r. p.	0,1
Laolini	1,0
Vasellini p. americ.	4,0
M. f. U. d. ad tub. met.	
S. 2—3 раза в день за веки.	
	(53a и b)

Рец. 53 a назначается детям, а рец. 53 e—взрослым; причины ясны.

Если после распада верхушки фликтены они превратятся уже в язвы роговицы, то их придется лечить, как язвы и раздражающий преципитат будет противопоказан. При распаде же только верхушки фликтены указанные рецепты могут применяться, ведь язвы роговицы еще нет: язвившаяся фликтена—все же еще фликтена.

Примечание 1-е. Подчас немало неприятностей врачу и больному причиняют небольшие трещинки кожи у наружной снайки век, поддерживая светобоязнь и вызывая резкий и упорный блефароспазм.

О возможности их существования всегда следует помнить и вести с ними энергичную войну. Прежде всего следует попытаться оживить регенерацию ткани смазыванием подной настойкой. Если же не получается быстрого заживления, приходится прибегать к более энергичным средствам в виде прижиганий палочкой ляписа.

Здесь мнотические средства оказывают неоценимые услуги, без них течение болезни идет гораздо хуже, а главное сильно затягивается. Конечно, при назначении мнотиков радужка не должна быть задета—воспалена. При резкой же перикорнеальной инъекции, при изменении рисунка и цвета радужки, словом, при начинающемся ирите, что случается не очень часто, придется перейти на атропин (см. бол. рад.). Тогда в рецептах № 53а и б, вместо эзерина и пилокарпина придется вставить *Atropini sulphurici 0,05*.

Учебники и особенно практические врачи в этом пункте сильно грешат, преувеличивая, без всяких на то оснований, опасность появления ирита. Между тем как таким трафаретным назначением атропина мы препятствуем выздоровлению, и без всякой надобности увеличиваем страдания больных от светобоязни, играющей такую роль при всяком фликтенулезе.

Наклонность к иритам страдают лица, отравленные ядом сифилиса. Поэтому при озлоблении фликтен иритом прежде всего надо думать о *leses congenita* и поискать сифилитических стигмат.

После рассмотрения основ терапии фликтенулеза, считаю долгом привлечь внимание молодого врача к 3 важным вопросам, которые нередко разрешаются очень нецелесообразно.

- 1) Завлаживать ли таким пациентам глаза?
- 2) Как и чем бороться со светобоязнью?
- 3) Как реагировать на существующий конъюнктивит?

1) *Повязка противопоказана* по следующим соображениям: она способствует усилению светобоязни, так как приучает маленького пациента к темноте, усиливая контраст между тьмой и нормальным светом: глаз, привыкший к темноте, становится еще более чувствительным к свету.

Сквозящийся под повязкой секрет мацерирует края век, раздвигает и раздражает конъюнктиву и роговицу. Получающийся же, благодаря замкнутой полости и теплу, своеобразный термостат усиливает рост бактерий всегда присутствующих в это время в конъюнктивальном мешке. Повязка может послужить причиной появления всякого рода гнойных процессов на месте фликтены. Таким образом *накладывание повязки в этих случаях составляет большую, недопустимую ошибку.*

2) Борьба со светобоязнью всегда служила предметом специального обсуждения, особенно среди врачей, применявших *largo* шап и аппаратрони. И даже в солидных руководствах еще и до последнего времени печатаются и рекомендуются удивительные мероприятия вроде знаменитого совета погружать голову ребенка в чашу с водой; так, на стр. 136 учебника проф. Römer'a читаем: «для этого лицо ребенка погружают в чашу с холодной водой до наступления удушения, и тогда замечают, что он тотчас же открывает глаза». Предлагаю читателю обсудить след. вопросы: допустим ли, во-первых, подобного рода «героизм», не может ли он породить травматического невроза, а также позволил бы он произвести такой эксперимент над собственным ребенком? Конечно, облегчить светобоязнь необходимо, но *horribile dictu* не инспиривкой же удушения, а назначением целесообразной терапии. И в этом смысле мнотики чрезвычайно полезны: через 2—3 дня исчезает светобоязнь. Атропин же ее усиливает. Завешивать окна в комнате, создавать своего

рода темный карцер также недопустимо. Глаза, привыкшие к темноте, становятся крайне чувствительными к малейшему проникновению света. Такому ребенку необходимо диаметрально противоположное: как можно больше воздуха и света. Фликтены—болезнь затхлого воздуха и комнатного режима.

3) В силу установившейся традиции фликтенулез принято описывать в отделе конъюнктивитов, хотя, и по характеру, и по главным проявлениям, это болезнь роговой оболочки и явления конъюнктивита следует рассматривать просто как реакцию со стороны конъюнктивы на высыпь фликтен, как на явление вторичное, не требующее специальных мероприятий: исчезают фликтены—проходит и конъюнктивит. Для удаления отделяемого можно назначить цинковую ртуть (рецидив № 8) и только в случаях очень бурного течения можно прибегнуть к ячпису, хотя и в этих случаях удается обойтись без него.

Примечание 2-е. Кое-где в руководствах сохранилась рекомендация засыпки каломеля. Но он 1) действует слабее желтой мази, 2) не уменьшает светобоязни, 3) пугает детей своей внезапностью, 4) вызывает раздражение глаза. Я его не рекомендую применять.

2. Поверхностный бессосудистый кератит.

Симптомы.—Обыкновенно это очень незначительная, едва видимая эрозия, или садника, иногда выступающая только после окраски флюоресцином (рецидив № 51), происшедшая от того, что попала в глаз острая пылинка, отскочила головка горячей спички или младенец задел своим зевотком роговую оболочку кормилицы. Иногда же, по преимуществу на периферии роговицы, еле заметная, выступающая шероховатость на ограниченном участке. Несмотря на незначительность объективных данных—и перикорнеальная инъеция то слабо выражена—такой кератит причиняет большие страдания: развиваются сильные боли и резкая светобоязнь. Нервные субъекты совершенно лишаются трудоспособности и таких больных можно встретить лежащими в кровати в темной комнате, с завешанными плотно окнами. При более же глубоких поражениях все субъективные симптомы выражены значительно слабее.

Такое парадоксальное, на первый взгляд, соотношение субъективных и объективных признаков становится вполне понятно из рассмотрения гистологического строения роговой оболочки.

Чувствительные нервы роговицы оканчиваются в эпителиальном, поверхностном слое круглыми или грушевидными концевыми пуговками (M. Salzmann—Анатомия и гистология человеческого глаза. Москва, 1913). При поверхностных повреждениях эти пуговицы постоянно подвергаются раздражающему влиянию травмы и вызывают патологические рефлексы. При более глубоких—воспринимающие станции разрушаются и субъективные явления поэтому слабее выражены.

К особенностям поверхностного кератита следует отнести его *наклонность к рецидивам*, которые появляются после однажды перенесенного заболевания *среди полного здоровья, без всякой видимой причины.*

Этот кератит почти никогда не осложняется притом, хотя иногда и констатируется небольшое раздражение радужки.—По заживлении нередко не остается помутнения.

Терапия.—На основании разобранных в общей части, установка показаний для терапии не трудна. Вот главные требования: 1) *повысить обмен веществ в роговице и поднять ее питание,* 2) *ускорить эпителизацию дефекта,* 3) *дезинфицировать большую поверхность.* Всем этим показаниям

удовлетворит назначение мази в составе: кероформа, хицина и миотиков (реп. № 39—41), которая всегда и быстро оказывает блестящее действие. Но у миотиков есть и еще одно очень важное преимущество: *я за последние 22 года не видел ни одного рецидива болезни*, что безусловно подтверждает взгляды Wecker'a и С. Н. Ложечникова *о специфическом воздействии миотиков на большую роговицу*. Поэтому я считаю *серьезной ошибкой назначение атропина при поверхностном бессосудистом кератите*: так как резко усиливается от него светобоязнь, прочие субъективные симптомы, и легкое заболевание превращается в тяжелую болезнь, а после выздоровления появляется склонность к рецидивам. Молодых врачей страшит перикорнеальная инъекция и в ней они видят указатель заболевания радужки, упуская из виду, что перикорнеальная инъекция может явиться следствием заболевания роговицы. И, конечно, с улучшением состояния последней исчезает и перик. инъекция.

У молодых врачей имеется странная тенденция, а бы даже сказал какой-то непонятный зуд, накладывать на глаз при роговичных заболеваниях повязку, совершенно не считаясь с тем: вызывается ли это какими-либо показаниями или нет. И уже говорил о том, что повязка способствует увеличению светобоязни и ухудшению процесса и, создавая импровизированный термостат, усиливает рост и разводку бактерий и может способствовать превращению данного кератита в гнойный. Кроме того, повязка не только не дает покоя больному органу кажущейся иммобилизацией, но, наоборот, травмирует его, и травмирует непрерывно: спущенное веко (верхнее) при содружественных движениях глаза трением своим по роговой оболочке непрерывно травмирует окончания чувствительных нервов. Следовательно, *повязка здесь положительно противопоказана, как ухудшающая заболевание*. Да и сами больные обыкновенно заявляют, что она их очень раздражает.

Течение болезни.—Через 1—2 дня такого лечения получается паразитарный эффект: бывшее раздражение радужки исчезает, больной, до того времени инвалид, чувствует себя на столько хорошо, что просит разрешить ему обычные занятия, на что я и даю ему охотно разрешение, добавляя: «если можете, то можете».

Дней через 7—8, а то и раньше, редко позже, кератит проходит.

К этой же категории случаев близко примыкает ожог роговой оболочки и глаза, но об этом скажу ниже.

3. Поверхностный сосудистый кератит.

Поверхностных сосудистых кератитов существует два вида.

Первый *pannus scrofulosus* у туберкулезных детей, терапия его ни чем не отличается от фликтенулезного кератита. Вторая его форма *pannus trachomatousus* описана при трахоме, но для удобства обоснования показаний терапия указана не была, что мы и выполняем теперь.

Терапия трахоматозного паннуса.—Как было сказано выше, лечение паннуса есть лечение трахомы и, прежде чем к нему приступить, необходимо убедиться: удалены ли все механические условия его вызывающие, как-то: 1) заворот век, 2) трихиазис и дистихиазис, 3) сужение конъюнктивного мешка, связанное с трением по роговице рубцово-перерожденного верхнего века и т. д. Если эти причины не удалены, то непосредственное лечение паннуса, конечно, бесполезно. Только по удалении этих неблагоприятных моментов оперативным путем — операции Snelcen'a, Сапекко, каптопластика и т. п.,—вступает время для лечения самого паннуса. Но и приступая

к лечению, нужно помнить, что его основная причина все-таки трахома, а, следовательно, всегда имеется показание для применения специфического средства, т. е. сернистой меди; поэтому прижигание палочкой медного купороса и шлифовка ею шероховатостей конъюнктивы (как пемзой) есть первое *scdido sine qua non* успеха терапии *rahnus'a*. Когда все это принято во внимание, можно подумать о показаниях со стороны самой роговицы. Показания эти просты: 1) раздражающим лечением оживить ткань роговицы, 2) повысить ее питание и сопротивляемость, 3) увеличить процессы рассасывания, усилив ток лимфы. Эти показания легко удовлетворить назначением: 1) мази из желтого преципитата, 2) мнотиков и 3) дioniна. Первые два легко соединить вместе в одну мазь (*rec. № 53*)—3 раза в день за веки и отдельную мазь из 2% дioniна (*rec. № 47*) один раз на ночь перед сном (см. назначение дioniна при *mascula corneae*). Можно, конечно, устроить и проще, но менее решительно, назначив 3 средства в одной мази:

Rp. Dioniini 0,05
 Piloscarpini muriat. 0,05
 Hydrarg. pr. f. v. h. r. p. 0,1
 Lanolini 1,0
 Vaselini p. americ. 4,0
 M. f. U. d. ad tub. metall.
 S. 3 раза за веко в день (54).

Если к *rahnus'u* присоединяется воспаление радужки или значительно увеличивается перикорнеальная ин'екция, а радужка плохо различима из-за помутнения роговицы, вместо мнотиков мы принуждены назначить атропин с желтой мазью в 1% концентрации. (Обо всех осложнениях и добавочном условии терапии см. ириты и керато-ирит).

На паннусе, время от времени, могут появляться язвочки и желтая мазь в это время начинает раздражать, тогда ее мы отменяем и терапию ведем так, как это указано при язвах роговицы, *твердо помня, что прижигания палочкой медного купороса всегда показаны, как специфическая терапия при всяком состоянии роговицы.*

Очень важное правило, которое очень туго усваивается многими и не очень молодыми врачами. А казалось бы чего проще: все язвы и др. осложнения суть продукт основного страдания, удали причину, должно исчезнуть и следствие.

Однако, встречаются тяжелые формы паннуса, которые упорно противостоят всякой терапии, тогда приходится уже оперативным путем подорвать питание роговичной коры и тем добиться ее атрофии. Для этого применяется перерезка питающих сосудов в виде перитомии—вырезывание лоскута из конъюнктивы, рассечение сосудов по Scott'у или выжигания поясами сосудов склеры и роговицы гальванокаутером.

Примечание. По временам возобновляются предложения воспользоваться жикирити или жикиритолем для производства искусственной блефаррехии. Личного опыта в этом вопросе я не имею, но сообщения авторов о бывающих осложнениях удерживают меня от участия в этом рискованном предприятии.

4. Пучковидный кератит. *Keratitis fascicularis s. fasciculosa.*

Симптомы. Заболевание свойственное детскому возрасту. Оно выражается появлением небольшого ползучего инфильтрата на роговой оболочке, к которому, иногда даже через всю роговицу, узенькой (1—2 mm шириной) ленточкой тянется пучок поверхностных сосудов на инфильтрированном основании. Все образование напоминает *хвосту с длинным хвостом*. Светобоязнь выражена значительно, и дети часто предпочитают ютиться по темным углам или целые дни лежат, уткнувшись лицом в подушки. Предоставленная самой себе протекает очень длительно, переползая роговицу с одного конца ее диаметра до другого и закрывая своим помутнением область

зрачка. Преимущественная привилегия туберкулезных (золотушных) детей. По типу своему он принадлежит к поверхностным формам; протекает без всяких осложнений.

Терапия. В виде предисловия к терапии приведу 2 мнения видных офтальмологов о пучковидном кератите *P. Römer'a* и *Goldzieher'a*. Первый полагает, что «именно это помутнение неспособно к значительному просветлению» (после пучков. кератита), а второй, что при лечении нельзя обойтись без гальванокаутера. И у молодого врача составляется представление, что пучк. кератит чрезвычайно упорное и неблагоприятное для терапии заболевание. В таком умозаключении имеется 2 ошибки, как увидим ниже, а пока обсудим вытекающие из клинической картины показания для терапии. Общие показания, как разновидности кератита, конечно, очень просты, на основании вышеказанного, и заключаются в повышении питания роговицы. Нетрудно вывести и специальные показания. Основной тип всего процесса—вялый, затажной, не склонный к энергичным проявлениям в виде каких-либо осложнений. Как будто жизнедеятельность тканей здесь значительно понижена. Необходимо, следовательно, несколько оживить торпидный процесс, подстегнуть жизнедеятельность, а из этого уже вытекает и показание для применения слабо раздражающей терапии. Таким слабо раздражающим действием обладает, как мы знаем, желтый преципитат, вот почему назначение желтой мази с миотиками и является вполне целесообразным, и на поверку дает на практике прекрасные результаты (*pec. № 52 и 53*).

При явлениях раздражения радужной—что случается очень редко—к этой мази можно временно добавить двукратное в день пускание капель из атропина.

Rp. Atropini Sulfurici 0,05—0,1
Sol 3% ac. borici 10,0
MDS. 2 р. в д. по 2 кап. (55).

После успокоения радужки, атропин, конечно, тотчас же отменяется.

После исчезновения сосудов, и после того, как, одновременно с этим, тенденция к дальнейшему продвижению по роговице прекратилась, остается лентообразное помутнение, которое позволяет ставить ретроспективно диагноз, бывшего фасцикулярного кератита. Это помутнение в виде белого следа хвоста кометы и считается не поддающимся рассасыванию, т. е. просветлению. Такой взгляд неправилен. При целесообразном применении атропина, действительно, такое рассасывание затрудняется, так как остается более сочный рубец. При проводимой же нами терапии, основанной на строгом разборе показаний, результаты получаются совершенно иные: вскоре после назначения желтой мази с миотиками фасцикулярный кератит перестает ползти по роговице, серый венчик самой кометы и сосуды хвоста рассасываются, а немного позже под влиянием раздражающего влияния желтой мази уменьшается и белый след.

В этой стадии болезни, когда воспалительный процесс прошел, а остается только его последствие, выступает новое показание к терапии: добиться рассасывания помутнения, т. е. к назначению дионина, что можно выполнить прибавлением к той же мази дионина (*pec. № 54*) или кроме этой мази добавить еще на ночь мазь из дионина (*pec. № 47* и *pec. № 52* или *№ 53*). Результаты получаются прекрасные, след хвоста кометы исчезает. (Подробно о дионине при помутнениях роговицы). Таким образом, мы видим, что и помутнение рассасывается и к гальванокаутеру нечего прибегать. В этом я вижу своего рода *testimonium paupertatis* атропинный, небоснованный на показаниях, терапии. В деле терапии нельзя основываться только на старых традициях, а всегда необходимо искать новых путей. И путь

обязательной выработки показаний к терапии в офтальмологии—путь новый. Ни один представитель внутренней медицины без строгих показаний не назначит лечения, офтальмологи же всегда жили старыми традициями, усвоенными только памятью.

5. Паренхиматозный или интерстициальный кератит.

Диагностические замечания и этиология. Отличительным и кардинальным признаком паренхиматозного, глубокого кератита служит появление в глубоких слоях роговой оболочки (в ее паренхиме) множественных инфильтратов, рельефно выступающих при рассматривании через луну. Присутствие или отсутствие глубоко проникающих с периферии в роговую оболочку сосудов не имеет диагностического значения, хотя несомненно чаще наблюдаются сосудистые формы. Точно также не имеет диагностической ценности начинается ли процесс с центра или периферии, занимает ли он лишь небольшой, ограниченный участок или вовлекает в процесс всю роговицу. При этом поверхность ее становится шероховатой, лишена зеркальности, как бы истыкана.

Интерстициальный кератит—это тяжелое заболевание преимущественно детского и юношеского возраста, чаще всего наблюдается между 6—18 годами и значительно реже после 20 лет.

Среди этиологических моментов его мы встречаем—туберкулез сравнительно очень редко и *сифилис*, на долю которого падает до 98% всех случаев, а то, пожалуй, и больше. При чем врожденный значительно чаще, чем приобретенный. Каждый из них на паренхиматозный кератит накладывает несколько своеобразный отпечаток, с которым следует быть знакомым. При приобретенном, в отличие от врожденного, кератит бывает односторонним. При *врожденном* поражает оба глаза, правда, не всегда одновременно: промежуток времени от заболевания одного глаза до другого занимает период от нескольких недель до 2—3 месяцев.

Явления раздражения глаза, а также и воспаления при благоприобретенном *lues'e* слабее выражены, слабее и васкуляризация, протекает легче и скорее, а прогноз лучше, чем при *врожденном lues'e*. Тип его краевой, периферический, частично-секторный. Принадлежит к сравнительно равным проявлениям *lues'a*: обыкновенно на 2-м году после *ulcus durum*, реже на 3-м, в поздних периодах, вопреки распространенному взгляду многих врачей, не наблюдается. Следовательно, паренхиматозный кератит принадлежит к проявлениям вторичного периода, а не третичного. Рецидивы болезни очень редки.

Для врожденного сифилиса (называемого ошибочно наследственным) типично более центральное расположение первоначального фокуса с распространением в большей или меньшей степени по всей роговице. Заболевание протекает очень длительно не менее 5—6 месяцев, а часто до года и дольше. Не следует смущаться резкой васкуляризацией, так как можно считать за правило, что чем резче выражена васкуляризация, т. е. чем больше сосудов, тем лучшего рассасывания инфильтратов удастся добиться и тем большего просветления роговицы мы можем достигнуть.

Туберкулез накладывает тоже свой отпечаток на картину болезни—появление в одном из секторов желтовато-беловатых инфильтратов, иногда со склерозирующим поражением роговицы. Однако, и в этих случаях у нас никогда не может быть полной уверенности в том, что *lues* и здесь не принимает большой доли своего участия. Мне, по крайней мере, приходилось встречать случаи, где клиническая картина вполне соответствовала туберкулезу, и где

при внимательном исследовании и дальнейшем наблюдении удавалось с достоверностью доказать сифилитическую природу болезни.

Чрезвычайно редко инфильтраты своим расположением напоминают своеобразный рисунок решетки, состоящий из слившихся вертикальных и горизонтальных перекрещивающихся полос (*kerat. en grillage, k. quadrillé*)—здесь подозревают ревматические причины.

В числе этиологических моментов указываются еще травматические инсульты. Правда, очень редко, вскоре после травмы приходится констатировать появление интерт. кератита, однако ей следует отвести только роль способствующего агента и вот почему. Около 50 лет тому назад наблюдениями проф. В. М. Тарновского впервые была установлена замечательная особенность травмы вызывать у сифилитиков к жизни специфические проявления. — Теперь это факт твердо установленный. — Там, где дело обычно ограничивается при переломах костей организацией нормальной мозоли, у сифилитика может получиться патологическое перерождение в виде оссента, первостита или гуммы, уступающих только специфическому лечению. После небольшой травмы или дисторсии стопы или голеностопного сустава (Н. А. Вельяминов¹) вместо скорого выздоровления — затяжное воспаление сустава, проходящее только от специфической терапии. После оперативного вмешательства вместо гладкого заживления — гуммозный процесс; после экстракции катаракты—сифилома ресничного тела (личное наблюдение) и т. д. Словом, в результате травмы той или иной области вызываются к жизни специфические процессы, одинаковые по существу, но различные друг от друга в зависимости от условий места и ткани. И такой же реакцией со стороны роговицы может явиться нареч. кератит. Таким образом *появление в ответ на травму интерстициального кератита совершенно определенно указывает на сифилитическую этиологию.* И только в таком отношении можно рассматривать травму, как этиологический момент второго порядка, тем более, что из литературы нельзя привести ни одного случая, подробно, конечно, разобранного, где бы сифилис мог быть с достоверностью исключен, не говоря уже о тех, где он был достоверно доказан.

Интерстициальный кератит является одним из трех членов знаменитой Гетчинсоновской триады: типичные зубы — *полудлунные вырезки на средних² верхних резцах и рубцы на лице в виде беловатых полос*, главным образом, *около рта*. Это преобразованная триада, преобразованная потому, что раньше на месте рубцов значилась глухота от среднего отита, теперь очень редкий признак.

При исследовании больных с Гетчинсоновским кератитом необходимо приучить себя обращать внимание на целый ряд признаков, так называемых стигмат, которые указывают на врожденный *luës*. И проявления врожденного *luës'a* должны быть хорошо усвоены молодым врачом независимо от его специальности. Из каких трудных положений они его спасут и выведут на дорогу! Основательное изучение этих признаков имеет огромное значение, именно у нас и не только потому, что сифилизация населения непомерно растет за последние годы, но еще и потому, что наши мед. факультеты уделяют этому вопросу очень мало внимания и у молодого врача не выраба-

¹) Проф. Н. А. Вельяминов. — Клиника болезней суставов 1910 г. Изд. Прак. Мед. — Этот классический труд, написанный притом очень хорошим языком, должен проштудировать каждый образованный врач, а тем более посвящающий себя изучению офтальмологии.

²) Обращаю внимание на точное обозначение Гетчинсоновских зубов: верхние средние резцы, так как в литературе и даже учебниках под этим термином значится все что угодно, чего даже никогда и не описывал Гетчинсон.

тывается привычки мыслить и наблюдать в этом направлении. Даже типичные, бьющие в глаза случаи, не привлекают их внимания и они проходят мимо фактов, как бы с закрытыми глазами.

У каждого больного с паренхиматозным кератитом обязательно исследовать кровь по Вассерману — *WR*, но следует помнить, что доказателем только положительный ее результат, отрицательная же *WR* равно ничего не говорит ни за, ни против, как-будто ее и не делали. *WR* есть только симптом и никак не более, чем симптом. Отсутствие же того или иного симптома в общей картине болезни никогда не может служить поводом к отрицанию остального симптомокомплекса. И к такому взгляду необходимо привыкнуть с первых же шагов практической деятельности. Для нас имеет значение только положительный результат реакции.

Перед тем, как говорить о выработке показаний для терапии, придется обратить внимание на одну особенность или вернее характер заболевания. Строго говоря, только для удобства преподавания эта форма описывается в отделе болезней роговицы, а по существу своему она относится к воспалением сосудистого тракта, хотя на первый план и выступают роговичные проявления. Это вполне выжется с основной чертой сифилиса — поражать преимущественно сосудистый тракт, что так картинно представлено Нучар'ом в его выражении: „*La syphilis aime les artères*“. И на основании исследований *Hippel'*я мы должны рассматривать данное заболевание, как роговичное выражение уевнта. Если мы подвергнем гистологическому исследованию больные участки, то найдем изменения в самых задних слоях роговичной паренхимы, т. е. именно в той части, которая по своему эмбриональному развитию относится к сосудистому тракту, и этот факт безусловно указывает на возможность такого участия увеального тракта. Если мы более внимательно взглядем в клиническую картину болезни, то мы найдем и еще подтверждения этой идеи. После бывшего п. кератита нередко можно констатировать *chorioiditis anterior*. Правда, он редко констатируется, но думаю, что это происходит только оттого, что о нем мало думают, а к такому исследованию необходимо культивировать привычку. Этот же передний хориоидит удается диагностировать еще и до болезни на втором пока здоровом глазу. Примем, наконец, во внимание еще и известную наклонность его давать крыты и даже придодикнты. Таким образом следует согласиться с *Hippel'*ем, *Antonelli* и т. д., что п. кератит есть частичное проявление заболевания всего увеального тракта и лишь увеальные симптомы не всегда одинаково демонстративно бывают выражены, а отчасти и недостаточно энергично ищутся.

В зависимости от такого постоянного участия увеального тракта во время течения процесса наблюдаются колебания внутриглазного давления: то оно падает выше нормы, то повышается, и это, конечно, приходится учитывать при терапии.

Терапия. — Идеалом терапии бесспорно является терапия этиологическая; «*toute la thérapeutique est dans l'étiologie*», как говорит *Chauffard* и в этом смысле она вполне возможна. При чем нам вовсе нет надобности руководствоваться только положительной *WR*, и при отрицательной мы не можем от нее отказаться, так как всегда имеем достаточно данных, чтобы считать паренхиматозный кератит специфическим заболеванием.

Конечно, кроме антисифилитической терапии нам придется подумать о местном лечении, предварительно наметив те показания, которые вытекают из изучения патологического процесса.

Так как угроза слепотой вследствие всевозможных осложнений (*macula corneae*, *seclusio u. oclusio pupillae* и т. д.) здесь далеко не исключена, то

и специфическое лечение должно быть достаточно энергичным. И при всех проявлениях глазного сифилиса мы должны пользоваться всеми тремя средствами — иодом, ртутью и неосальварсаном одновременно. Первое наше назначение относится к водистому калию (натрию). При этом повторять следует избегать хронической ошибки, даже со стороны некоторых сифилидологов — малых доз, они часто вызывают явления подизма. Взрослому мы назначаем микстуру из 12,0 на 200, т. е. при трех приемах в день вводим с самого начала 3,0 pro die.

Суточная доза с 3,0 pro die постепенно повышаясь доводится до 8,0—10,0 pro die и это вовсе не страшно. Детям дозировка меньше соразмерно с возрастом: так, ребенку 10—12 лет даем первоначально 0,6; 200,0, т. е. 1,5 pro die.

5—6 лет 3,0:200,0, т. е. с 0,75 до 2,5 pro die и т. д. При чем приемы водистого калия продолжают во все время лечения. При назначении ртути, при выборе препарата мы руководствуемся следующим. Так как процесс в роговице имеет очень затяжное течение, а нам необходимо проделать основной курс лечения сифилиса, как конституциональной болезни, а кроме того при врожденном lues'e это будет и первым курсом в громадном большинстве случаев, то предпочтительны нерастворимые препараты. Из них по силе действия на первом месте должна быть поставлена салициловая ртуть.

Rp. Hydrarg. Salicylic. 3,0
Ol. Vaselini 30,0
M. f. Sterylisat. S. Перед инъекцией сильно вбалтывать (58).

Из препаратов для втирания я рекомендую следующую пропись:

Rp. Sapo mercuriale hyperadiposum 5,0
d. t. d. № 12 ad bart. cerat
S. По 1 пакету на втирание (59).

высыхает, прибавляют воды и вновь втирают мыльную пену, пока не вотрется весь пакетик.

Содержание здесь ртути, как и в Ung. Hydrarg. cinerei — 33%, но на втирание последней тратится до часа времени.

Обычная доза ртутного пережиренного мыла — 5,0. Один круг состоит из 6 втираний: руки, грудь, бедра.

Если почему-либо желательно воспользоваться растворимыми препаратами, можно назначить, как было указано во введении:

Rp. Hydrarg. bibromati 0,9
Natrii bromat. crystall. 0,7
Aq. sterilisatae 50,0
M. Sterylisat.
S. 1 шприц взрослому (60).

Третий ингредиент лечения неосальварсан. Но к нему нельзя приступать сразу, а необходимо предварительно подготовить организм больного иодом и ртутью в течение двух недель. Но мало указания, чем лечить

Такие выписывания делаются 2—3 раза в неделю. Взрослому по 1,0, а детям по $\frac{1}{2}$ деления шприца на каждый год. (Если почему-либо нельзя делать инъекций, приходится пользоваться фрикциями, что значительно хуже).

Предпочитаю всем другим потому, что он прекрасно всасывается; больной может втирать сам не более 15 мин. каждый раз. Для втирания берут содержание пакетика на ладонь и, смочив руку теплой водой, втирают в кожу. Когда ладонь высыхает, прибавляют воды и вновь втирают мыльную пену, пока не вотрется весь пакетик.

Тщательный уход за полостью рта
обязателен: щетка, мел, перекись водорода (две стол. ложки на стакан воды) или бертолетова соль (чайная ложка на стакан воды) — для полоскания рта после еды и еще и в промежутках, почасе.

не менее важно указать, как лечить, т. е. установить продолжительность курса. Мы считаем в этих случаях необходимым сделать не менее 30 инъекций *салициловой ртути*, в упорных случаях делаем и 25, или 40—45 *высокосалицидовой обугролившей*, и обязательно *ежедневно* или 50 *фрикций*. Меньшие дозы недостаточны и только поддерживают вид на перенхиматозный кератит, как на заболевание, не поддающееся специфической терапии. Что же касается *сальварсана* или *точнее неосальварсана*, то его следует вводить за курс 6,0—8,0 *грамм*. *Подостого калия* вводим за это время взрослому 250,0—400,0 *грамм* и больше. Конечно, одним курсом специфического лечения не заканчивается наша забота о больном—это только начало. Через месяц после 1-го необходимо проделать второй основательный курс, подобный курс и после второго передать больного сифилидологу для дальнейшего наблюдения и дальнейших курсов под контролем исследования спинномозговой жидкости. *При невозможности дать больному хорошей порции неосальварсана, выводить вовсе его не водить.* (Подробности выше в специальной главе).

Местная терапия.— Показания для терапии не трудно вывести:

1) поднять питание роговицы и 2) применением рассасывающей терапии уничтожить инфильтраты. Но проведение первого показания—назначение мнотиков—встречает резкую оппозицию со стороны характера самого заболевания. — Вещь, строго говоря, перед нами имеется узел с наклоном к воспалению радужки, что определенно требует назначения атропина; правда, роговица на атропин реагирует распространением патологического процесса, как не только оставленная без лечения, но и поставленная в более плохие условия питания. Таким образом создается терапевтическая дилемма, как же быть?

Так как тенденция к резкой перикорнеальной инъекции не роговичного происхождения здесь очень сильна, сильна также и склонность к воспалению радужки и даже цианарного тела, то, как ни соблазнительна мнотическая терапия, приходится от нее отказаться в виду грозных осложнений и назначить атропин, и даже атропин в мази для лучшего всасывания и действия. Тем более, что ленивая реакция, с виду совершенно здоровой радужки, не так редка: зрачок плохо расширяется от атропина, и эта своего рода ригидность безусловно указывает на то, что в радужной оболочке уже происходят известного рода патологические изменения, отражающиеся на ее подвижности.

Как справиться с этим явлением—см. ириты.

Rр. Atropini Sulfur. 0,05
Lanolini 1,0
Vasellini p. amer. 4,0
M. f. U. d. ad tub. metall.
S. 3 раза в день за века (102).

Но и при назначении атропина нужна известного рода бдительность—ежедневно наблюдать за больным—так как парен. кератиту свойственны колебания внутриглазного давления в сторону его повышения, правда нечасто, однако, следует иметь в виду эту возможность.

Сифидис вообще занимает очень видное место в *этиологии глаукомы*. При переходе от атропина к эзерину в этих случаях надо проделать очень быстро.

Второе показание—воспользоваться рассасывающей силой дионина—тоже приходится ограничивать. Дионин, при всех своих очень ценных качествах, обладает свойством раздражать глаз и к его помощи можно прибегнуть лишь тогда, когда стихнут резкие воспалительные явления. Но при большой площади поражения дионина будет недостаточно и придется прибегнуть к более энергичному агенту, к субконъюнктивальным инъекциям, особенно цианистой ртути (*рен. № 48*). Присутствие ирита не служит проти-

вопоказанием для инъекций, лишь бы картина болезни не носила бурного характера.

При бурных явлениях прита терапия должна быть направлена в сторону лечения воспаления радужки и будет требовать отвлекающего лечения: пиявок и т. п. (см. терапию притов).

Но если не удастся прибегнуть вначале к дионину, то можно воспользоваться рассасывающим и успокаивающим действием тепла с первых же дней болезни в виде согревающего компресса, горячих припарок, суховоздушных ванн и т. п. Но и здесь встречаются больные не переносящие тех или других процедур, так, напр., некоторые не переносят горячих припарок, но зато хорошо переносят согревающий компресс и наоборот. Конечно, придется сообразоваться с самочувствием больного.

После окончания воспалительного процесса остаются, обыкновенно, помутнения роговицы, которые значительно препятствуют зрению.

Так как многие заболевания заканчиваются помутнением роговой оболочки, то я их выделил все в отдельную главу для удобства изложения, а кроме того, это избавит меня от ненужных повторений.

Ретроспективный диагноз бывшего некогда паренхиматозного кератита.

Вышесказанном можно было бы и закончить наше изложение об интерстициальном кератите. Но так как значение его не исчерпывается только умением правильно распознать и лечить, но подчас может дать важное ретроспективное указание на перенесенное когда-то сифилитическое заболевание, то на этом распознавании следует остановиться.

Делаю я это с тем большей охотой, что в учебниках о такой диагностике ничего не говорится, а в наших медицинских школах даже и теперь проводится архаический взгляд на *lues* только как на венерическую болезнь. Взгляд, конечно, неправильный, чрезвычайно отсталый: *lues* давно перестала быть венерическим заболеванием, перешла в группу болезней социальной жизни, и, конечно, заслуживает самого широкого и внимательного изучения всеми врачами без различия их специальности. Нет заболевания, которого не мог бы просимулировать и воссоздать сифилис!

Перехожу к ретроспективной установке диагноза. Вспомним основные черты болезни и на них построим свои вопросы. Ответы покажут: 1) что в детстве болела глаза; 2) что болезнь тянулась много месяцев, год и больше; 3) что болезнь была серьезная, так как сопровождалась длительной слепотой; 4) но что она была мало болезненная или совершенно не болезненна; 5) что она поражала оба глаза, но не сразу, между заболеваниями левого и правого глаза прошел заметный промежуток времени. Если удастся получить все эти данные, ретроспективный диагноз получает значение уверенности, так как трудно подкачать другое заболевание, которое бы обладало таким специфическим симптомокомплексом. Еще точнее может подтвердить наш диагноз присутствие остатков помутнения роговицы. Для этого необходимо применение биомикроскопа луны или еще лучше корнеального микроскопа. Можно обойтись исследованием и двумя лунами по +13.0 D: одной осветить глаз, а через другую смотреть. При этих условиях в глубоких слоях роговицы иногда бывает можно обнаружить легкое помутнение, даже и с сосудами. Если же оно видно невооруженным глазом, то лунами выявляются отчетливее его свойства.

6. Пятна и помутнения роговицы. *Macula corneae.*

Пятна роговицы, остающиеся после бывшего фасцикулярного или паренхиматозного кератита, очень хорошо просветляются, особенно первые, если ни пациент, ни врач не заражены нигилистическим скептицизмом. Пятна после язв роговицы просветляются значительно хуже. Для процесса рассасывания может потребоваться от 2—3 до 9—12 месяцев упорного лечения. Ковечная цель стоит такой возни, ибо при настойчивости получаются очень хорошие результаты.

Уже из рассуждений, изложенных в общей части, легко сделать заключение, что главными факторами должны явиться здесь дионин и подкожноинъективные ив'екции. К сожалению, к дионину, как препарату морфинной группы, скоро вырабатывается привычка, и он теряет свою силу. Попытка заменить его каким-либо производным этого же ряда увеличилась только частичным успехом. Группу хлора в дионине удалось заменить иодом, но от такой замены не получилось препарата с большей рассасывающей силой, как этого можно было ожидать. *Aethyl morphin hydrojodicum* вызывает меньше явлений раздражения со стороны глаза, но зато и сила его действия слабее старого дионина. Следовательно, вместо одного мы теперь имеем два очень схожих препарата.

При назначении дионина следует предупредить больного о том, что после введения мази в конъюнктивальный мешок появляется значительное жжение, которое не прекращается в течение 5—15 минут, а у некоторых субъектов даже и $\frac{1}{2}$ часа, глаз становится красным, а иногда присоединяется и отек конъюнктивы (хемоэ). С течением времени, иногда даже и очень скоро, реакция слабеет и одновременно падает и его фармакологическое действие. Тогда приходится усиливать концентрацию мази и частоту ее применения. Приспосаблиясь к свойствам дионина, у меня выработалась определенная методика его применения, которой я с успехом и пользуюсь. В течение первых двух недель я назначаю 2% мазь один раз в день—перед сном, в расчете, что все явления раздражения успеют исчезнуть в течение ночи и глаз успокоится. Назначаю чаще всего *dionin* без всяких добавлений (*rec. № 47*), но можно соединить его с легким раздражающим действием желтого преципитата для усиления всасывания (*rec. № 61*) или, еще лучше, соединить его с литием, обладающим способностью растворять эти помутнения, а также повышать отчасти процессы рассасывания (*rec. № 63*).

Rp. Hydrarg. praec. fl. v. h. r. p.
Dionini aa 0,1
Lanolini 1,0
Vasellini p. amar. 4,0
M. f. u. d. ad tub metall.
S. 1—2 раза в день за веки (61).

Rp. Lithii benzoici 0,25—0,5
Dionini 0,1
Lanolini 1,0
Vasellini p. americ. 4,0
M. f. u. d. ad tub. metal.
S. 1—2 раза в день за веки (62).

Через 2 недели, когда глаз достаточно привык к *dionin*'у, предлагаю ту же мазь закладывать 2 раза в день: утром и вечером. По истечении нового двухнедельного срока усиливаю концентрацию мази до 4% (*dionini* 0,2:5,0) и снова больной применяет ее 2 недели по 1 разу в день. Через 2 же недели она закладывается 2 раза в день. И опять, как и при 1-й мази, увеличиваю количество дионина до 6%, и эта мазь № 3 закладывается 2 недели — 1 раз в день, а 2 недели 2 раза в день. Мазь № 3 заканчивает первый курс лечения в течение 3 месяцев. После такого курса даю отдых на 2 недели или назначаю 2 раза в день мазь из подистого дионина (*rec. № 63*).

Rp. Aethyl-morphini hydrojodiei 0,1
Lithii benzoiei 0,5
Lanolini 1,0
Vasellini p. americ. 4,0
M. d. u. d. ad tub. metal.
S. 2 раза в день за веки (63).

2—3—4 % или даже начинать с 1%. Все мелочи, конечно, не учтешь, но сообразно указанной схеме легко уже самому на практике разработать отдельные вариации. Моя задача дать руководящий принцип.

После двухнедельного отдыха назначаем второй курс лечения из тех же трех серий мази. Для усиления рассасывания во время 1-го курса, а если почему-либо удобнее, то во время 2-го, проводим серию подконъюнктивных инъекций из того же лития (*рец. № 49*), 10—12 выпрыскиваний на курс по 2—3 инъекции в неделю. После паренхиматозного кератита можно воспользоваться и цинк. ртутью (*рец. № 48*). Одного такого курса выпрыскиваний достаточно—остальное дополнит дионин. В течение этого курса выпрыскиваний дионин применяется также своим чередом. В случае надобности большой продолжительности 3, 4 и больше курсов лечения дионинном с соответствующими отдыхами по 2—3 недели между двумя смежными курсами. При старых помутнениях роговицы и при очень насыщенных помутнениях после язв роговицы результаты значительно хуже. К категории очень удачных излечений принадлежат свежие помутнения после неглубоких язв роговицы и фликтен.

О татуировке лейком, об оптической придектонии распространяться не буду—это дело руководств по хирургии глаза.

О лечении помутнений роговицы, вызванных известью, речь будет ниже.

7. Keratitis Ulcerosa. Язва роговой оболочки.

Диагностические замечания.—Распознавание язвенного процесса на роговой оболочке дело несложное. Патогномоническим признаком служит нарушение непрерывности в эпителиальном покрове, частичное отсутствие зеркального блеска. Огромную услугу оказывает в этих случаях *флуоресцина* (*рец. № 51*). Укажу еще прием, облегчающий нахождение дефектов на роговице. Больной фиксирует глазом палец врача, последний же медленно перемещает свою руку сверху вниз, справа налево и т. д. в различных направлениях, а сам в это время принимает такое положение, чтобы взор его скользил по поверхности роговицы в касательном направлении и тогда все мельчайшие неровности и шероховатости роговой оболочки очень хорошо выступают и делаются легко заметными.

Терапия.—На основании указаний, разобранных в общей части, нам теперь не трудно разработать показания для лечения.

Задачи наши таковы:

- 1) поднять питание роговой оболочки,
- 2) способствовать регенерации ткани,
- 3) ускорить рассасывание инфильтратов,
- 4) пресечь рост микроорганизмов.

Это, так сказать, основные показания, но могут встретиться показания и добавочные в зависимости от особенностей болезни. Так, язвы могут быть чистые, грязные, малоинфицированные, сильно инфицированные, с живыми или наоборот очень вялыми тканями и, конечно, все эти моменты внесут и добавочные показания. Но еще до обсуждения терапии я хочу обратить самое серьезное внимание молодого врача на состояние слезопроводящих

цутей. При каждой даже самой незначительной язве, при малейшем дефекте в эпителии роговицы необходимо убедиться, не имеется ли дакриоцисто-бле-норрея. В этом смысле нужно выработать у себя своего рода условный рефлекс: каждый раз внимательно осматривать область слезного мешка, пытаясь выдавить его содержимое через слезные точки. Хронический дакриоцистит своими пневмококками инфицирует язву и превращает ее в грозный *Keratitis hypopyon*. И всякий раз, когда удастся у больного обнаружить *дакриоцистит, следует настоятельно требовать согласия у больного на выделение слезного мешка*. Консерватизм в этих случаях абсолютно недопустим, так как даже небольшое промедление с экстирпацией слезного мешка может стоить зрения этого глаза. *Выделение слезного мешка показано в порядке «скорой помощи»!*

Переходим теперь к назначениям. При совершенно чистых язвах, с нефилтрированным дном и краями мы должны удовлетворить 1, 2 и 4 из выставленных нами показаний. На основании общей части мы уже знаем, что для этого должны выписать одну из мазей с миотиками, ксероформом и хибином (рец. № 39—41). Так как состояние окружающих частей, главным образом конъюнктивы, резко сказывается на течении роговичных процессов, то мы должны на них, обратив свое внимание и поступать в зависимости от состояния слизистой век, *как-будто заболевание конъюнктивы было самостоятельным*, и строго руководствоваться этими добавочными показаниями: прижигать ляписом, если есть гнойное отделяемое, выдавливать трахоматозные зерна, *прижигать палочкой медного купороса* и т. д. Помня хорошо, что игнорирование состоянием конъюнктивы всегда осложняет и затягивает течение язвенного кератита. Особенно важно соблюдать это правило при трахоме, так как она обычно и является причиной страдания роговицы, и попутное лечение трахомы имеет, следовательно, этиологическое значение. Эта простая истина чрезвычайно туго проникает в сознание молодых врачей.

К днююну при чистых язвах прибегать не приходится, так как ему нечего здесь рассасывать—нет третьего показания. Если к язвенному кератиту присоединяется ирит, что случается очень редко, и, как увидим ниже, имеет определенное диагностическое значение, то, конечно, миотические средства приходится временно отменять и поступать как при ирите. Если же обнаруживаются только признаки раздражения со стороны радужной оболочки: резкое усиление перикорнеальной ин'екции, вялость реакции зрачка, небольшое изменение цвета радужки, то учитывая наше отношение к миотикам, как к специфическому средству, мы прибавляем к нашему назначению еще и капли из атропина (рец. № 55 фасцикул. керат.). Если, наблюдая за больным в течение 2—3 дней, мы замечаем, что явления раздражения радужки не исчезают и начинается, следовательно, ирит, то приходится отменять миотики и переходить к одному атропину (рец. № 42) с тем, чтобы по миновании надобности, снова вернуться к терапии кератита, т. е. к зрачек суживающим средствам (рец. № 39—41).

Передка встречаются, однако, такие вялые язвы роговицы, которые неделями и даже месяцами не выказывают ни малейшей тенденции к регенерации. В этих случаях является показание оживить процесс применением раздражающей терапии. Таким возбудителем, как мы знаем, служит мазь из желтого преципитата (рец. № 52 и 53). Если же этого оказывается недостаточно, можно попытаться оживить процесс усилением лимфообращения и к одной из двух указанных мазей прибавить еще и мазь из днюина (рец. № 61). Но и этого может оказаться мало, тогда приходится прибегать к сильно раздражающему действию йода и прижечь язвенную поверхность йодной настойкой, точно выяснив ее границы окрашиванием флуоресцином (рец. № 51).

Техника прижиганий иодной настойкой. Глаз предварительно анестезируется троекратным пусканием за веки 3% раствора кокаина в течение 5—6 минут. Кашлей флуоресцеина окрашивается язва, который смыывается через 1 минуту, после чего вкладывается пружин. векорасширитель. На ластренную, как иглока, палочку наворачивается очень небольшой комочек ваты. Такую кисточку погружаем *в свежую* иодную настойку, отжимаем излишек жидкости о горлышко бутылочки и смазываем язвенную поверхность несколько раз, пока она не станет темно-буро-синеватого цвета. Выждав около минуты, чтобы успел испариться спирт, снимаем векорасширитель. Можно обойтись и без этого инструмента: левой рукой раздвинуть и фиксировать веки, в одно и тоже время придерживая у слезного мясца комочек ваты, чтобы впитывать им слезную жидкость и защитить от нее роговицу. Через минуту после прижигания, веки можно закрыть и наложить сухую повязку. Повязка через сутки меняется, а на третьи временно прерванное лечение продолжается. Чаще всего одного такого прижигания вполне достаточно, в случае надобности его можно повторить через 7—8 дней.

Примечание. — Долго стоявшая иодная настойка чрезмерно раздражает глаза, необходима свежеприготовленная и обязательно на чистом винном спирту, так как древесный спирт, денатурат и сырец тоже вполне раздражают глаза.

При язвах роговицы с слабо инфильтрованными краями и дном, когда, следовательно, можно ожидать более вирулентной бактериальной флоры, поступать приходится решительней. Такая инфильтрация несколько меняет показания: 1) необходимо уже усилить бактерицидное действие мази и 2) ускорить рассасывание инфильтратов; теперь уже следует подумать об исполнении третьего вышеприведенного показания. Первое достигается введеннем в мазь collargol'a, а второе (или наше третье) добавлением рассасывающей силы длюнина (*рен. № 43—46 и рен. № 47*).

Следующая разновидность: сильно инфильтрованная, *грозная язва* требует уже очень энергичного и даже общего вмешательства независимо от того будет ли гной в передней камере или нет, так как никогда не может быть уверенности, что гной не появится через сутки и она не превратится в грозный *keratitis hypopyon*. *NB!* При этих язвах очень нередко обнаруживается *dacryocystitis*—*NB!* *Ulcus serpens, keratitis hypopyon*.

Диагностические замечания.—Отличительной чертой этих язв является их тенденция ползти по поверхности роговицы, занимая все новые и новые участки здоровой ткани, или проникать все в более и более глубокие слои роговицы, что может закончиться прободением роговицы. Отсюда и название ее *Ulcus serpens*—ползучая язва. Развивается по преимуществу у взрослых, поражая, главным образом, рабочие классы. Локализируется она в центре роговой оболочки, сопровождаясь резкой перикорнеальной инъекцией и гноем в передней камере. В очень бурных случаях сопровождается хемозом. Субъективно значительные боли в глазу и окружающих местах (приг), и иногда столь интенсивные, что больные не спят ночами. В учебниках принято проводить дифференциальный клинический диагноз, главным образом, между двумя типами язв. Одна из них, более злобная по течению, вызывается *инфекцией* *Fränkel-Weichselbaum'a*, другая более доброкачественная *палочкой Morax-Azenfeld'a*. Останавливаться на этих тонкостях клинической диагностики я не стану, так как не считаю их надежными. Точная установка диагноза должна принадлежать микроскопу. После кокаинизации глаза прокаленным платиновым шпателем берется соскоб с язвы и наносится на предметное стеклышко с последовательной окраской по Граму. И начинающему окулисту горячо рекомендую именно этот способ установки диагноза.

В смысле же терапии обеих язв, конечно, много общего, но есть и небольшие отличия, которые необходимо знать. Отличия эти диктуются характером самой флоры.

Терапия пневмококковой язвы.—Кроме показаний, о которых мы говорили при инфильтрированной *ulcus corneae*, при гнойном кератите присоединяются, конечно, и еще специальные, вызванные особенностями клинической картины. Вполне понятно будет показание: 1) остановить прогрессивное распространение язвы, так как каждый миллиметр поверхности роговицы, да еще и в центральных частях, чрезвычайно дорог для зрения; 2) такое энергичное распознание язвы, гнойная ее инфильтрация говорят, с одной стороны, о резком ослаблении организма, а с другой—о вирулентности микроорганизмов. И без натяжки можем считать данное заболевание по своему характеру острой инфекционной болезнью. А, следовательно, подумать или о специфической серотерапии или неспецифической ферментной терапией—поднять жизнедеятельность всего организма и роговицы в частности.

1) Первое показание можно осуществить стерилизацией язвенной поверхности, так как, убивая находящиеся здесь микроорганизмов, мы этим самым уничтожаем причину болезни, а следовательно, и поступательное развитие язвы. Такую стерилизацию можно выполнить гальванокаустикой, конечно, после хорошей коагнизации поверхности (3% кокаи, три раза в течение 8 минут) и под контролем окрашивания флуоресцином (*реп. № 51*). Так как вместе с этим имеется и показание ускорить всасывание эскулата, то мы выжженную язвенную поверхность густо *засыпаем порошком дионина* и на сутки накладываем повязку.

2) Второе наше показание, казалось бы, очень нетрудно выполнить назначением «специфической» антипневмококковой сыворотки *Romer'a*. К сожалению, эта «специфическая» сыворотка неспецифична, т. е. недействительна. Но для поднятия сопротивляемости организма мы можем воспользоваться ферментативным или параспецифическим действием *антидифтерийной сыворотки (бактериальная актиназа)* или протеиновой терапией. Последняя значительно слабее и хуже действует, и для серьезных случаев непригодна. Технически это показание выполняется следующим образом.

Сыворотку мы вырыскиваем до гальванокаутеризации. Для усиления антитела в передней камере мы из взятой порции сыворотки один грамм вводим непосредственно под конъюнктиву (после предварительной коагнизации), а остаток вводим под кожу. *На вырыскивание берем всего не менее 5—6 тысяч единиц*, повторяя их в течение 4—5 дней под-ряд. Чем раньше начаты вырыскивания, тем лучше. После вырыскивания гальванокаутеризируем язву, засыпаем ее порошком дионина и накладываем повязку.

При назначении топической терапии перед врачом встает тяжелая дилемма: что назначить—атропии или *miotica*? Почти каждый *keratitis hydropic* сопровождается иридом, а следовательно, рассуждая шаблоном, следует и назначить атропии. Но именно в этих-то случаях очень не желателен атропии. При расширении зрачка и сокращении радужки значительно уменьшается ее всасывающая поверхность, а всасываться есть чему, ведь в передней камере имеется выпот; благодаря повышению внутриглазного давления закрывается или вернее сдавливается Фонтаново пространство, затрудняется отток и всасывание из передней камеры. Наконец, благодаря атропии ухудшаются условия питания и самой роговицы. И я, лично, вполне разделяю стремление некоторых офтальмологов не назначать в этих случаях атропина, а придерживаться роговичной терапии, т. е. *miotиков*, не взирая на ирид. Лучше получить синехии, которые впоследствии можно удалить оперативно, чем сознательно уменьшать шансы на восстановление органа. Я лично предпочитаю и при *keratitis hydropic* пользоваться *miotиками*.

В тяжелых случаях приходится повторять прижигание гальванокаутером, подконъюнктивальное введение сыворотки — вместе с 3-м или 4-м подкожным выпрыскиванием; а засыпку дионином повторять ежедневно с последующей повязкой в течение 2-х часов.

Как видит читатель, терапия гнойного кератита очень сложна и все-таки, несмотря на значительное нагромождение мероприятий, не всегда удается справиться с этим тяжелым заболеванием. Но, однако, и это еще не все, что можно предложить для борьбы с гнойным кератитом: рассасывание помимо применения дионина и субконъюнктивальных выпрыскиваний можно повысить еще горячими примочками, припарками. Под влиянием высокой температуры расширяются кровеносные и лимфатические пути, чем облегчается и увеличивается отток жидкости из глаза, с которым уносятся токсины, лейкоциты и т. п. патологические продукты, уменьшается напряжение тканей и, таким образом, повышается процесс рассасывания. Применение их очень просто: каждый раз перед закладыванием мази за веко, следовательно *раз 6 в день*, подогревают раствор дианистой ртути (*рен. № 8*) на столько, чтобы он был очень горяч, но не обжигал, конечно, глаз; и таким горячим раствором большой делает себе промывание в течение 10—15 минут. Во время первых сеансов обыкновенно не удается удержать веки раскрытыми, но очень быстро выработывается навык, и горячий раствор действует на глазное яблоко. Такая простая процедура не только вполне заменяет согревающий компресс, но и значительно его превосходит по терапевтическому действию, сюда присоединяется еще и бактерицидное действие ртути вместо термостатного действия компресса. В этой опасности культуры бактерий и заключается неудобство компресса. Среди же молодых врачей существует какое-то бессознательное тлетворение, своего рода этикет — завязывать всем своим пациентам глаза, и эту чрезвычайно скверную моду очень трудно вывести из их обихода.

Прибавление.—При изложении терапии пневмококковой язвы невольно вспоминается одно очень неприятное осложнение, правда, к счастью редкое, с которым нам приходится встречаться в постоперационном периоде после извлечения катаракты. На 3-й или 4-й день после экстракции появляется гнойная инфильтрация губ роговичного разреза, развивается ирит с дальнейшим переходом в панфтальмит и гибель глаза. Показания здесь чрезвычайно сходны с пневмококковой язвой за исключением применения атропина вместо миотиков, так как здесь налицо гнойный ирит, а не кератит и, конечно, в виду свежести раны нельзя делать подконъюнктивальных инъекций. Еще более энергично здесь должна проводиться ферментативная терапия при первых же признаках нагноения, как и немедленно же выжигание раны гальванокаутером. Результаты получаются ободряющие — удается спасти глаз от тяжелой инфекции.

Терапия диплобацилярной язвы (Morax-Axenfeld).—Показания для терапии диплобацилярной язвы будут аналогичны только что разобранным, но в исполнении этих показаний придется внести некоторые видоизменения в зависимости от некоторых характерных отличий в природе самого процесса. Прежде всего мы должны вспомнить о *специфическом действии крепких растворов сернокислого цинка на диплобациллу Morax-Axenfeld'a*, а потому будет вполне естественно воспользоваться здесь цинком. Вторую отличительную черту их будет отрицательное отношение к термокаутеризации: диплобациллы не только хорошо переносят высокие температуры, но даже и очень пышно разрастаются под образованным струнком из прижженных тканей. Вместо гальванокаутеризации мы назначаем больному мазь или капли из цинка 3—4 раза в день (*рен. № 21*).

Rp. Zinci Sulfurici	0,05—0,1
Lanolini	1,0
Vasellini puri americ.	4,0
M. f. U. d. ad tub. metall.	
S. 3 раза в д. за веки (21a).	

Эта мазь чередуется с колларголевой по 3 раза в день. При ежедневных же визитах врач сам орошает язвенную поверхность 2% раствором цинка. Ферментативная терапия и прочее остается, конечно, в силе.

Перед тем как закончить главу о гнойной язве, я должен упомянуть еще о двух назначениях. Как для диплобациллярной язвы считается специфическим средством zinc, так для пневмококковой — производное хинина *aethylhydro cuprein* или *optochinin*. Но теперь его чрезвычайно трудно достать в аптеках. Его можно присоединить к нашей хинин-колларголевой мази по одному дециграмму (0,1) на порцию мази или выписать добавочно 2% мазь — 4 раза в день за веки за $\frac{1}{2}$ часа до колларголевой.

Второе назначение отрицательного характера. Во всех руководствах можно прочитать рекомендацию при гнойной язве производить прокол роговицы и выдуть гной, с заявлением, что после этого наступает быстрое исцеление. К сожалению, это не так происходит на практике. Эта маленькая, но крайне неприятная операция, не принося существенной пользы больному, иногда преподносит панфталмтит, что никогда не входит в расчеты оператора.

Гной в передней камере при гнойной язве, как известно, стерилен, не содержит в себе микроорганизмов и является реакцией со стороны радужки на поступающие в переднюю камеру токсины. Производя же при гнойной язве вскрытие передней камеры, мы тем самым облегчаем доступ инфекции проникнуть в полость глаза — мы ее прививаем туда, а следовательно, и должны предвидеть возможность заражения сред и гибель глаза от панфталмита. *И я предостерегаю молодого врача от такого героического вмешательства. Первый принцип терапии: ne posses.*

8. Ожог глаза. (Роговицы и слизистой оболочки).

Симптомы. — Картина ожога глаза едкими веществами, случайно попадающими в конъюнктивальный мешок, очень однообразна. Боль в глазу, чувство инородного тела, слезотечение и светобоязь. При объективном исследовании: конъюнктивальная, а иногда и перикорнеальная инъекция, гиперемия или воспаление слизистой, покрытой разного цвета стружками, с язвочками или без них. Тусклая, инфильтрированная роговица, иногда опалового цвета, а иногда и совершенно прозрачная, с эрозиями или язвочками по своей поверхности или при резких ожогах с глубокими грязными язвами. Диагноз не труден, да и большой своим рассказом облегчает его, заявляя о несчастном случае.

Терапия. — Первой заботой, первым показанием в этих случаях, конечно, должно быть удаление и нейтрализация едкого химического вещества, попавшего в глаз, — подание первой помощи. После нейтрализации химических остатков придется подумать об облегчении болевых и других субъективных симптомов: боль, светобоязь и прочее. Интенсивность их подчас столь резко выражена, даже при незначительности объективных изменений, что больные не спят (поверхности, бессосудист. кератит). Такое выдвигание на первый план болевых ощущений легко понятно: в большинстве случаев прижигающего вещества попадает в глаз очень немного, вследствие рефракторного сжатия век, и дело ограничивается поверхностными слоями роговицы. При больших же разрушениях страдает и кожа век и часто на большом пространстве, сопровождаясь разрушением конъюнктивы и роговицы — конечно, такая большая эскоринированная поверхность причиняет большие страдания. Успокоение

этих болей и составляет наше 2-е показание. Нетрудно к нему присоединить и третье—предотвратить бактериальное загрязнение раны, и поскольку это касается роговицы, усилить в ней процессы питания.

Если нейтрализующие вещества и будут варировать в зависимости от свойств едкого агента, то остальные мероприятия достаточно однородны. Состав нейтрализатора предопределяется химическими свойствами действовавшего разрушителя.

Щелочи.—При ожогах щелочами, из которых чаще всего придется встречаться с аммиаком, нам придется обратиться к кислотам, а из них к совершенно не раздражающей борной кислоте—чайная ложка на стакан воды (4%). Ею следует обильно промыть обожженный глаз. При ожогах кислотами, и чаще всего серной, нейтрализатором является раствор соды, а еще лучше лимоннокислое натра, *—natrii citrici*, обладающий щелочными свойствами; из чайной ложки на стакан воды. Некоторыми особенностями обладает *карболовая кислота*, а из щелочей известь. При ожогах *фенолом* сода и лимоннокислый натр, как нейтрализаторы, не годятся и приходится пользоваться услугами *глицирина*.—*При всяких ожогах карболовой кислотой в других областях тела глицирин окажет неопределимые услуги, предотвращая воспаление рубцов* (внутри при ожогах пищевода и т. п.).

Глицерин обильно вливается в конъюнктивный мешок, смывается водой, и вновь пускают несколько капель уже без промывания. Жжение им вызываемое не велико.

Едкая известь.—Ожог едкой известью чаще всего ограничивается конъюнктивой, но иногда задевает и роговицу. Положение осложняется тем, что отдельные частицы ее глубоко проникают в ткани, и приходится прибегать к механическому удалению отдельных порчинок. После предварительной анестезии глаза 3% раствором кокаина выворачиваются веки, обильно промываются раствором (3%) борной кислоты и мочками бинничками тщательно очищаются все углубления и складки конъюнктивы, а где это не удается, там прибегают к помощи зубчатого пинцета, долота или иглы для инородных тел. При чем удалить надо все песчинки извести.

Примечание.—Среди публики и среди многих врачей распространена взгляд, будто сахар является антидотом извести, ввиду чего распространена тенденция промывать такие глаза сладкими растворами. В действительности же: *известковый сахар, образующийся в результате химической реакции, обладает резко прижигающими свойствами и может причинить огромный вред, а следовательно, промывание сахарным раствором при ожоге известью противопоказано.*

Удалив или нейтрализовав остатки едкого вещества, мы приступаем к выполнению и остальных показаний.

Общая терапия ожогов роговицы.—В виду резкого раздражения нервных окончаний роговой оболочки кроме уже выставленных показаний, можно наметить еще одно: созданием изоляционного слоя избавить роговую оболочку от возбуждающего влияния внешних инсультов, что можно выполнить применением обволакивающих веществ, нерастворимых в воде, напр., масел. —И в этих случаях применение масляных растворов оказывает прекрасное успокаивающее влияние. Непрерывность же такого слоя легко обеспечить частым повторением инстилляций масла. К этому же маслу не трудно добавить и остальные ингредиенты для выполнения указанных показаний, как: хеогорт и рилосарин. В качестве же обезболивающего вещества можно взять кокаин в слабом растворе. Кокаин, растворенный в воде, является роговичным ядом, как вызывающий слущивание эпителиального покрова, в масляных же растворах он переносится хорошо.

Rp. Xeroformii pulv. subtilissim.
Pilocarpini muriatici
Cocaini muriat. aa 0,05
Ol. Amygdal. dulc. 15,0
MDS. Каждые 15 м.—2 капли (64).

«Cite», т. е. для немедленного отпуска из аптеки.—*Повязки на глаз не следуют накладывать.* (Их можно применять и при поверхностном ожоге роговицы отлетевшей головкой спички).

Через 1—1½ суток после оказания 1-й помощи уже можно приступать к обычной терапии, диктуемой теми симптомами, которые к тому времени останутся.

Примечание.—При сильных явлениях раздражения, при обилии субъективных жалоб чрезвычайно соблазнительно воспользоваться длительным болеутоляющим действием ортоформа. И такая рекомендация встречается в литературе. К сожалению, ортоформ абсолютно непригоден для наших целей. Он действительно вызывает очень длительную анестезию, тянущуюся многими часами, но он же вызывает не очень редко омертвения на приемлемом участке, а кроме того может явиться причиной *злостного дерматита* и даже в очень отдаленных частях кожной поверхности. Первое впечатление от такого дерматита получается в сторону рокового процесса. Этот дерматит сваливает больного в постель.—И для этого вовсе нет надобности в длительном применении ортоформа! Не скажу, чтобы такой дерматит производил очень приятное впечатление и на врача, и на больного! *Мой совет — забыть про существование ортоформа!*

Известковые помутнения роговицы.—После ожога известью остаются белые пятна роговицы, как результат соединения белка с солями кальция. Такие помутнения требуют, как можно раньше, применения специфического лечения, действия химических растворителей, что оказывается до известной степени выполнимо применением следующей смеси:

Rp. Ac. tartarici 1,0
Ammonii chlorat. 20,0
Aq. destillatae 200,0
MDS. Для ванночек (65).

Такие ванночки делают 3—4 раза в день по 20—30 минут на сеанс. В продолжение каждого сеанса жидкость меняется 2—3 раза. Их продолжают неделями и месяцами, и все-таки часть помутнений может остаться.

Чернильный, химический, карандаш.—При попадании обломков или пыли, так называемого, химического карандаша в конъюнктивальный мешок, развивается резкий воспалительный процесс, роговица покрывается почти сплошь белозаватой дымкой с сиреневым отливом, становится малопрозрачной, как бы мертвой и совершенно тускнеет. В результате резкого ожога может получиться омертвение всей роговой оболочки—и она отваливается в виде часового стеклышка. Это свойство чернильного карандаша мало знакомо врачам. Конечно, и в этих случаях терапия возможна только нейтрализационная. К счастью, такой антидот есть,—*танин*, который, нейтрализуя чернильный карандаш, препятствует всасыванию его.

Rp. Ac. tannici 10,0
Aq. destillatae 200,0
MDS. Танин 5% (66).

Таким раствором обильно промывается конъюнктивальный мешок и роговица. (В свежем приготовленном растворе борная кислота не нужна, в растворах заготовленных впрок надо ее добавить до 2%, иначе раствор быстро загнивает). *Промывание танином необходимо в порядке скорой помощи!* Если скорая помощь не поспела, образовались помутнения роговицы, то наряду с прочими показанными (diopin и т. п.) все же следует назначить танин в примочке и каплях (*рецип. № 7 и № 10*).

Более глубокие поражения роговиц при ожогах едкими веществами, язва и т. п. процессы лечатся согласно показаниям, установленным в соответствующих отделах.

9. Прочие болезни роговой оболочки.

Кроме рассмотренных заболеваний, принято описывать еще целый ряд отдельных разновидностей, не представляющих самостоятельных нозологических единиц, так как их всегда можно отнести к тому или другому основному типу. Так, называют: *ulcus corneae catarrhalis, senilis, marginalis*, которые не отличаются какими-либо характерными особенностями. Это все те же язвы роговицы, только развивающиеся при несколько различных внешних условиях, и терапия их мало чем отличается от указанных показаний. Загромождать такими мелочами основы терапии я не считал возможным.

Я сознательно пропустил инфильтраты роговой оболочки, так как они или рассасываются, или превращаются в язвы, и терапия их та же, что и при язве роговицы. Пропущен и пузырьковый кератит, дающий в результате своего развития язву роговицы с причудливыми фестончатыми краями и высыпавший во время или после лихорадочных заболеваний, почему и называется *herpes corneae*—но все-таки это только язва роговицы, которая и лечится согласно указанным показаниям. А так как иногда *herpes* располагается очень поверхностно, то и носит на себе отпечаток поверхностного бессосудистого кератита. Та же *herpes*, появляющаяся при *h. zoster ophthalmicus*, занимает более глубокие слои, отличается большим упорством в заживлении, но *h. zoster* есть все же только язва роговицы и тоже не заслуживает особого выделения в терапевтическом смысле. Следует только иметь в виду, что одним из самых частых этиологических моментов *h. zoster* является малярия. Далее идет *keratitis ex lagophthalmo*, когда под влиянием паралича *n. facialis*, Базедовой болезни или дефекта по краю века получается вяжние глазной щели и вследствие отсутствия мигания во время сна появляется в нижней части роговицы язвенный кератит. Особенности условий образования язвы указывают вполне определенно на дополнительные показания: следует помешать высыханию роговицы закладыванием на ночь за веки ваты и наложением повязки на глаз. Для уничтожения мегофальма может потребоваться та или иная операция. Сюда же примыкает и *ker. neovascularis*, при параличе тройничного нерва—мероприятия как при предыдущем. После излечения катаракты иногда появляется «подошчатый кератит», как и после тугой повязки на глаз вследствие складок на Десметовой оболочке. Дисковидный кератит, разновидность паренхиматозного, названный так по рисунку помутнений. Склерозирующий кератит, как одно из осложнений эписклерита, самостоятельной терапии не требует. Словом, врач, усвоивший себе все вышеназванное, а главное привыкший подходить к больному с постоянным желанием раньше всего установить показания, легко ориентируется и при появлении незнакомого формы или вернее разновидности. В заключение, придется уделить несколько слов розацео-кератиту.

За последние годы большой интерес привлек к себе розацео-кератит. Но, будучи очень интересен с точки зрения патологии вообще, он не может претендовать на особую терапию, так как и он является под видом язвенного кератита. Конечно, он требует применения этиологического лечения, необходимо удалить источник аутоинтоксикации, которым чаще всего будет кишечник, однако нельзя исключить какой-то связи с женской половой сферой, может быть с эндокринными железами. Это все вопросы, которые необходимо решить, но которые пока еще даже точно и не поставлены. Паразитарная, почти исключительная, поражаемость лиц женского пола должна иметь свое объяснение. Имеется пока точное описание, но патогенез темен.

В смысле терапии приходится не соглашаться с Трибенштейном и М. К. Монюковой, будто бы ихтиол имеет какое-либо полезное действие на язвы—

розра. В янго значительное число их и наилучший эффект лечения давала обычная язвенная терапия на основании показаний. И в случаях гиретва, когда констатируется на язве мгноо соулов или мжестоя невротическая преоба, а также констатируется, приходится для оказания язвото процесса подо- гать тканья освобождаться от окрпительной преобн соулов путем высказыва- ния острой ложечкой, после чего заживление слывается с мертвой точкой. Конечно, лечение кожной розаце имеет все показания.

Примечание.— После наветшения доктором или янгой изородных тел розаце нет никакого смысла пускаться в так званую, а достоячно за- ложить язь на кератофор-хланин-ин-гокрупинин и без возможности отступить большого

У. Болезни радужной оболочки.

Общая часть.

Диагностические замечания.— Лианго янтра складывается на несколько ихт заданныхых признаков. Прежде всего мы замечаем *неправильную форму янтра*, который в большинстве случаев бывает в том же и *сужен*; реакция его на свет ослаблена, уязвления янтра. Более или менее выраженная пери- корневальная инксия, просвечивающаяся сквозь склеру в янгу синенато-фиоле- тонагого носка вскрыт роговица.

И уязвлению свое описание начал с формы янтра. В пратической жизни приходится встречать не мало случаев, где в начальном периоде заболевания перекорневальная инксия почти совершенно отсутствует, но при дальнейшей инксия уже замечается эта уязвление изменяет форму янтра, и это незначительное изменение в правильной форме янтра дает янтра очень ценное указание на зарождающийся янтра.

Если пригнать себя всякая обращаться на состояние янтрао у казкогого пациента, то распознавание начинающегося янтра всягда может быть поставлено во-время. В этом периоде и глаза замечательной носок глг- бонит инксия ногнать тогда правильное токование, и янтра бугит она-

Следующим симптомом, несомненно громадное значение, является изме- нение цвета *радужной оболочки*. Она приобретает более яркую, насы- щенную окраску вследствие расширения кровеносных соулов. На высоте развития в нормальную цветту радужка присоединяется зеленовато-желто- красный оттенок, наиболее ярко выраженный по краю янтра, в области сфин- ктера, в виде золотистого отблеска или ореола. Радужка теряет свой блеск, становится тусклой; красная янтра ее как бы покрывает легкой янжкой или покрывает янжкой. Изменяется, характерные особенности его уже не выступают так ярко. Изменяется впечатление как-будто кто-то размазал рисунок ее, прогнать по нему растущейкой; всюду легки беспорядочные тени и стрелки. Линияные особенности привязанного лавашафта. К этим признакам присоеди- няется еще помрачение того или иного *вианта в оболочке янтра*, в периодиче- камере или янтра в том же роговица на Леепемтовой оболочке в яндре бего- вато-сероветвистых омушений (преципитатах серозного янтра).

На суб-активных омушений в большей или меньшей степени беспокоит боги, светобоязнь и яндрок зрения.

На высоте своего развития, если больной попадает к врачу сравнительно поздно, к изложенному могут присоединяться и другие признаки: обширные синехии, зарастание зрачка и т. п.

Патогенез. — При воспалении радужки под влиянием сдавления ее тканью переполненными кровью сосудами получается спазм сфинктера, и зрачок становится вяло подвижным или даже совершенно не реагирует на свет, оставаясь все время суженным. Вскоре из расширенных сосудов начинается выпотевание жидкости, и этот экссудат, вследствие местных условий, легко отлагается на передней сумке хрусталика и склеивает ее с радужкой. При расширении в этих случаях зрачка атропином получают разнообразные, фестончатые или зубчатые формы его, в зависимости от того, какую часть синехий удалось разорвать. Выпот же может не только заполнить всю область зрачка, но и распространиться на переднюю камеру и отложиться на Десметовой оболочке.

Если ирит сопровождается образованием спаек, то такая форма называется пластической. Если под влиянием выделения форменных элементов мутнеет влага передней камеры, а на десметовой оболочке появляются преципитаты—серозным; если же появляется гной в передней камере—гнойным.

Серозный выпот иногда может повести к закупорке форменными элементами фильтрационного угла, вызвать повышение внутриглазного давления с непосредственным переходом в острый глаукоматозный приступ. В прежнее время, поэтому, *серозный ирит* и назывался *глаукоматозным*.

Этиология. — В каждом случае ирита следует прежде всего подумать о *lues'e*, хотя бы и казалось на первый взгляд, что никаких данных для этого нет. Среди причин, вызывающих ириты, на долю *сифилиса* приходится не менее 80%, если еще не больше. На втором месте стоит ревматические заболевания. Потом идет триппер, принявший форму обще-инфекционного заболевания, так сказать, генерализовавшийся, осложненный поражениями суставов и т. п. Из заразных болезней, особенно выраженной склонностью обладает *возвратный тиф*, в значительно меньшей степени сыпной. Во время эпидемий тифов, как это было в 1921—1923 годах, тиф (возвратный) в этиологии иритов играет очень важную роль, заметно повышая процентное преобладание сифилиса. Часть случаев выпадает на долю перепрозрачного менингита—во время эпидемий. Небольшой % зависит от *tbc*. К очень редким причинам относятся: сепсис, эндокардит, пуэрперальные заболевания, здесь он метастатического гнойного характера, появляется не задолго до детального исхода и своим появлением резко ухудшает прогноз quo ad vitam больного. Упомяну еще о травме, заболеваниях роговицы и диабете.

Терапия.—Из патогенеза воспалений радужки мы отметим: переполнение ее кровью и склонность давать спайки с передней капсулой хрусталика. Следовательно, мы прежде всего должны уменьшить это кровенаполнение, помешать образованию слизивого воспаления и отложению экссудата в области зрачка, иначе говоря, расширив зрачок, удалить радужку от центральной части хрусталика.

Расширение зрачка, сжимая сосуды, даст возможность уменьшить кровенаполнение. Кроме того, для функционального отдыха желательна иммобилизация органа, т. е. паралич сфинктера, что равносильно тому же расширению зрачка. Всем этим показаниям сразу удовлетворит назначение *атропина*, который в силу своего свойства *повышает внутриглазное давление* в случаях с резкой гипотонией глаза (а иритах, вообще, свойственна гипотония) даст возможность держать орган на известной высоте его тонуса.

В виду постоянного присутствия при иритах различного рода выпотов приходится пользоваться услугами рассасывающих процедур: горячих при-

мочек, согревающих компрессов, а в более поздних периодах, когда воспалительные явления уже стихли, дионина. Прекрасно влияют также суховоздушные ванны, при помощи угольных электрических лампочек. Некоторые случаи протекают очень бурно, сопровождаясь чрезмерным переполнением кровью радужки, при очень резкой перикорнеальной инъекции, когда атрофия не в силах побороть ригидности радужки и вызвать расширение зрачка, тогда выступает на сцену показание для отвлекающего метода лечения: направить избыточный приток крови по другому руслу, что и осуществляется в применении пиявок: 3—4 пиявки на висок быстро меняют картину болезни, уменьшая воспалительные явления. При отсутствии живых годится и искусственная пиявка *Гертля*. Извлекают за сеанс обыкновенно 30,0 крови, а живые должны хорошо насосаться в течение 15—20 минут. Но и после кровозачемления не всегда проходит ригидность радужки и расширяется зрачек. Следует прибавить, что в этих случаях препятствием для его расширения часто является понижение процесса всасывания в переднюю камеру. В этих случаях необходимо повисить всасывание через роговицу, для этого нам необходимо несколько разрыхлить роговицу, облегчить диффузию через нее жидкостей, а повышенным лимфоотделением усилить обмен, уменьшить застой. Практически это выполняется следующим образом: после пиявок или без них мы повторно кокаинизируем глаз 3% кокаином (разрыхляем верхнюю эпителию), выжав 3—5 минут выпускаем в глаз несколько капель 5% дионина или еще лучше закладываем крупинку сухого и опять выжидаем 5 минут, после чего выпускаем в конъюнктивальный мешок крупинку сухого атропина. В большинстве случаев таким способом удается расширить зрачек и даже разорвать спайки (синехии).

Конечно, кроме всего описанного, крайне желательна этиологическая терапия.

При сифилитической природе болезни необходимо энергичное проведение специфической терапии. Об этом достаточно уже говорилось. При выборе ртутного препарата предпочтение придется отдать растворимым соединениям; необходимо быстрое воздействие, следовательно, венный путь здесь будет наилучшим.

При туберкулезном прите кое-какую, по видимому, надежду на спасение глаза дает туберкулинотерапия, но, к сожалению, далеко не всегда. В эту слишком специальную область я не буду забираться: кто захочет сделать попытку воспользоваться услугами туберкулинотерапии, должен сам старательно ознакомиться со многими мелочами техники ее применения.

Тришперные ириты предлагалось лечить гоноккоковой вакциной и сывроткой, но результаты получаются далеко не блестящие. Последней группой заболеваний, где возможна этиологическая терапия, будет ревматизм, при остальных же инфекциях мы беспильны. Слага *салцилового натра* при *ревматизме* общеизвестна. Но к этому следует добавить, что польза от него безусловна только при одном неперемennom условии: отсутствии боязни перед большими дозами. Салциловый натр назначается всегда вместе с содой и кофеином: первая нейтрализует побочное действие на желудочно-кишечный тракт, а кофеин предохраняет от неприятных неожиданностей в роде коллюпса и т. п.

Rp. Natrii Salicylicii	10,0-12,0
Natrii bicarbonici	8,0
Coffeini natr.-benzoic.	1,5
Aq. Menthae	200,0
MDS. Через 2 часа по	
15 к. с. (67).	

Кроме всего вышесказанного, в терапии иритов нам приходится сталкиваться с чисто субъективными ощущениями больного, с симптоматическими показаниями, как сильные боли, бессонница и т. п.

Боли при иритах иногда достигают очень высоких степеней и для их успокоения приходится думать о морфии. И, действительно, морфий в этих случаях имеет свои показания: один шприц 1% раствора способен дать отдых от болей на несколько часов. Но при его назначении приходится считаться с некоторыми противопоказаниями: 1) для длительного эффекта эти инъекции необходимо повторять раза 3 в сутки и со стороны врача должна быть проявлена сугубая осторожность, чтобы не создать повод к морфинизму; 2) при болезнях печени уместна особая осторожность (добавление к шприцу морфия $\frac{1}{2}$ —1 mgm атропина), ибо описан не один случай смерти, и смерти внезапной, даже у очень крепких на вид суб'ектов, страдавших желчно-каменной болезнью. В качестве же *веконкурентной замены морфия мы обладаем антидифтерийной сывороткой*. Ее влияние при иритах, и керато-иритах положительно чудодейственно: больной в течение многих ночей не сомкнувший буквально ни на минуту глаз от кошмарных болей, спокойно засыпает в первую же ночь после первого же своевременного (в утренние часы) введения достаточной дозы сыворотки 6—8.000 единиц. Кроме того, антидифтерийная сыворотка резко сокращает срок течения болезни. Конечно, злоупотреблять сывороткой не следует и нужно ограничить сферу ее применения только тяжелыми случаями.

Прогностические замечания.—Всякое воспаление радужной оболочки является страданием серьезным и, как таковое, может окопаться или выздороветь, или тяжелыми осложнениями. Поэтому, желательно иметь какой-либо критерий еще в начале болезни для определения, хотя бы приблизительно точно, его исхода.

В этом смысле, до известной степени, можно воспользоваться локализацией болей и реакцией зрачка на атропин:

1) чем шире область распространения болей, тем хуже прогноз. Обычно боли локализируются в надбровной и височной области. Иррадиация их в зубы и затылок ухудшает прогноз. Чем интенсивнее выражен воспалительный процесс, тем больше ветвей тройничного нерва принимает участие в болевом симптомокомплексе. Рефлекторное участие посторонних нервов, напр., затылочного, указывает на широкую распространенность рефлекторной дуги, т. е. на большую напряженность патологических изменений;

2) чем шире становится зрачок под влиянием атропина, чем более стойко это расширение, тем менее выражены патологические изменения и, конечно, они легко восстанавливаются.

Прогноз значительно ухудшается, если не удается вызвать максимального расширения, если он плохо повинуется атропину, если это расширение кратковременно. Если зрачок не повинуется повторной инстилляцией атропина, — остается узким, или скоро после расширения опять суживается, то такая тугая реакция указывает на сильную напряженность процесса и на то, что в радужке происходят глубокие изменения.

Эти два указания подчеркивают, следовательно, тяжесть заболевания. А так как всякое глубокое поражение органа имеет меньше шансов на его полное восстановление, то тем самым и прогноз в этих случаях становится хуже. Конечно, в тяжелых случаях напряженность терапии должна быть максимальна.

VI. Частный отдел.

1. Сифилитический ирит.

Диагностические замечания.— Не следует думать, что сифилитический ирит проявляется только паулезной формой и только при появлении специфических образований (сифилом) на радужке мы констатируем эту частую этиологию. Сифилитический ирит может ничем не отличаться от ирита всякой другой этиологии и все же должен будет трактоваться, как специфический. Диагноз в этих случаях приходится ставить по другим признакам и о них стоит поговорить, так как учебники обходят этот важный вопрос почти полным молчанием.

Всякий раз, когда при внимательном рассматривании радужки, мы будем находить изменение ее рельефа в смысле появления на ней небольших возвышений, бугристости, когда увидим появление маленьких холмиков и горок, разбросанных (часто) в различных секторах, мы обязаны заподозрить *lues*.

Если вся картина заболевания выражена очень слабо, без резких явлений, все симптомы только намечены, но рельефо не выражены, болевые ощущения отсутствуют или почти отсутствуют, мы также должны заподозрить *lues*. Таких больных мы нередко встречаем в разгаре болезни, когда к врачу его приводит значительный упадок зрения.

При всех иритах детского возраста, когда в анамнезе не обнаруживается возвратного тифа, мы можем с уверенностью ставить диагноз сифилитического ирита, так как при таком ограничении у детей в 99% причиной является врожденный сифилис.

При всех ничтожных травмах глаза, в результате которых развивается или присоединяется ирит, мы также обязаны заподозрить *lues*, ибо сифилизоновый организм нередко на травматические инсульты реагирует специфическими процессами (см. выше паренхим. кератит).

Думать о возможности сифилитического ирита придется и тогда, когда из рассказа больного не удастся подыскать определенной этиологии. При чем все ответы больного требуют от нас самого строгого контроля, *особенно внимания заслуживает ревматизм*, и в этом смысле не один специфический ирит трактовался за ревматический и только потому, что врач без проверки полагался на медицинские познания больного. Всегда необходимо самым подробным расспросом убедиться в том, что больной понимает под этим термином, каковы эти ревматические проявления. В этом смысле встречаются печальные курьезы и типичные стреляющие боли табетиков нередко сходят за ревматические страдания и ведут к неправильной терапии. Нередко вводят и вводят в заблуждение гуммозные артриты, сходя за ревматические и т. д. и т. д.

Поэтому только подробный анамнез, дополненный непосредственным осмотром всего больного (а не только его глаза), может дать правильное направление мысли врача! Вообще всякое заявление больного о хроническом ревматизме, особенно суставов, должно возбуждать у врача подозрение на *lues* и вызывать немедленную проверку осмотром. Можно сказать почти категорически, что *monarthritis reumatica* всегда сифилитического происхождения. Чрезвычайно важен также и тип болей при «ревматизме», так как *ночные боли*, отсутствующие днем и появляющиеся или сильно обостряющиеся по ночам, *гуммно-сифилитического или врожденно-сифилитического происхождения*.

К сожалению, я не имею возможности более останавливаться на этом интересном вопросе и ничего не могу лучшего сделать, как отослать читателя к классической монографии одного из моих учителей, проф. Н. А. Вельяминова, о сифилисе суставов, чтение которой может доставить величайшее наслаждение всякому врачу. Ее можно прочесть несколько раз, открывая в ней все новые и новые сокровища. Однако, не могу удержаться, чтобы не привести вкратце хотя бы одного случая из подобной серии наблюдений.

В мае 1922 г. ко мне обратилась больная, 57 лет, по поводу ирита правого глаза. Картина болезни никаких особенностей не обнаруживала. Из анамнеза удалось выяснить, что она 2 года болеет хроническим ревматизмом правого коленного сустава, и до сего времени никакими другими заболеваниями не болела. Свое же заболевание глаза тоже считает ревматическим. Связывались ли суставные боли с ночным временем или нет, точного представления у меня не получилось.

Первое, что заставило меня подумать о сифилитической природе ирита, было наличие заболевания одного большого сустава, и сравнительно ничтожное для 2-х лет болезни нарушение функции его — она только слегка прихрамывала. Специфический анамнез был отрицателен: выкидышей не было, все дети живы и здоровы. Осмотр большого сустава дал несомненные данные для диагноза: неравномерно-растянутая выпотом сумма, безболезненность при пальпации и «мягкая крепитация». Для меня гумозный гонит был несомненен. Очень интересные данные я получил еще и дополнительно при исследовании глазного дна ее старшей дочери, дамы 35 лет. На глазном дне были несомненные указания на врожденный лues, как со стороны сетчатки, так и сосудистой оболочки, в виде большого числа всякого рода стигмат (choroiditis anterior, пигмент и т. п.). Таким образом, имелось указание на то, что мать этой дамы болела лues'ом уже 35 лет тому назад, еще до рождения дочери, недавнем до сих пор никаких заметных проявлений. WR крови дала резко-положительный результат (+ + + +), конечно, и при WR (—) сомнений тоже не могло быть. Интенсивное специфическое лечение (40 инъекций 2% сулемы, до 250,0 KJ, и 5,5 Neosalvars.) дало прекрасный результат: выздоровел глаз, исчезли суставные боли, прошла хромота и резко изменилась конфигурация сустава. Таким образом, только подробный осмотр больной дал возможность поставить диагноз сифилитического ирита у очень почтенной особы из интеллигентного класса, где казалось бы всякая мысль о лues'e была невозможна. «Помните, доктор, откуда у моей матери мог быть сифилис: ведь она вела такой строгий и скромный образ жизни», — воскликнула дочь больной, когда получила результат WR. Истинную причину заражения (муж), конечно, я скрыл и от дочери: зачем омрачать память родителей. Итак, внимательно собранный анамнез может дать очень много, кроме того, исследование братьев, сестер и детей больного подчас могут дать очень много д. я выяснения или подкрепления этиологии.

Следовательно, чтобы поставить диагноз сифилитического ирита, следует прежде всего подумать о сифилисе, а кроме того, необходимо быть знакомым с его проявлениями, но не как с венерической болезнью, а как с фактором, вносящим в организм высшую степень дезорганизации, как с эссенциальной болезнью, или, если хотите, как с диатезом.

Ирит сифилитический составляет сравнительно очень раннее поражение, чаще всего во втором полугодии 1-го года после твердого шанкра или на 2-м году. Нередко между 4 и 6-м месяцем от начала болезни и обычно при злокачественном сифилисе. Со 2-го года он все реже и реже встречается. Так как вообще ирит редкое явление при доброкачественном течении лues'a,

и, наоборот, часто появляется при злокачественном течении, то появление его указывает нам на известную тяжесть инфекции и такое указание накладывает на врача известные обязательства. Нельзя ограничиться только непосредственным лечением данного припадка, следует подумать и вообще о *lues'e*, тем более, что заболеванию свойственны возвраты, а кроме того, он является нередко только первым актом сифилитической драмы, за которым следуют и другие, более тяжелые поражения. Я поэтому всегда через месяц назначая повторительный курс всеми тремя фармакологическими факторами, и из ртутных препаратов рекомендую нерастворимые, как более эссенциально действующие. Для дальнейшего же наблюдения передаю сифилидологу.

В заключение, следует сказать несколько слов о комбинационной этиологии. Из всех возможных комбинаций сифилиса с другими заболеваниями, комбинация с сыпным тифом является особенно тяжелой: суммируются два фактора действующих на одну и ту же сосудистую систему. В этих случаях ирит приобретает фатальную тенденцию не только очень тяжело протекать, но и давать самые тяжелые осложнения в виде распространения воспалительного процесса по всему увеальному тракту, вызывать спайки с хрусталиком, перерождаться в тяжелую глаукому, давать атрофию глаза и т. п., словом, вести к слепоте и даже двусторонней.

2. Пластический ирит. *Iritis plastica*.

Пластическая форма ирита отличается резко выраженной склонностью давать, благодаря особенностям своего выпота, спайки между радужкой и передней поверхностью хрусталика (сумкой), при чем этот выпот может повести к полному круговому сращению между указанными поверхностями и вызвать разобщение передней камеры от задней, а следовательно, и стать поводом для глаукомы. Выпот, кроме того, может организоваться в области зрачка и превратиться в завесу, преграждающую путь зрительным впечатлениям. Все это придется принять во внимание при установке показаний для терапии.

Терапия.—Терапия пластического ирита на основании вышесказанного, распадается на 1) этиологическую, 2) общую и 3) местную.

1) Этиологическая терапия не может встретить препятствия для своего назначения. При сифилисе потребуются специфическое лечение, состоящее из йода, ртути и неосальварсана. И так как у этих больных нам приходится действовать решительно и быстро, чтобы справиться с угрожающими симптомами, то нерастворимые препараты нам непригодны благодаря их медленному действию, и мы должны отдать предпочтение препаратам растворимым (*реп. № 60*). Лучший путь введения—внутривенный. Период подготовки для вливания неосальварсана—2 недели, в случаях очень бурных этот срок может быть сокращен до 7—10 дней.

При ревматической этиологии мы, конечно, прибегаем к помощи салицилового натрия (*реп. № 67*). При всякой другой этиологии дело обстоит значительно хуже, так как в нашем распоряжении нет специфического средства и мы можем только *протезиновой терапией* поднять ферментативную способность организма.

2) Из общих мероприятий мы должны воспользоваться рассасывающим действием тепла в виде ли горячих ванн 32° R по 10—15 мин. ежедневно, или еще лучше в виде ванн сухоовоздушных.

3) Терапия местная, после указанного в общей части, не встретит затруднений. И здесь чисто местно можно провести теплые, рассасывающие процедуры: как согревающий компресс или горячие припарки.

Часто с первых же дней пластического криа бывает сильные боли, которые беспокоят больных и требуют назначения болеутоляющих средств. Из них можно назвать белладонну в виде мази, которая обладает значительной болеутоляющей силой:

Rp. Extr. Belladonnae
Traçe Opii Simpl. aa 2,0
Lanolini
Vasellini p. americ. aa 4,0
M. f. u. d. ad. tub. metall.
DS. Втирать в висок 2—3 р.
в д. (68).

Конечно, по своему эффекту—слабее морфия, а тем более антидифтерийной сыворотки, но и она дает значительное успокоение и не обладает свойством вызывать привычки, как морфий.

При назначении топической терапии мы должны вспомнить все показания, о которых говорилось в общей части; разорвать спайки, уменьшить кровенаполнение радужки, расширить зрачок и т. д. Всем этим показаниям, как мы видим, удовлетворяет атропин.

Rp. Atropini sulfurici 0,1
Sol 3% Ac. borici 10,0
MDS. 2—3 раза в день за
веки по 2 капли (55).

Rp. Atropini sulfurici 0,05
Lanolini 1,0
Vasellini p. americ. 4,0
M. d. ad tub. metall.
S. 2—3 раза в день за веки (102).

Из этих 2-х формул я всегда отдаю предпочтение мази (реп. № 102) вследствие более длительного действия последней. В свежих случаях к атропину можно присоединить еще и удовлетворение показывая: сузить сосуды, сжать их и уменьшить кровенаполнение. Ему удовлетворяет назначение *адrenalina*, как обладающего этими свойствами в очень высокой степени.

Rp. Adrenalinii Parke-Davis solut 1:5000 10,0
M. d. ad vitr. nigr. c.
epist. vitreo.
S. 3—4 раза в день по 2 к.
в глаза (69).

Адреналин можно прибавить и к мази № 57 в количестве 15 капель раствора 1:1000 и к рещенту № 55 того же раствора (1:1000), два грамма, и тогда борного раствора взять восемь грамм.

Более крепкие растворы адреналина, т. е. крепче 1:5000, непригодны, так как часто вызывают в глазу цилиарные боли.

Некоторые врачи для усиления действия атропина, а также для уменьшения болевых ощущений прибавляют к каплям и к мазям 1—2% кокаина. Я не рекомендую этого делать: анальгезия получается слабая, а между тем больной, получая временное облегчение, подвергается искушению пускать себе капли чаще, чем это следовало бы, что далеко не всегда бывает безразлично для больного и может иногда вызвать глаукоматозный приступ. Не советую вместо атропина назначать скополамин, как препарат менее надежный.

Однако, не всегда удается вызвать расширение зрачка атропином (резкий спазм сфинктера, чрезмерное переполнение радужки кровью, синехии). В этих случаях выступает на сцену добавочное показание усилить отток крови и лимфы от глаза, повысить в нем обмен и диффузию. Первому показанию удовлетворяет отвлекающий метод лечения—шляпки, а второму назначение сухого атропина с предварительной подготовкой глаза кокаином и сухим дионином. Можно и соединить оба вместе, т. е. тотчас же после шляпок приступить к закладыванию сухого атропина (с кокаином-дионином).

Так как в тяжелых случаях и этого будет недостаточно для расширения зрачка, тогда придется временно оставить протеновую терапию, возложить свои надежды на активирующее действие (всех сил организма) антидифтерийной сыворотки. Но для этого надо строго соблюдать известную технику:

- 1) *выпрыскивать большие дозы (6—8 тыс. единиц),*
- 2) *повторяя их 5 дней под -ряд,*
- 3) *выпрыскивать рано, т. е. в начале болезни.*

Действие сказывается быстро: исчезают боли, расширяется зрачок и значительно сокращается все течение болезни.

Но лучше не выскрывать вовсе, чем выскрывать мало!

В огромной литературе об антидифт. сыворотке не мало пессимистических сообщений и тем же авторам свойственна одна общая ошибка: малые дозы и поздние выскрывания. Такова терапия серозн. ирита на высоте его развития.

В дальнейшем все воспалительные явления стихают: уменьшается перикорисальная ин'екция, становится шире зрачок, исчезает грязный оттенок радужки, словом, начинается выздоровление, но при офтальмоскопировании в стекловидном теле констатируется муть—вследствие участия в бурном воспалительном процессе цилиарного тела. В этом периоде рассасывающая терапия имеет еще большие показания. Кроме общих процедур, уже указанных, когда прошел бурный период, уже можно прибегнуть к действию дионина и субконъюнктивальных ин'екций (*реп. № 48*), если они не будут вызывать большого раздражения глаза. Дионин может быть назначен в виде добавочной мази на ночь (*реп. № 47*), или соединен в одну мазь вместе с атропином.

Rp. Dionini
Atropini sulfurici \bar{a} 0,05
Lanolini 1,0
Vasellini p. amer. 4,0
M. f. u. d. ad. tub. metall.
S. 2 раза в д. за веки (70).

Когда же процесс совершенно стихнет и радужка примет свой нормальный вид, но помутнения в стекловидном теле еще останутся, тогда останется одна рассасывающая терапия (см. ниже помутнения стекловидного тела).

Примечание. Некоторые формы обладают свойством давать частые возвраты, приводящие к атрофии радужки и круговым синехиям, с наклоном к глаукоме. При них профилактической мерой является предостережение в межрецидивном периоде.

3. Серозный ирит. Iritis serosa.

Все сказанное при лечении пластического ирита сохраняет свое значение и при серозном. И, следовательно, проведение терапевтических назначений не должно вретрять затруднений. Но, так как лечение его отличается некоторыми своеобразными особенностями, то на них я останавливаю внимание читателя.

Вследствие отсутствия фибринозного выпота склонность к развитию синехий при нем выражена слабо. Зато выпот благодаря своей лабильности легко проникает в переднюю камеру, вызывая помутнение ее влаги, пропитывает роговицу, откладывая в ней предциститы, проходит через фальтрационный угол и своими осадками закупоривает Фонтаново пространство, что вызывает повышение внутриглазного давления а иногда, и острый припадок глаукомы.

Учитывая такую склонность серозного ирита, следует соблюдать осторожность в назначении атропина и, при обязательном ежедневном осмотре больного, каждый раз проверять высоту внутриглазного давления, хотя бы пальпацией, чтобы при подозрении на глаукому успеть во-время перейти на миотические средства.

Кровенаполнение радужки при серозном ирите значительно меньше выражено, соответственно чему и боли значительно слабее, или даже отсутствуют, и вообще весь процесс протекает более вяло, но зато часто и более длительно, чем пластическая форма. И нередко встречаются больные, которые просматривают весь начальный период болезни и являются к врачу по поводу упадка зрения, развившегося, по их мнению, без всякой видимой

причины. У них мы находим преципитаты на роговой оболочке, едва заметное изменение правильности контуров зрачка и с трудом уловимую перикорнеальную инъекцию.

4. Керато-ирит.

Одним из проявлений сифилизации организма является повышенная ранимость всех его органов, особенно нервной и сосудистой системы. На почве подобной особенности и родился известный афоризм: «*in dubio respice lues*». Удачное применение его к заболеваниям глаза мы находим в проявлениях керато-ирита. И каждый раз, когда я встречаю больного с кератитом, к которому присоединилось еще и воспаление радужной оболочки, я считаю такого субъекта крайне подозрительным в смысле сифилитической инфекции, когда-то им перенесенной. Вспомним для примера интерстициальный кератит, как часто при нем осложнение иритом.

Иногда, в случаях керато-ирита, удается вполне определенно установить в анамнезе lues, получить положительную WR, или открыть другие признаки ранее перенесенной болезни.

Прав ли я, трактуя все такие случаи отголосками lues а или нет, для практического врача не имеет большого значения. В смысле же терапии должен указать, что общее лечение иодом и ртутью, обычно, дает очень хорошие и быстрые результаты. Конечно, необходима и топическая терапия в зависимости от вида кератита. Следует только заметить, что в этих случаях первенствующая роль принадлежит ириту и терапия должна вполне сообразоваться с ним.

5. Иридо-циклит.

Иридо-циклит по своим симптомам и течению можно представить себе в виде активированного или форсированного ирита. Здесь все явления значительно резче выражены. Так, болезненность глаза даже при легкой пальпации очень резка, внутриглазное давление понижено резче, в стекловидном теле значительный выпот. Конечно, и для терапии показания те же, что и при обыкновенном ирите, но так как здесь все явления бурнее, а главное серьезнее, то и сама терапия должна быть более напряженной. Здесь, следовательно, еще более уместна параспецифическая серотерапия.

Некоторыми особенностями отличается раневой, травматический иридоциклит и о нем следует сказать несколько слов. Такой иридоциклит имеет склонность вызывать аналогичное, так называемое, симпатическое воспаление другого глаза, исходом чего может явиться слепота и на второй глаз.

С давних времен этот процесс привлекает внимание врачей, интригуя их непонятным механизмом. Для объяснения заболевания второго глаза предложено не мало всякого рода объяснений и теорий. Приводить их, конечно, я не стану. Повидимому, весь механизм сводится к проявлениям анафилаксии.

Однако, замена одного неизвестного другим, не более известным термином—анафилаксия—мало содействует уяснению вопроса и, в свою очередь, этот акт анафилаксии точно также нуждается в расшифровке и такую расшифровку дает моя теория иммунитета.

Под влиянием внешней травмы, а также иногда благодаря разрыву саркоматозной опухоли, разрушается часть клеток ресничного тела, освобождаются клеточные князья и акиназы, которые и поступают в ток крови. При нарушении равновесия между поступлением этих двух антагонистических ферментов, т. е. при преобладании акиназы в токе крови (или здоровом глазу) происходит специфическое вредное действие на здоровое ресничное

тело второго глаза, т. е. симпатическое воспаление. Такое толкование механизма анафлаксии прекрасно объясняет, почему симпатическое воспаление так различно проявляется: то вскоре после ранения, а то через несколько лет и совершенно неожиданно для больного.

Как видит читатель, такое биологическое объяснение происходящих явлений вплотную примыкает к теории проф. С. С. Головина, с той только разницей, что я, исходя из ферментативных основ клеточной жизни, называя этот вредитель *актинойзой*, а проф. С. С. Головин называет *цитотоксином*. Разница только в названиях, а сущность и механизм одни и те же.

Когда разовьется симпатическое воспаление, вперед сказать совершенно невозможно, однако, принято считать, что ранее 15 дней после травмы оно не развивается.

Кроме травмы, внутриглазной распадающейся саркоматозной опухоли, поводом к симпатическому воспалению могут послужить и атрофические остатки глазных яблок, так сказать, атрофический цикл, выражающийся резкими болями и инъекцией в оставшейся культи. Во всех этих случаях эти симпатизирующие глаза подлежат энуклеации и, конечно, еще до развития симпатического воспаления на другом.

К сожалению, далеко не все больные соглашаются своевременно на такую операцию и являются к нам за помощью уже в то время, когда симпатическое воспаление уже развилось и им угрожает полная слепота.

Терапия.—В этих случаях борьба с надвигающейся слепотой крайне тяжела, приходится положительно изобретения средств и методов лечения. На основании разобранного патогенеза, первым показанием является удалить постоянный источник вредных ферментов—цитотоксинов, т. е. энуклеировать симпатизирующий орган, если зрение его безвозвратно потеряно и нет никакой надежды на частичное спасение органа. Гораздо труднее решить этот вопрос, если еще сохранилось небольшое зрение, так как невозможно предвидеть конечный исход заболевания. Описаны случаи, где глаз с симпатическим воспалением погибал, а кое-какое зрение сохранилось в первично заболевшем, симпатизирующем. Конечно, при таких условиях необходим строго индивидуальный подход к больному, и указать какую-либо схему невозможно.

Помимо обсуждения показаний к энуклеации следует выработать еще и показания для терапии. О местных—я говорить не буду: они те же, что и при обыкновенном ирите или придоциклите, но и общие достаточно разобраны и остается только добавить, что интенсивность терапии должна быть высшей. Все наши стремления—активировать силы организма и довести их до возможного максимума.

1) Первые 5 дней *антидифтерийная сыворотка по 8—10 тысяч единиц* (т. е. 40—50 на курс) с переходом на 6-й день к *протезной терапии*. 2) Тепло во всех видах: компрессы, припарки, ванны. 3) Кровозвлечение—пиявки живые или Гертлю. 4) Подконъюнктивальные инъекции и добавочные факторы, о которых еще у нас не было речи. 5) Активирующее действие препаратов ртути (*эзофиллаксия*) путем усиления лейкоцитоза, а может быть—внутренней секреции (см. выше) и в этом смысле назначение ртутных втираний (*реци. № 59*) очень желательно. Но так как здесь нет специфического фактора, на который мы привыкли рассчитывать, то мы должны воспользоваться только положительной фазой действия ртути, которая обрывается около 15-го втирания, следовательно, выше 15 фрикций не доходить. Если же необходимо поддержать еще эзофиллактическую реакцию, перейти ко втираниям просто нейтрального мыла в спину и грудь в тех же дозах. 6) Следует иметь еще в запасе влияние неорганических ферментов,

неорганических активаторов жизненных процессов, каковым является collargol.

Rp. Collargoli Heyden
Sol. 2%
Mf. Sterilise.
S. Для внутривенн.
влив. (7I).

100,0

Колларголь вводится внутривенно, начиная с 5,0 на вливание и постепенно повышая (ежедневно), доводим до 20,0 на один сеанс. Конечно, раствор должен быть стерильным и обязательно фирмы Heyden, так как прочие колларголи не вполне растворимы. Можно вливать и электарголь, но его теперь не найти.

Существует и еще одно предложение внутривенных вливаний неосальварсана. Вряд ли это можно считать целесообразным. Теоретически не обосновано, а практически результаты сомнительны. Опыт у меня в этом смысле очень мал, но и он не сулит никаких надежд.

6. Придо-хоронидит.

Придо-хоронидит наблюдается чаще всего при lues'e и после возвратного тифа. При последней этиологии промежуток времени между двумя болезнями нередко бывает очень большой до 8—10 и даже 12 месяцев. Терапия его, конечно, не может встретить затруднений, так как показания мало чем отличаются от иритов вообще. В виду участия и сосудистой оболочки с тем большим правом будут иметь место все рассасывающие процедуры: ванны, дионии, субкон. ин'екции и т. п.. А так как в картине болезни преобладают выпоты в стекловидном теле, то терапия и показания будут те же, что при помутневших стекл. тела (о них см. ниже). Протениновая терапия также имеет свои показания (см. введение).

7. Панофтальмит.

При начинающемся панофтальмите можно попытаться остановить процесс. В зависимости от того, из чего он развивается и показания будут несколько варьировать: гнойная язва роговицы, послеоперационная инфекция и т. п.

При неудаче же всех мероприятий не стоит долго задумываться над оперативным вмешательством. Если нельзя спасти орган, следует избавить больного от длительных и ужасных болей. Из операций *показана энуклеация яблока*, а вследствие возможности наступления молниеносного менингита *со смертельным исходом—энуклеация противопоказана*. Вследствие вскрытия лимфатических путей и межглазаличных пространств зрительного нерва происходит всасывание по ним инфекционного начала в полость черепа и заражение оболочек мозга с последующим менингитом.

VII. Слезопроводящие и слезоотделяющие органы.

При изложении этого отдела придется несколько отступить от проводимого до сих пор плана и остановиться на семнотике и диагностике слезотечения, так как эта глава в руководствах разобрана недостаточно последовательно.

Прежде чем приступить к описанию мы должны строго очертить рамки нашего изложения. Почти всякое заболевание роговой оболочки, психические эмоции и т. п. могут вызвать увеличение рефлекторного выделения слез.

Во всех подобных случаях слезотечение является лишь одним из симптомов описываемых состояний, далеко не являясь той причиной, которая побуждает больного обратиться к врачу. На ряду с этой группой симптоматического слезотечения, существует и другая, где слезотечение приобретает значение самостоятельного заболевания, из-за которого больной уже ищет медицинской помощи. Об этой последней категории и будем теперь говорить.

1. Семантика, диагностика и терапия слезотечения.

На основании первых же жалоб больного мы можем установить тип заболевания: имеет ли слезотечение характер постоянного явления или перемежающегося, временного: на ветру, на холоду, во время чтения и письма и т. д. В последнем случае вопрос о непроходимости слезоносового канала отпадает, и то время как при постоянном слезотечении приходится прибегать к помощи одного из двух диагностических приемов:

1) Можно воспользоваться красящей способностью флюоресцина (*pec. № 51*): дунув в конъюнктивальный мешок 2 капли раствора, просим больного несколько раз моргнуть глазами и, выждав 1—2 минуты, предлагаем опорожнить в платок содержимое носа. Зеленая окраска слизи укажет на проходимость канала.

2) Можно исследовать проходимость канала для водной струи—без нарушения анатомического строения слезных точек и канальцев. (Обращаю особенное внимание читателя на *неповрежденность слезных путей*, потому что и до сих пор наобихленным приемом многих врачей является вскрытие канальца через нижнюю слезную точку с последующим спринцеванием (?) при помощи шприца Амеля). Для этой цели применяется обыкновенный двухграммовый шприц Record с очень тоненькой тупой платиновой иглой (канюлей без острия), загнутой коленом под прямым углом в расстоянии 5—6 мм от ее свободного конца. Такая тупая канюля легко проходит в слезную точку, а оттуда и в канал. Если слезоносовой проход свободен, то вода из шприца легко проникает в нос и рот больного, если же на пути имеются сращения, то может быть несколько комбинаций. Если канал непроходим, но канальцы свободны, то вода вытекает обратно через верхнюю слезную точку. Если закупорка находится в канальцах, то вода не вытекает из другой точки, а поршень шприца не проталкивает воды.

Оставшая вопрос о непроходимости канала пока в стороне, разберем остальные причины слезотечения.

1) Очень важно анатомическое положение нижнего века, так как *незначительный выворот сво*, особенно внутренней трети, вызывает слезотечение. Слезные точки отстоят от слезного озера и не могут выкачивать из него жидкости, как рукавами насоса. При очень слабых выворотах слезотечение носит перемежающийся характер: на холоду, при сильном ветре, ибо благодаря наступающей ригидности тканей увеличиваются недостатки насоса. При увеличении степени выворота века слезотечение становится постоянным. Для лучшего усвоения сказанного я напомню о механизме слезоотведения. При моргании веками, т. е. при сокращении круговой мышцы, связка внутреннего угла (*lig. canthi int.*) оттягивается вперед и кверху, расширяя этим самым просвет слезного мешка, с которым она спаяна. Благодаря развивающемуся в мешке отрицательному давлению слезные канальцы, как 2 рукава помпы, высасывают жидкость из слезного озера. Вторым фактором является игра сфинктера—мышцы Нотгега, расположенной вокруг вертикальной части слезных канальцев. На основании сказанного становится легко понятным, что *расширение слезных канальцев является актом, ухудшающим условия*

проведения слез и, конечно, оно противопоказано при вывороте слезных точек. Терапевтической задачей является восстановить нормальные анатомические соотношения. При значительных выворотах нижнего века приходится прибегать к операции *Крут-Шимановского* (см. прекрасное описание у Meller'a «Глазная хирургия»); при небольших же выворотах слезной точки удается справиться применением следующего простого хирургического пособия. Под местной анестезией кокаином (3% раствором в каплях—3 раза) мы режущим накопечником гальванокаутера выжигаем слизистую оболочку нижнего века поперек его длинника во всю ширину хряща, отступя наружи от слезной точки на 2 мм. После заживления линейной раневой поверхности получается небольшой рубец, который сокращаясь притягивает внутреннюю треть века, а с нею и слезную точку на место. Этот прием применим и у пожилых людей, когда слезные точки, превратившись в своеобразные хоботки, плохо прилегают к слезному озеру.

2) Если нарушения анатомических соотношений не имеется, то следует подумать о заболеваниях носа, играющих очень видную роль в этиологии слезотечения: катарральное состояние слизистой оболочки носа, гипертрофический ринит, гипертрофия раковин, аденоидные разращения, полипы и т. п. Нижнее отверстие слезноносового канала открывается под нижней раковиной, при чем вся нижняя его часть окружена костными стенками. Вблизи выходного отверстия и вокруг него, под слизистой оболочкой, заложено очень сильно развитое венное сплетение. Под влиянием холодного воздуха, попадающего в нос, это кавернозное тело набухает, суживает в большей или меньшей степени выходное отверстие, чем и увеличивает препятствие для проведения слез. Вот почему при слабо выраженных заболеваниях носа слезотечение появляется только на холоду и при ветре, а при более резких изменениях и постоянно. В этих случаях лечить надо нос, а не ставить зонды, как думают многие врачи.

3) Слезотечение (и даже одностороннее) может быть одним из ранних симптомов Базедовой болезни, а также проявлением *formes frustes* базедовизма. Пучеглазие и зоб могут отсутствовать, и диагноз приходится ставить по «малым признакам»: симптом Грефе—отставание верхнего века от глазного яблока при смотре вниз; редкое мигание, 1—2 в минуту вместо 5—6, с неподвижным взглядом глаз—симптом Штельбага; учащение пульса; тремор вытянутых рук с разведенными пальцами и т. д. Симптом Мёбиуса я пропускаю: недостаточность внутренних прямых мышц может зависеть от многих причин. В этих случаях потребуется также лечить Базедову болезнь.

4) У первых женщин во время климактерия появляется иногда очень неприятное слезотечение, очевидно вследствие выпадения функции яичников. И здесь вся сфера терапии придется направить на общую причину, стараясь тренировать работу вазомоторов (углекислые ванны, тепловатые ванны, душ Шарко, холодные обтирания, бромиды, а при неудаче всех бальнеологических процедур *ovarium*). Несмотря на полную проходимость слезопроводящих путей, слезотечение здесь носит постоянный характер.

5) Наблюдается в пожилом возрасте у людей со слабой мускулатурой; по причине дряблости мышц функциональная недостаточность их появляется или усиливается на холоду, вследствие наступающей ригидности мышцы Ноггера. Показание очевидно—возбудить вялую мускулатуру. Через нескрытую слезную точку вводят очень тонкий конический серебряный зонд только в горизонтальную часть ниж. канала и оставляют его там на 2—3 минуты. Своим раздражающим действием он иногда благотворно действует на мускулатуру и в 4—5 сеансов восстанавливает нарушенную функцию. При

неудаче можно испробовать индукционный ток (электроды на затылок и в. угол глаза). В качестве дополнительного агента фармакологический тонизатор, каковым является стрихнин.

Rp. Strychnini nitrici 0,1
 aq. dest. q. s. ad. solutionem
 Gummi Tragacanthae 1,5
 Ext. et pulv. Liquir. q. s. ut f. pp. № 100
 S. По 1 пилюле 2—3 р. в день (72).

6) У очень чувствительных субъектов небольшая гиперемия слизистой век может служить причиной появления слезотечения. При поисках этиологического момента следует иметь в виду и эту очень редкую возможность.

7) Наконец слезотечение, появляющееся только при работе на близком расстоянии (чтение, письмо, черчение и т. п.), зависит от недостатков рефракции и аккомодации. Назначение очков для работы избавляет больного от его болезни.

Я не упоминал о слезотечениях во время беременности, мигрени, параличе n. facialis и т. д., в этих случаях причина совершенно ясна, а терапия бессильна.

Сужение слезоносового канала. При непроходимости слезоносового канала для жидкости, показание очевидно—расширить канал бужами или, как их называют офтальмологи, зондами. Зондированию предпосылается вскрытие каналика, хотя можно вводить зонды не нарушая целостности слезной точки и каналиков. Предпочтительнее начинать расширение прямо с № 3, так как более тонкие легко прокладывают ложные ходы и травмируют слизистую. Я должен предупредить молодых коллег и предостеречь от повторения одной традиционной ошибки, которая всегда делается в таких случаях. Вскрывается нижний каналец, обрекая больного даже и после излечения от сужения на постоянное слезотечение. Слеза, вследствие тяжести, гораздо легче проходит через нижний каналец, верхний—это запасной клапан на случай переполнения озера, и для зондирования *допустимо вскрыть только верхний каналец.* Зонд в канале остается на 15—20 минут. Для курса требуется 30—40 сеансов. Техника подробно описана в руководствах.

К сожалению, результаты зондирования невелики, рецидивы постоянны, процент излечений ниже 5%. И я, лично, уже 20 лет как оставил зондирование.

Примечание.—*Дакриоцистит*, как заболевание, требующее исключительно хирургического лечения, я пропускаю.

2. Флегмона слезного мешка.

Картина болезни настолько проста и так хорошо всюду описана, что я могу приступить прямо к изложению терапии.

Если флегмой является к врачу с ясной флюктуацией, то гнойник слезует хорошо и широко вскрыть и дренировать. Если же флюктуации еще нет, то нередко удается ее предотвратить. И очень часто мне удавалось обойтись без ножа в тяжелых случаях. Показавши здесь ясно: добиться рассасывания инфильтрата, а так как в основе лежит процесс гнойный, то в виде показаний будет требование применить препараты серебра и тепло, а в виде болей—наркотики.

Rp. Extr. Belladonnae		Мазь втирается вокруг инфильтрата
Tras. Opii Simpl. aa	2,0	и в самый инфильтрат 3 раза в день по
Collargoli	2,0	небольшой горошине. После втирания
Lanolini	8,0	согревающий компресс (реци. № 8). Такой
M. d. ad. tubul. metall.		терапии обычно достаточно, чтобы доби-
S. Втирать 2—3 р. в день (73).		ться полного рассасывания. Если боли выражены слабо, наркотики можно
		не добавлять.

3. Врожденная непроходимость слезносового канала у детей.

При врожденной непроходимости канала мать замечает через 2—3 мес. после рождения появление слезотечения и гноетечения. При надавливании на область слезного мешка из канальчиков выделяется гной. Канал не успевает закончить своего развития к моменту рождения и оканчивается мешком, где застаивается отделяемое, превращаясь в гной. Показание здесь одно—ждать естественного окончания развития и гигиеническими мерами препятствовать застаиванию содержимого. Мы назначаем опорожнение мешка 3—4 раза в день массажными движениями; зажав головку младенца между колен и по-ручив ручки и ножки другому лицу, сидящему vis à vis, мать делает 15—20 поглаживаний с легким нажимом в области слезного мешка по направлению от спинки носа к глазу. После каждого сеанса следует глазки обмыть цинкистой примочкой и для дезинфекции пустить collargol (реци. № 8 и № 3).

Прокходимость канала быстро восстанавливается, но иногда это затягивается на 2—3 мес.—смущаться не следует. *Выздоровление наступает всегда, если врачу не придет в голову испортить дела зондированием.*

4. Воспаление слезной железы.

Типичный дакриоденит представляет из себя модификацию эндемического паротита—свинки. В качестве терапевт. показаний требует рассасывающей терапии с добавлением антисептического средства, но не препаратов серебра, так как нагноения обычно не бывает. Мы пользуемся поэтому своими средствами иода и ихтiola, который так полезен бывает при свинке и при рассасывании тканевых инфильтратов вообще.

Rp. Ichtyoli	1,0	Воспаление слезной железы, возни-
Ung. Kalli iodati	10,0	кающее во время сыпного тифа, лечится
M. f. Ung. d. ad tub. met.		точно также.
S. Втирать 2—3 раза в день (74).		Для усиления рассасывания можно
		еще присоединить согревающий компресс.

VIII. Глаукома.

Для объяснения патогенеза глаукомы предложено огромное количество теорий, перечислять их, конечно, нет никакого смысла и я остановлюсь только на одной экспериментально проверенной теории *M. H. Fischer'a*, профессора физиологии в Цинциннати, но остановлюсь на ней сравнительно подробно. Если я сознательно решаюсь отступить от принятого способа изложения и вдаюсь в теоретические рассуждения, то делаю это вследствие тех новых горизонтов, которые открываются при изучении коллоидной химии и имеют большое значение не только для изучения глаукомы. Фишеру с его блестящими экспериментами удалось вплотную подойти к вопросу о патогенезе глаукомы.

Фишер, начиная свои эксперименты, был далек от мысли разрешать вопрос о патогенезе глаукомы, его целью было изучить: «Каким образом живые организмы связывают свою воду?».

Для этого он брал обыкновенный фибрин крови, предварительно тщательно промытый, высушенный и превращенный в порошок, и определенное его количество помещал в разные пробирки: 1) с дистиллированной водой и 2) с слабым раствором какой-либо кислоты (напр., соляной кисл.). Через несколько часов разбухание фибрина было значительно менее выражено во второй пробирке. Если для опыта бралась желатина, то и она в подкисленной среде поглощала больше воды. Если же к раствору кислоты добавлялась какая-либо соль, то не только не получалось такого разбухания, но даже уже разбухший фибрин — или какой-либо другой коллоид, — быстро сморщивался и выделял из себя часть поглощенной воды. Эта особенность повторялась и на глазах животных: «в этой серии опытов наименьшая концентрация, при которой соляная кислота еще обнаруживала свое действие, была совершенно неразличима на вкус... и даже в 3-ей концентрации, говорит Фишер, где глаз становился твердым, как камень, ощущение кислоты можно было получить лишь при помощи сильного воображения». И здесь также прибавление какой-либо соли уменьшало явления отека, при чем особенно демонстративно влияло *sodium citricum*. В опытах с подкисленными растворами внутриглазное давление повышалось до такой степени, что склера не выдерживала и разрывалась, чего никогда не наблюдалось в дистиллированной воде.

Таким образом, «сильнейшие степени глаукомы могли быть воспроизведены при полном отсутствии какого бы то ни было кровообращения» и становилось ясным, что «глаукома представляет из себя простой местный отек; и с клинической точки зрения все симптомы могут быть отнесены на счет повышенного внутриглазного давления, возникающего вследствие того, что глаз удерживает чрезмерное количество воды».

И, действительно, отек является одним из кардинальных спутников глаукомы. Эти же опыты подтвердили также старый взгляд, высказанный некоторыми офтальмологами, что *уничтожение Фонтанова пространства и фильтрационного угла является не причиной, а следствием глаукомы*; экспериментально было показано постепенное уменьшение глубины передней камеры. Объясняется оно очень просто: части, лежащие позади хрусталика, набухают сильнее, чем передний отдел, отчего ресничное тело прижимается к склере, а сосуды сдавливаются. Ясно, следовательно, что все условия, способствующие накоплению кислот в организме, становятся этиологическими моментами глаукомы: чрезмерная белковая диета, всевозможные отравления, как алкоголизм, увлечение наркотиками, артериосклероз, гипертония, болезни почек, некомпенсированные пороки сердца и т. д.

Всякое нарушение правильного кровообращения в глазу, способствуя накоплению в нем угольной и других кислот — известных спутников кислородного голодания — приводит к усиленному поглощению глазом воды, а следовательно, и к отеку, т. е. к глаукоме.

Эта простая и в высшей степени изящная теория, строго обоснованная экспериментальной проверкой, чрезвычайно ценна для практического врача, она дает в его руки и средства для борьбы с недугом. Самой теорией предугазаны меры терапевтических назначений: *введем соли в организм вызвать оттоку воды коллоидами глаза и тем самым уменьшить их разбухание*. Для этого автором были предложены субконъюнктивальные инъекции 4% раствора лимонно-кислого натрия. К сожалению, эти инъекции чрезвычайно болезненны и я, лично, убедительных результатов не видел. Но это еще

далеко не свидетельствует об ошибочности теории, а говорит только о неудачной попытке применить ее выводы к практике, не учитывая очень много сложных и неизвестных условий. Кроме вырыскиваний лимонно-кислого натрия, отдачи воды коллоидами глаза можно достигнуть и другими мероприятиями: обильно солить пищу, ограничить белковую диету и вводить гипертонические растворы солей в виде клизм, при ограничении питья. Для клизм рекомендуется следующий состав:

Rp. Natrii chlorati chem. puri	14,0
Natrii carbonici (Na ₂ CO ₃)	10,0
10 H ₂ O	10,0
Ad. destillatae	1000,0
S. На одну клизму (75).	

Этот же раствор (стерилизованный) во время острого приступа можно влить и в вену. Если клизму всю сразу трудно удержать, то можно ее разделить на 4 части и вводить с промежутками в 15—20 м.

Вполне обоснованным, с точки зрения влагаемой теории, является и предложение *Weekers'a* (*La cl. ophth.* 1912, 282 стр.), вводить *per os хлористый кальций*, что дало уже хорошие результаты. Его навели на мысль интересные опыты двух авторов *Chiari* и *Januschke* (*Wien. kl. Woch.* 1910 № 12) с горчичным маслом и абрином, которые, после предварительной дачи хлористого кальция внутрь, уже не вызывали у кроликов резкого отека конъюнктивы.

Rp. Calcii chlorati ch. puri	9,0
Aq. destillatae	145,0
MDS. 3—5 раз по стол. лож. в д.	(76)

Примечание. Большой порции инъектуры из хлористого кальция не рекомендуется выписывать, так как он легко разлагается в растворах после трех суток.

Напомню о другом назначении хлористого кальция, как средства предупреждающего наступление сывороточной болезни при вырыскиваниях чужеродных сыворок, а также и его хорошее влияние на *urtikaria* после серотерапии (*A. E. Wright*). Это факты добытые эмпирическим путем и только теперь теория Фишера дала им обоснование.

Чтобы еще детальнее уяснить сказанное, я позволю себе предпринять небольшую экскурсию в область общей патологии и остановиться на рассмотрении условий образования отеков вообще.

Отеки образуются в тех случаях, когда в присутствии достаточного количества воды (напр., в соседних кровеносных сосудах) *сродство тканевых коллоидов* (а наши ткани построены именно из коллоидов) *к воде повышается, переходит норму.* А это увеличение сродства наступает, как мы уже знаем, при скоплениях кислот в тканях.

Отеки появляются при нарушении правильного кровообращения: напр., при тромбозе или перевязке вены скопляется в тканях венозная кровь, более богатая углекислотой. Это увеличение кислотности и создает условия для появления отека.

При заболеваниях сердца с расстройством компенсации, вследствие недостаточной напорной силы сердца, развиваются застойные явления, т. е. увеличивается количество углекислоты в тканях, и появляются отеки. Если мы назначаем в это время сердечные средства, усиливаем работу сердца, увеличиваем напор кровяной струи, уменьшаем явления застоя—понижается кислотность тканей, проходят отеки. Не безинтересно будет сравнить, как объяснялось происхождение отеков в подобных случаях раньше. Отек, говорили, происходит оттого, что вследствие застоя крови повышается давление в капиллярах и сывотка крови, выдавливаясь в окружающие ткани, образует отеки. Это были рассуждения, объяснявшие явления голыми словами и нередко даже наперекор эксперименту, при чем ссылались на действие наперстянки. Что *digitalis* уничтожает отеки, это явление правильное, но

digitalis не понижает кровяного давления, как этого требует приведенное объяснение, а повышает его, и должен был бы увеличивать отеки. Фактическое же действие наперстянки вполне соответствует теории Фишера.

Посмотрим теперь, действительно ли недостаток в кислороде связан с увеличением кислотности тканей?

Я, конечно, не могу привести здесь всю литературу вопроса и только кратко укажу на некоторые стороны его, не лишенные большого интереса ¹⁾. Araki доказал, что при всяких процессах, связанных с уменьшением поглощения кислорода у собак, кроликов, лягушек, и после эпилептического припадка у людей—в моче скопляется молочная кислота. Hoppe-Seyler обнаружил присутствие той же кислоты в жидкостях, полученных из отечных тканей. Zillessen, перевязкой артерий, уменьшая доступ кислорода к мышцам и печени, находил в этих органах развитие молочной кислоты. Отравляя животных синильной кислотой, жадно поглощающей кислород тканей, находил в моче молочную кислоту. Точно так же, всякое понижение способности крови связывать кислород ведет к развитию отеков через увеличение кислотности. Напр., тяжелые анемии, хлороз, лейкомия и т. д. сопровождаются отеками. Голодание, как это мы теперь, к сожалению, все прекрасно знаем, вызывает появление отеков при одновременном увеличении кислотности мочи. Сколь широка и всеобъемлюща теория Фишера будет очевидно еще и из следующих опытов.

Hildebrandt кормил кроликов кислотной пищей, давая им овес. У кроликов появлялись отеки. В известном периоде опытов им прибавляли к пище декстрозу и кролики погибали. Если же, одновременно с декстрозой им давали хлористый кальций—смерть не наступала. Декстроза в организме кроликов превращалась в щавелевую кислоту, чем еще более увеличивала кислотность, а, следовательно, и отеки. Хлористый кальций уменьшал средство коллоидов организма кроликов к воде, а, следовательно, и отеки. Таким образом теория Фишера многократно проверена в самых разнообразных отделах патологии.

До сего времени было совершенно непонятно, почему у утопленников развиваются отеки? Однако, было установлено, что в трупах после смерти развиваются кислоты. Следовательно, коллоиды тканей повышают свое средство к воде, которую они и поглощают из богатого запаса окружающего бассейна.

Даже местные укусы, производимые комарами, пчелами, муравьями и т. д., с их последовательными небольшими припуханиями ткани, ожоги крапивой точно также просто объясняются этой теорией. Во время укусов насекомых попадают кислоты или яды-восстановители, т. е. такие химические соединения, которые жадно поглощают кислород, в результате чего и получается миниатюрный отек. Если, далее, взять пластинку желатины (коллоид) и в разных местах ее поверхности выпрыснуть муравьию кислоту, и опустить пластинку в воду, то на местах выпрыскивания быстро образуются мелкие очаги отека, точно воспроизводящие следы от укусов насекомых.

После всего сказанного, читатель может заключить, сколь стройна и научно-обоснована теория Фишера. Выводы для терапии из нее не трудно сделать.

Классификация глаукомы, предлагаемая учебниками, очень сложна и для повседневного обихода практического врача ее необходимо упростить и приблизить к жизни.

¹⁾ Более подробно см. монографию М. Фишера—«Отек». Москва. 1913 г.

Прежде всего мы все учение о глаукоме разделим на две группы: на конституциональную, или собственно глаукому, и на глаукому механическую, или точнее глаукоматозный синдром. В последнем случае нет глаукомы как болезни, а глаукоматозный припадок является только одним из симптомов произошедшей закупорки выводящих путей.

О глаукоматозном синдроме я скажу несколько слов ниже, а пока перейдем к рассмотрению конституциональной глаукомы. В нее войдут две формы: острая и хроническая. Я не буду говорить о воспалительной глаукоме, так как в основе болезни лежит не воспалительный процесс, а местный отек тканей. И если уже обязательно прибавлять какой-либо эпитет, то можно говорить только об *острой отечной* и *хронической отечной глаукоме*. Но и в таком строгом разграничении на острую и хроническую нет никакой выгоды: для чего осложнять представления, создавая искусственные формы. Существенной разницы между ними нет: и при хронической наблюдаются острые приступы, и при острой длительные периоды затишья. Разница заключается лишь в том состоянии, в каком больной попадает к врачу: во время припадка или во время тихого периода.

Таким образом следует принять за правило, что существует один вид глаукомы, болезни по существу хронической, в течении которой могут наступать и острые припадки в зависимости от состояния коллоидов глаза и от скопления в организме большого или меньшего количества вредных для него кислых субстанций.

Принято называть еще одну форму глаукомы, которую обозначают странным термином *simplex*, и которая своей расплывчатой физиономией постоянно путает молодых врачей. Когда-то *Graefe* считал ее за атрофию зрительного нерва, и он был прав. Этиология ее не совпадает с только что указанной формой, при ней нет основного признака—отека, который накладывает такую индивидуальную печать на конституциональную глаукому. Можно сказать больше—этиология ее совершенно темна. Прив.-доц. *К. Нойшевский* предлагает, в качестве объяснения, понижение внутричерепного давления, считая ее за *papillitis ceca*. Не только отек, но и повышение внутриглазного давления здесь отсутствует, приэктомия на нее не оказывает никакого влияния, течение не соответствует глаукоме. Внешний вид глаза при исходе в слепоту совершенно не похож на абсолютную глаукому, и в начальном ее периоде имеются воспалительные явления на соске зрительного нерва. Все признаки сблизкают ее с атрофией зрительного нерва и к атрофиям сближайшей ее и следует отнести. И на практике, если проследить серию случаев с так называемой *gl. simplex*, то часть их придется отнести к атрофиям, а у других через 1/2—1 год развивается настоящий припадок отечной глаукомы. Настало время, когда следует отказаться от этого туманного диагноза, чтобы не вводить лишней путаницы, как в обозначение болезни, так и в понятия молодых врачей. И я лично вполне согласен с заявлением проф. *Е. Адамюка* (В. Оп. 1906. № 3), что *glaucoma simplex* следует отнести в отдел атрофий зрительного нерва, сохранив, если уже это очень желательно, термины: *atrophia n. optici ectactica*. Этими замечаниями по классификации глаукомы мы пока и ограничимся.

1. Острый припадок глаукомы.

Симптомы.—Больной жалуется врачу на упадок зрения и даже слепоту, развившуюся сравнительно очень быстро, и на резкие боли в голове и глазу, доводящие его до потери аппетита и сна. При осмотре обнаруживается отек верхнего века (очень часто). Вены глазного яблока очень расширены, особенно передние цилиарные, выступают за подобие извитых про-

бочников. Значительная перикорнеальная инъекция. Мутная, истыканная по поверхности, отечная роговица, потерявшая тактильную чувствительность. Мелкая, а иногда и очень мелкая передняя камера. Широкий, чаще овальной формы, арочок. Иногда зеленоватый арочковый рефлекс. Сильно повышенное внутриглазное давление—глаз тверд, как камень.

Такой припадок начинается чаще всего ночью и может тянуться очень долго: не только в течение нескольких дней, но в более слабом виде и несколько недель.

Терапия.—На основании изучения патогенеза и описания симптомо-комплекса *острой отечной глаукомы* не трудно наметить показания для терапии. Они суть следующие:

- 1) понизить внутриглазное давление,
- 2) уменьшить острый отек глаза,
- 3) ослабить застой в глазу,
- 4) уменьшить боли и дать покой больному.

Выполнить эти показания мы можем следующими мероприятиями:

1) На основании вышеописанного мы уже знаем, что все средства суживающие арочек понижают внутриглазное давление, а следовательно, для удовлетворения нашего первого показания, мы и должны прибегнуть к многим. Для усиления же терапевтического эффекта фармакология предлагает соединить в одной прописи действие двух схожих по реакции веществ:

Rp. Eserini Salicylicci	0,15	Для немедленного отпуска из аптеки на рецептном бланке добавляют:
Pilocarpini muriat.	0,3	Statin! Cito!
Sol. 3% Ac. borici	15,0	
S. По 2 капли в глаз (76).		

Этот раствор, в течение первого часа, пускают 2—3 раза в конъюнктивальный мешок, в течение 1—2 суток ежедневно по 2 капли, в дальнейшем 4—6 раз в сутки, в зависимости от жесткости припадка.

Очень заманчиво к указанному раствору присоединить обескровливающее действие адреналина, который, как это принято считать, усиливает работу мютиков. Однако, от такого соединения я предостерегаю молодого врача: *адреналин принадлежит к группе мидриатиков*, а, следовательно, *повышает внутриглазное давление*, и при неблагоприятном стечении обстоятельств может усилить глаукоматозный припадок. Иногда адреналин может быть и вызывает благоприятный эффект, подкрепит влияние эзерина, однако, мы не имеем права полагаться на его капризное действие, так как не уверены в том, что он вместо пользы не принесет большого вреда.

Кроме адреналина, можно еще встретиться в литературе с предложением добавлять к мютикам и кокаин. Такая рекомендация основана на большом недоразумении, будто бы кокаин понижает внутриглазное давление. Такое заявление неправомерно и было бы грубой ошибкой назначить его во время глаукоматозного припадка, так как *кокаином повышает внутриглазное давление*, а следовательно, *противопоказан даже при подострой и глаукоме*.

2) Уменьшить отек глаза—это значит понизить у тканевых коллоидов средство к воде введенным в организм солей. Путей для введения солей может быть 3: а) через желудок и кишечник, б) через прямую кишку и в) внутренне. Само собой разумеется, что для надежности эффекта следует использовать все пути сразу, поэтому: а) назначаем солевое слабительное, как отнимающее много воды через кишечник; 15,0—20,0 *глауберовой соли* в ½ стакане теплой воды (сернистый натр), а внутрь, кроме того, *хлористый кальций* до 5,0—6,0 в сутки (реп. № 76); б) ежедневно ставить солевую клизму (реп. № 75), которую следует удерживать хотя бы в течение 1 часа;

в) Внутривенно можно влить гипертонический 10% раствор поваренной соли 200—250,0 (Н. А. Шетнева—К вопросу о концентрации крови при глаукоме. Р. О. Ж. 1923, № 1). Обрывать острые припадки таким раствором удавалось, но предсказать их судьбу—удержатся ли они в'терапии, пока трудно. Теоретическое их обоснование вполне понятно, но конечно здесь дело не в концентрации крови, а в уменьшении средства к воде у коллоидов глаза. Думаю, что это показание более успешно может быть осуществлено вливаниями не столь концентрированных растворов, как 10%, а более слабых, как это и было предложено М. Фишером при заболеваниях почек (рев. № 75).

3) Ослабить застой в глазу можно отвлекающим методом: 3—4 пиявки на висок, или пиявкой Гертля отсосать грамм 30,0 крови. Такая процедура приносит иногда очень большое облегчение.

4) Уменьшить боли можно впрыскиванием морфия—один грамм 1% раствора (0,01), но так как при назначении морфия всегда приходит в голову мысль о возможности морфинизма, то лучше предварительно испытать действие героина:

Rp. Heroini 0,005
Sachari albi 0,1
M. f. p. t. d. № 8 (in oblat. 000).
S. По 1 порошку на прием при болях (78).

Более высоких доз героина в 1-й раз нельзя назначать, его болеутоляющее действие сильнее морфия, а кроме того уже 6 миллигр. очень часто вызывает тошноту и даже рвоту. Лучше часа через 3 повторить прием.

При болях резко выраженных очень полезна следующая комбинация анальгетиков:

Rp. Pyramidoni
Kefaldoli aa 0,35
Coffeini nat-benz. 0,2
M. f. p. d. t. d. № 8
S. По 1 пор. 2—3 р. в день (79).

Все антипиретики, и особенно пирамидон, обязательно назначаются с кофеином вследствие склонности давать коллапс.

Так как такие больные очень часто являются еще и пресклеротиками (Н. Huchard) или гипертониками (Г. Ю. Явейн), то назначение диуретика в этих случаях очень целесообразно, особенно потому что *diuretin понижает внутриглазное давление*.

Диета, конечно, лучше всего молочная или молочно-вегетарианская, как дающие наименьшее количество кислотных субстанций.

Примечание.—Измерение внутриглазного давления при глаукоме имеет огромное значение. Но распространенный тонометр Schiotz'a несколько громоздок для повседневной практики, и я рекомендую вниманию молодых врачей очень портативный и вполне пригодный для практических целей инструмент Фикс-Лившица. Величина внутриглазного давления получается непосредственно из шкалы, нанесенной на самом тонометре, умножением отмеченного стрелкой числа на 2. Обращение с ним вполне понятно из самого устройства: роговица должна прилечь вплотную к стеклянной призме. Все исследование занимает времени не более 1-й минуты. Навык вырабатывается очень быстро. Предварительно в конъюнктивальный мешок минуты за 2—3 до исследования впускают 2—3 капли 1% новокаина.

2. Хроническая стадия глаукомы или, так называемая, хроническая отечная глаукома.

В первые дни после припадка, если больному не было сделана операция, лечение остается то же самое, но, в зависимости от ослабления всех явлений, оно становится менее энергичным: эзерин применяется реже, отменяется морфий и т. д. Но, только с полным успокоением глаза, болезнь переходит в хроническую стадию. Но далеко не всегда болезнь начинается острым припадком, в большинстве случаев припадок является только эпизодом на фоне

хронической болезни, и не мало случаев, когда глаукома начинается, развивается и заканчивается полной слепотой, не давая ни одного обострения. И в этих случаях иногда она развивается постепенно, исподволь. В течение долгого времени жалобы больного ограничиваются видением радужных кругов вокруг пламени лампы или свечи, молний и искр, пробегающих в глазах время от времени, и головными болями, наступающими приступами. В некоторых случаях эти головные боли сопровождаются рвотой и сходят то за мигрень, то за инфлуэнцу, пока не придет в голову осмотреть глаз или посылать к окулисту, где и выясняется истинный характер заболевания.

Не буду вдаваться в подробное описание хронической стадии глаукомы, его можно найти в любом учебнике, но два замечания считаю долгом сделать.

В смысле диагноза, когда по словам больного трудно составить себе точное представление о природе этих болей, а весь симптомокомплекс остальных явлений еще слабо выражен, обрывающее действие, какое оказывает на них эзерин, имеет диагностическое значение. Всякий раз, кроме того, когда приходится назначать очки для работы (конвексы) значительно сильнее, чем это можно было предположить для данного возраста больного, или их часто приходится сменять на более сильные стекла, необходимо иметь в виду возможность глаукомы, так как ей свойственно ослабляющее влияние на аккомодацию. Преждевременная пресбиопия есть указатель глаукоматозного состояния глаза.

Примечание.—После острого приступа, недели через 1½—2, когда глаз совершенно успокоится, мы переходим к применению уже одного только 2% пилокарпина.

Rp. Pilocarpini muriat. 0,2
Sol. 3% Ac. borici 10,0
MDS. 3 раза в день по 2 капли (77).

И даже в течение всей последующей жизни больной никогда не расстается с пилокарпином.

Кроме того, на случай обострений у него должна быть всегда в запасе смесь мютиков (реп. № 77). *И даже после операции рецепт № 80 не отменяется.* При назначении пилокарпина третий его прием следует применять всегда на ночь перед сном, так как к вечеру, даже и при нормальном состоянии глаз, внутриглазное давление повышается, и острые приступы в большинстве случаев начинаются ночью.

Терапия.—При лечении хронической глаукомы нельзя установить одного какого-либо общего шаблона, и в каждом случае необходим индивидуальный подход к больному. Обращаю внимание молодого врача на этот пункт потому, что глаукома далеко не является местным заболеванием глаза, а есть следствие той или иной болезни всего организма или точнее это только реакция со стороны органа зрения на целый ряд патологических изменений в других органах. Поэтому в каждом отдельном случае необходимо подробно разобраться во всех функциях больного для выяснения общего заболевания, повлекшего такую реакцию.

Состояние выделительных органов и кровеносной системы имеет здесь первенствующее значение, главным образом еще и потому, что глаукома является особенной принадлежностью гипертоников и подариков. Далеко не последнюю роль играет также и *lues*—этот выдающийся фактор всякого рода сосудистых дезорганизаций. Преимущественно его следует иметь в виду у молодых¹⁾ субъектов. К сожалению, сифилис, как причина глаукоматозных

¹⁾ При так называемом, *buphtalmus'e* (детской глаукоме) врожденный сифилис самая частая причина.

явлений, редко обращает на себя внимание даже и со стороны немолодых врачей. Но, конечно, если не забывать о нем думать, он будет чаще констатироваться у таких больных. С. Charlin (Kl. monat. bl. f. Aug. Bd. 70), напр., дает для этого фактора даже такой высокий % как 46 или даже 60%, указывая на совпадение с аоритом до 59%. Над этими цифрами стоит призадуматься!

Если мы вполне оценим ту большую роль, которую играет в этиологии глаукомы состояние сосудистой системы, нам легко будет понятна давно замеченная связь ее с различного рода эмоциями. Вот почему у лиц с неуравновешенной нервной системой, у которых вазомоторы находятся в хаотическом состоянии и резко реагируют на всякое раздражение, предсказание и течение глаукомы настолько неблагоприятно, что дало повод некоторым авторам говорить об эмотивной форме. Конечно, в таком выделении нет никакой необходимости. Но обратить сугубое внимание на состояние нервно-сосудистого аппарата, конечно, необходимо, необходимо тренировать их вазомоторы и притупить повышенную возбудимость.—Все сосудистые пертурбации сказываются на органе зрения изменением или нарушением правильного кровообращения, а все такие отклонения от нормы ведут к скоплению в нем кислотных субстанций, т. е. к острому припадку глаукомы.

Бальнеология издавна пользуется для указанной цели в таких случаях: душами Шарко, углекислыми ваннами и т. п. (подробности—в соответствующих руководствах).

Со схожей игрой вазомоторов мы встречаемся специально еще у женщин в начале климактерического периода. Эти больные страдают частыми и внезапными приливами крови к голове: «как-будто всю обливает крутым кипятком», жаждутся они. И нередко, именно в этом периоде, впервые разыгрывается первый глаукоматозный припадок. Конечно, и у них борьба с нервно-сосудистыми расстройствами является нашей прямою задачей, но не всегда только удается справиться бальнеологическими процедурами. Тогда приходится назначать заместителя выпавшей секреции в виде:

Rp. Ovarini 0,3
S. По 1 табл. 2—3 раза в день
(в оргин. упаковке); (81).

Как видно из приведенного рассуждения, и аномалии желез внутренней секреции также могут быть поводом для проявления глаукомы.

Итак, следовательно, если в острой стадии все наше внимание было сосредоточено на самом заболевшем органе, то при хронической форме прежде всего необходимо разобраться в этиологии и лечить не только глаз, но и всего больного.

Показания, пред'являемые к нам органом зрения, хорошо уже известны, о них достаточно говорилось выше, и я только напомню, что кроме мнотиков нужно проводить и общее лечение: 1) молочно-вегетарианскую диету, 2) усиленное введение солей: а) как с пищей в виде поваренной соли, при ограничении количества жидкости, так и б) в виде ежедневных солевых клизм, и 3) время от времени хлористый кальций, но в меньших дозах по 3,0 в день, вместо 5—6,0, как это проводилось в острой стадии.

3. Прогрессивная глаукома.

Больные жалуются на мелькание искр перед глазами, на видение радужных колец вокруг пламени, а иногда и на приступы головных болей, но объективно ни экскавации зрительного нерва, что заменит собой хроническую глаукому, ни других явлений обнаружить не удастся. Но периметрическое исследование уже указывает увеличение границ слепого пятна. (См.

об этом методе исследования: А. Я. Самойлов—Об изменениях слепого пятна при глаукоме». Р. Оф. Ж. 1922, № 1).

Этот симптомокомплекс не имеет права на самостоятельное выделение в отдельную форму: он является только самым ранним и начальным периодом хрон. глаукомы. Конечно, и в этом периоде очень важно разобратся в этиологических условиях и даже важнее, чем в каком-либо другом, и нельзя ограничиваться только трафаретным назначением мютиков.

Встречаются счастливые субъекты, болезнь которых в течение всей жизни не выходит за границы этого периода. (Напр., проф. Е. Адамюк).

4. Операции при глаукоме.

До сих пор я умышленно воздерживался от указания хирургического лечения, но не потому, что я его считаю нецелесообразным. Я не назову его радикальным или этиологическим. Что оперативная помощь приносит часто, но тоже далеко не всегда, большую пользу больному во время острого приступа—это безусловно, и чем раньше удается прооперировать больного, тем лучше. И с этой точки зрения введение в терапию внутривенных гипертонических растворов солей следует особенно приветствовать, как ускоряющих оперативный подступ к больному. Но даже и оперативное вмешательство того или другого характера есть также паллиативный метод. Как мютики, так и операция выполняют или даже стремятся выполнить роль только симптоматическую и направлены в своей борьбе против одного определенного признака—повышения внутриглазного давления. Конечно, это очень важный симптом, но он далеко не вмещает в себя всего понятия о глаукоме, как о заболевании общим для всего организма. Как до операции, так и после нее все вредные влияния и воздействия на орган зрения остаются *in statu quo ante*. И эти неблагоприятные моменты, не удаленные из организма больного, в состоянии создать и создают новый глаукоматозный приступок и прогрессивное развитие болезни, несмотря на предпринятую операцию.

Оперативное вмешательство показано в начале острого приступа, и как только удалось ослабить явления отека и несколько увеличить переднюю камеру необходимо приступить к *иридектомии*. Она же показана и в случаях хронического течения глаукомы, где в анамнезе имеется хотя бы один острый приступок. Каков же механизм действия иридэктомии, к сожалению, ответить невозможно, это дань эмпиризму. Возможно, что акт прокола передней камеры дает своего рода толчок выправить кровообращение в глазу, и вследствие быстрого понижения давления уменьшается сдавление сосудов, застой, а с ними и отек. Кроме того, расширяя связь между задними частями глаза и передней камерой также облегчает отток жидкостей. И кроме того, склеральный рубец своей большей подальностью играет роль предохранительного клапана и уменьшает давление. Исходя из этого последнего соображения, было предложено добиваться получения фильтрующего рубца при помощи иссечения небольшого участка склеры, в расчете на то, что образующийся здесь рубец и будет пропускать влагу.

Таковы операции *Elliott'a* и *Lagrange'a*. Обе прекрасно выполняли указанный принцип. К сожалению рубец оказался не только проходным для влаги, но также и для микроорганизмов, что значительно уменьшило число сторонников этих теоретически прекрасных операций. Стали появляться случаи поздних инфекций с потерей глаза. Вот эта возможность поздней инфекции и удерживает лично меня от красивых операций, и я не могу их рекомендовать молодым врачам. Риск велик. Всегда следует помнить принцип *ne nocens*.

При чисто хроническом течении глаукомы, не омрачаемом острыми припадками, операция приэктомии не приносит уже той пользы. Но и в случаях с острыми приступами иногда приходится повторять оперативное вмешательство в виде операции *Sclerotomie* и т. п.

Этого рода нередкие неудачи лишней раз указывают на то, что, борясь симптоматически только с глазами проявлениями глаукомы, мы поступаем неправильно, забывая, что она является заболеванием более общего характера.

Необходимо поэтому подчеркнуть, что и после операции все сказанное о хронич. глаукоме остается в своей силе.

В заключение упомяну об абсолютной глаукоме, о последнем аккорде этого заболевания. В это время глаз уже совершенно слепой и нередко служит лишь болезненным инородным телом.

5. Глаукома механическая—вторичная. Глаукоматозный синдром.

Если в основе патогенеза хронической глаукомы лежит отек с последовательным повышением внутриглазного давления и прижатием фильтрационного угла, то, наоборот, глаукоматозный синдром развивается вследствие закупорки фильтрационного угла. Т. е. причина и следствие здесь обменялись ролями. *И все моменты, закупоривающие фильтрационный угол, способны вызвать глаукоматозный синдром.* Следовательно, при истинной глаукоме причины эссенциального или конституционального характера, а при г. синдроме чисто местного, механического.

Глаукоматозный синдром может развиваться и дать острый припадок и у молодых субъектов после контузий и повреждений глаза, особенно сопровождающихся кровоизлияниями.

И врачи, которые считают всякое повреждение глаза вполне законной причиной для применения атропина, нередко, и совершенно неожиданно для них, бывают поражены внезапно наступающей рвотой, отеком век и бурным приступом болей у их пациента.

Поэтому при всякого рода травмах глаза необходима большая осторожность с атропином. И прежде чем его назначить следует внимательно обдумать все pro и contra и без показаний не назначать. Показания же к его назначению нам уже хорошо известны. При наличии кровоизлияния почти всегда будут показания для *донниа*. Его влияние на кровоизлияние очень велико.

Даже при безусловных показаниях к применению атропина при травмах и то надо соблюдать большую осторожность и ежедневно проверять состояние внутриглазного давления. Следует добавить, что *хлористый кальций* обладает способностью *ускорять рассасывание кровоизлияний*, а следовательно, его показания будут часты при травмах.

Но и атропин иногда при глаукоматозном синдроме способен сыграть роль средства понижающего внутриглазное давление. Представим себе случай травматической катаракты, когда набухающий хрусталик, надавливая на ирис сжимает фильтрационный угол. Ясно, что, после расширения зрачка атропином, радужка освобождается от давящего влияния катаракты, открывается филт. угол и весь глаукоматозный симптомокомплекс исчезает.

Предвидеть все варианты глаукоматозного синдрома не представляется возможным, но думаю, что после этих замечаний и всего сказанного выше нетрудно будет разобраться в каждом отдельном случае.

IX. Помутнения стекловидного тела.

Помутнения стекловидного тела, хотя и не представляют самостоятельного заболевания, а являются только симптомом болезни внутренних оболочек глаза (сосудистой, цилиарного тела), однако, вследствие своей серьезности заслуживают специального рассмотрения. Жалобы больных сводятся к заволакиванию глаз туманом или к летающим мушкам.

Диагностич. замечания.—При диффузных помутнениях—сосок зрительного нерва как бы прикрыт густой вуалью. Иногда видны в нем сухожильно-зеленоватого цвета тяжи, самой разнообразной формы, как результат организации кровоизлияния или выпота после бывшего иридохорондита (сифилис, сыпной и возвратный тифы). Для дифференцировки мелких помутнений вогнутое зеркало офтальмоскопа непригодно и плоское в этих случаях предпочтительней, им тоньше и легче дифференцировать. Большой при этом меняет положение глаза, то смотрит вверх, то вниз, то влево, то вправо. По несколько раз под-ряд. Движения облегчают всплывание отдельных помутнений.

Следует, конечно, помнить, что жалобы на летающие мушки иногда бывают вызваны начинающейся катарактой по краю хрусталика, которая и проглядывается в виде коротких спиц. Не обратив внимания, их можно пропустить.

Терапия.— Показания для терапии определяются наличием выпота. Наша задача сводится к их рассасыванию, а также назначению этиологической терапии, где это возможно. Следовательно, здесь показаны: дионин, вод. подконъюнктивальные инъекции, суховоздушные ванны. И, конечно, все то, что требует еще и этиология. Дионин можно дать в виде мази, но лучше к нему прибавить еще и рассасывающее действие йода, и вод. внутрь.

Rr. Kali jodati	0,1 — 0,5	ная (помутн. рогов.) с той только разни-
Dionini	0,1 — 0,3	цей, что здесь повышается и содержание
Lanolini	1,0	KJ в мази. (Конечно, если не закончился
Vaselin. p. americ.	4,0	воплне бывший ирит, придется назначить
M. U. d. ad tub. metall.		атропин и т. п.). В упорных случаях
S. На ночь за веки (82).		прибавляем подконъюнктивальные инъекции.

Система назначения дионина обычная (помутн. рогов.) с той только разницей, что здесь повышается и содержание KJ в мази. (Конечно, если не закончился вполне бывший ирит, придется назначить атропин и т. п.). В упорных случаях прибавляем подконъюнктивальные инъекции.

Такую терапию с обычными отдыхами и перерывами приходится систематически проводить $\frac{1}{2}$ года, год, а иногда и дольше, результаты получаются очень утешительные.

Некоторые врачи еще и теперь таких больных превращают в настоящих мучеников, запрещая им всякие занятия, вооружают их дымчатыми консервами очень темной окраски, предписывая даже пребывание в темноте. Эти несчастные больные, лишенные возможности какой-либо деятельности, все свое внимание и всю свою потенциальную энергию тратят на ловлю тех летающих мушек, которые и без того их тревожат.

Работу, не требующую чрезмерного напряжения, им можно и должно позволить, темные консервы излишни, и только в случаях гиперестезии сетчатки можно назначить желто-зеленые консервы средней окраски, они хорошо смягчают солнечный свет, не нарушая ясности изображений. Образ жизни менять нет смысла. Избегать следует всякого рода эксцессов, ослабляющих организм, при чем совершенно безразлично, будет ли это злоупотребление вином, картами, чрезмерным трудом или полнейшим бездельем.

Кроме этих органических помутнений, у людей нервных, неврастеников, при *scitis interturtus*, вследствие гиперестезии сетчатки, даже при совершенно нормальном стекловидном теле, появляется ощущение летающих мушек. В этих случаях из расспроса больных вполне выясняется, о чем идет речь. Эти мушки

не черные, а чаще бесцветные или сероватого цвета. Но осмотреть внимательно, конечно, необходимо такого больного, чтобы иметь право категорически заявить, что глаза его здоровы и объяснить ему, что наше стекловидное тело так устроено, что всякий при сосредоточивании внимания может видеть тени на сетчатке от нормальных телц его. Присоединяем рекомендацию не гоняться за ними. Для уменьшения же гиперестезии сетчатки назначаем бромиды, которые прекрасно на нее влияют.

Rr. Natrii bromati 12,0
Aq. destillatae 200,0
MDS. 3 ложки в день после
еды в $\frac{1}{4}$ стак. молока (83).

Кроме бромидов прекрасно тонизируют вообще нервную систему холодные обтирания (18—14°) всего тела с последующим растиранием махровым полотенцем. (Углекислые ванны, души и т. п.).

Встречается и еще категория лиц, жалующихся на мелькание черных точек и мушек, но самое внимательное исследование их не находит. [NB—Исследование глазного дна при помощи вогнутого зеркала, конечно, необходимо, особенно желательны тщательные поиски крайней периферии дна, где можно бывает обнаружить скрытно-протекающий *choroiditis anterior laetica*, мне неоднократно приходилось находить его там, где уже немолодые врачи писали: дно уклонений от нормы не представляет].

В этих случаях я предпочитаю не верить себе и назначаю терапию только что указанную: бром и йодин. И если при повторном исследовании недели через 4 опять ничего не нахожу, трактую, как неврастеников. Я в этих случаях не спешу с диагнозом потому, что помутнения бывают столь мелки, что не попадают в поле зрения исследующего, и приходится повторять позже осмотр.

Вообще следует отметить, что при жалобах на летающие мушки, врачу приходится считаться с массой приходящих условий очень сложного психического порядка и может потребоваться все напряжение такта и врачебного чутья для нахождения надлежащей терапии. Для иллюстрации этой мысли я разберу два случая из своей практики, достаточно характерные, указывающие на необходимость в этом вопросе больше, чем где-либо, в строгой индивидуализации больного. Тем более, что всякого рода помутнения стекл. тела оказывают резкое травмирующее влияние на психику больного.

1) Года 3 тому назад обратился ко мне субъект 25 лет, недавно окончивший университет, с жалобой на летающие перед глазами сероватые мушки, появившиеся у него около года тому назад. Слабый миоп, субъект нервный, малокровный, с порывистыми движениями. За время болезни он побывал уже у многих врачей, но все без пользы, и все в один голос убеждали его, что глаза его вполне здоровы, однако, мушки его очень беспокоят, и подчас он даже не может работать. На первый взгляд случай очень простой: объективно без уклонений от нормы. Но если вдуматься в него, то легко обнаружить и особенности. (Конечно, мне были предъявлены и все рецепты).

Я рассуждал следующим образом: если и я повторю уверения предыдущих коллег о его здоровье, то и мне он не поверит, как и им, и мытарства по врачам будут продолжаться и дальше, пока он не обойдет всех, потом поедет в другой город, повторяя всю процедуру снова и только напрасно будет травмировать свою нервную систему, при чем не исключается возможность психической болезни. Следовательно, оставалось одно, диагностировать то, что он хочет, но сделать это несколько особенно. И я избрал такой способ внушения. Я умышленно долго исследовал его глаза офтальмоскопом, заставляя его двигать в различных направлениях, с различной скоростью, в прямом и обратном виде, разными офтальмоскопами, и когда мой пациент несколько устал от такой процедуры, я заявил ему, что действительно помутнение стекловидного тела у него имеется, но оно столь незначительно

и мало, что я не удивляюсь тому, что его просматривали мои коллеги. Ведь сколько настойчивости и труда пришлось положить, чтобы, наконец, его отыскать. Большой остался очень доволен моей находкой, уверовал, что процесс у него очень незначителен и выразил надежду на скорое и полное выздоровление. Или? точнее поверил моему утверждению о скором выздоровлении. Ему были назначены холодные обтирания, бромистый натр внутрь и мазь из 1% дионина с предупреждением его о всех особенностях данного медикамента. Через 6 недель он был совершенно здоров. После лечения я его несколько раз встречал и мог проследить в течение 1½ года: возврата не было.

2) Второй случай окончился трагически. Студент медик, 22 л., занимался в хим. лаборатории. Во время взрыва стеклянной колбы осколок ее, пробив правый глаз, застрял в стекловидном теле позади хрусталика. Переносил он его довольно спокойно, реакции со стороны глаза не было, но такое инородное тело всегда могло быть причиной воспаления цилиарного тела, и даже в будущем при отрицательном отношении к операции, и симпатического воспаления. Больной знал о такой опасности. Я предложил ему испробовать оперативное удаление осколка, предупредив о возможности и неудачи. Был соаван консилиум, с моим предложением не согласился, а решил вести выжидательную политику, оставив его на попечение дяди—врача другой специальности, при условии моего специального надзора. Молодому человеку был предписан покой, воздержание от резких движений, чтобы не сместить осколка, и горизонтальное положение. Полная бездеятельность, постоянные опасения за исход, невольная фиксация внимания на осколке сильно угнетали больного. И через месяц я вновь предложил дяде больного подумать об операции, высказав следующие соображения. Если удастся извлечь осколок, то польза операции будет несомненна. При неудаче надо внести, что опаснее, эвисцерация глаза или постоянный страх перед иридоциклитом? Но иридоциклит может присоединиться, а может и никогда не присоединиться. В первом случае эвисцерация также имеет свое оправдание; во втором же случае молодой человек все равно не сможет работать, все его внимание будет сосредоточено на органе зрения, и последующая жизнь его пойдет под Дамокловым мечем операции; высшее образование придется оставить, и все интересы жизни сосредоточатся у него на очень ограниченном пункте позади хрусталика. Такое суживание всех жизненных интересов при непрекращающихся инсультах нервной системы и психики изо дня в день должны повести к душевному заблуждению. В то время, как даже при неудаче операции, при потере глаза от эвисцерации развязываются руки. Правда, первое время будут остро чувствоваться последствия хирургического вмешательства, но психика отдохнет от терзающей мысли, а время и молодость не плохие врачи и все скоро забудется. Ведь много людей живут и работают с одним глазом. В эстетическом смысле—хорошая культя и мало заметный протез. Самое главное—исчезнет вечная угроза, которая как *gutta serena* *lapidem non vi, sed semper cadendo*.

Семейный совет отверг мое предложение и горизонтальное положение продолжалось... Я вскоре потерял больного из виду, меня больше не приглашали. Через два года мне удалось узнать, что, к сожалению, я был прав: молодой человек душевно заболел и был помещен в психиатрическую больницу. Этими двумя примерами я и ограничусь, они рельефно указывают, как необходима строгая индивидуализация каждого больного при болезнях стекловидного тела.

При диффузных помутнениях стекловидного тела, при частичном его поражении и т. п. в зависимости от сифилитического хорондита необходима, конечно, этиологическая терапия: из йода, ртути и неосальварсана. Подробности ее указаны выше.

Х. Помутнение хрусталика.

До последнего времени терапия катаракт носила исключительно хирургический характер.

Успехи коллоидной химии внесли и сюда живую струю, дав в наши руки средства для борьбы, если не с созревшими и созревающими, то во всяком случае с начальными ее формами.

Если рассматривать образование старческой катаракты с биохимической точки зрения, то оказывается, что помутнения хрусталика представляют из себя белковые осадки, произошедшие под влиянием гидратации, т. е. увеличения количества воды на месте помутнения. Из коллоидной химии мы знаем, что такие белковые осадки до известной степени обратимы, т. е. могут под влиянием известных условий вновь перейти в растворимое состояние, при чем на степень растворимости имеет значение возраст этих осадков. *Чем меньше проходит времени с момента их возникновения, тем выгоднее условия для терапии и больше надежды на их растворимость.*

Если теперь принять во внимание ту важную роль, какую соли играют при водном обмене нашего организма, то будет вполне понятно стремление введением этих солей заставить коллоиды хрусталика отдать свою излишнюю воду, что клинически должно выразиться в исчезновении помутнений, путем их обратного растворения, т. е. в излечении катаракты. А так как условия для реакции наиболее выгодны в свежих случаях, то нетрудно предположить, что такая терапия должна иметь успех именно при начальных формах, что, могу добавить, и осуществилось на практике.

Из такой установки показаний легко вытекают и все условия борьбы с начинающейся катарактой и все мероприятия, которые должны иметь свое применение.

Но так как усиление лимфоотделения, как связанное с увеличением тока жидкости из полости глаза, тоже должно иметь не последнее значение на растворение этих осадков, то, следовательно, кроме солей нетрудно установить показание и для дионина.

Из солевых препаратов мы должны принять во внимание все обычные растворители: хлористый кальций, подистый калий, лимонно-кислый натр, который так резко проявлял свое действие в опытах М. Фишера, и т. д. Действие их можно выразить в следующих формах применения: 1) глазных ванн, 2) капель, 3) мазей, 4) клизм, 5) внутренних приемах. Разберем каждый из этих способов.

Терапия.—В аптекарских магазинах можно достать небольшие, низенькие рюмочки в роде тех, что употребляют для лиц в смятку. Такая ванночка наполняется примочкой, в нее опускают открытые глаза, и раствор хорошо омывает все закоулки глаза. Во время каждого сеанса жидкость 1—2 раза меняется.

Rp. Calcii chlorati crystall.

Kalii iodati aa 2,5

Aq. destillatae 200,0

S. 4 раза в день по 10—15 м. (84).

3 раза в день после ванночки пускуют в глаз капли из водистого калия или еще лучше вместе с лимонно-кислым натрием.

Rp. Natrii citrici 0,5

Kalii iodati 0,3—0,6

Aq. destillatae 10,0

S. 3 раза в день по 2 к. (85).

На ночь же перед сном, после примочки, назначаем еще мазь из дионина и водистого калия (реп. № 82).

Концентрация капель и мазей увеличивается, конечно, постепенно и доводится до 6% или 8%, как это указано при лечении помутнений роговицы. При чем в те периоды, когда дионин

применяется и утром, добавляется 5-й сеанс ванночек. В упорных случаях сюда можно добавить внутренние приемы хлористого кальция по 2—3,0 в день вместе с подкисым калием в малых дозах (6,0 на 200) и солевые клизмы, как это указано выше.

Терапия очень длительная, так как должна проводиться настойчиво месяцами, кропотливая и даже надоедливая, но она стоит того: результаты получаются ободряющие, так как не только удается задержать развитие уменьшения трудоспособности больного, но и добиться рассасывания катаракты.

Но этим еще не исчерпывается весь арсенал средств, и в случае необходимости терапию можно еще форсировать: субконъюнктивными инъекциями поваренной соли, может быть, лимоннокислого натрия. Тема лечения катаракт еще вопрос молодой, и может быть нам в будущем удастся достигнуть еще больших результатов, если завоевания коллоидной химии шире проникнут в лечебную медицину. Мы пока еще пионеры; время покажет, чего можно будет добиться, прислушавшись к голосу молодой науки, сулящей так много для терапии.

XI. Общий взгляд на эписклерит и тенониты.

Переходя к воспалительным заболеваниям склеры и прилежащих к ней частей, к так называемым, эписклеритам, склеритам и тенонитам, мы должны отметить в расположении этих тканей одну интересную анатомическую особенность, о которой необходимо сказать несколько слов.

Если проанализировать двигательную способность глазного яблока, то нетрудно констатировать одно замечательное свойство: глазное яблоко с его теноновой капсулой составляет своеобразный шаровидный сустав, в котором первое играет роль суставной поверхности, а теноника капсулы представляет из себя суставную впадину, почти точно повторяя взаимоотношения тазобедренного сустава. Продолжая аналогию дальше, мы должны эписклеральной ткани, а также рыхлой соединительной, заполняющей предпологавшееся равнине¹⁾ теноника простирается, отвести роль синовиальной оболочки сустава.

О такой роли глазного яблока, как истинного сустава, мы находим заглянув уже в старой литературе со стороны авторитетных ученых, как офтальмологов—*Ph. Panas*, так и анатомов—*П. Ф. Лесгафт*. Но до последнего времени такая точка зрения мало привлекала внимание врачей.

Среди же этиологических моментов, вызывающих заболевания суставов, имеется определенное количество излюбленных факторов, которые чаще всего и служат причиной различного рода артритов. Если мы теперь согласимся с тем, что приведенным толкованием анатомических соотношений, то несомненно должны будем допустить и полную вероятность совпадения тех же самых этиологических моментов и для органа в его целом, что уже *a priori* дает нам возможность разобраться в причинах болезни.

Среди артритов, как это мы теперь прекрасно знаем, видную роль играют следующие болезни: ревматизм, подагра, сифилис, туберкулез, острые инфекционные болезни и сравнительно мало выясненные отклонения от нормы в функциях эндокринных желез. Но прежде, чем идти дальше, мы условимся

¹⁾ До работы *С. В. Левицкого*—«Теноника капсула, ее анатомия и патология». Одесса. Дисс. 1910.

в терминологии. В тех случаях, когда патологический процесс носит гнойный, острый характер и поражает синовиальную оболочку нашего сустава—рыхлую соединительную ткань, мы говорим об эписклерите. Если процесс проникает глубже, захватывая и суставную поверхность самой склеры, с распространением на прилежащие части роговой оболочки и даже глубокие среды, мы говорим о склерите. При диффузных же поражениях синовиальной оболочки, сопровождающихся серозными выпотами или гнойными поражениями, как ее самой, так отчасти и прилежащей клетчатки, мы говорим о серозном или гнойном теноните.

Если мы теперь от априорных суждений перейдем к наблюдениям над жизнью, то увидим, что указанные причины действительно имеют здесь свое место.

Эписклерит и склерит.

Диагностические, этиологические и терапевтические замечания.—

Подагро-ревматическая этиология разбираемого заболевания не подлежит сомнению, их достаточно часто удается констатировать на практике и вполне достаточно ссылок на них в учебниках. Но я только не могу согласиться с определенной тенденцией — видеть в подагре и ревматизме исключительное право вызывать эти болезни, что не соответствовало бы как нашим анатомическим взглядам на страдания суставов, так и наблюдениям из практики. Не менее частым фактором является *сифилис*, и ему должна быть отведена соответствующая роль. Если же до сих пор за ним не признавалось такого значения, то только в силу общей участи многих сифилитических проявлений, в течение долгого времени сходить за другие болезни. И в этом направлении, конечно, можно было бы привести не мало интересных историй болезни из всех областей медицины. Часто ли, вообще, напр., правильно диагностируются несомненные сифилитические артриты?

И личным опытом должен подтвердить, что сифилитическая этиология эписклеритов и склеритов,—одна из очень частых причин, может быть даже более частая, чем подагра. Для того, чтобы сифилитическая этиология чаще выявлялась, необходимо научиться чаще думать о сифилисе и уметь его искать. *«La Syphilis est une maladie, qu'il faut savoir chercher»*,—говорит *Sergent*, но и этого еще мало по нашему разумению; необходимо не только *savoir chercher*, но также и *vouloir chercher*. Таким образом, сифилису и подагре с ревматизмом мы должны отвести самую главную роль. Следующая причина уже более редка—*malaria*. Что же касается туберкулеза, то его участие следует считать очень редким, я по крайней мере не видел ни одного такого случая в своей практике.

И все-таки, хотя и очень редко, встречаются эписклериты и склериты, которые не под одну описанную этиологию не подходят, где сифилис, напр., был исключен исследованием спинномозговой жидкости, и в таких случаях приходится, вероятно, искать причины в железах внутренней секреции.

При всякого рода эписклерите, а тем более склерите, особенно, при ссылок на хронический ревматизм, необходимо подумать о возможности сифилитической этиологии. Подробный анамнез, главным образом, семейный, с его побочными доказательствами, подробный осмотр всего больного с обращением внимания на крайнюю периферию глазного дна здорового и больного глаза, могут дать очень много для диагноза. Присутствие *choroiditis anterior* сильно облегчает диагноз сифилитической этиологии. Конечно, очень важно произвести и *WR*. Но даже и при *WR* (—) крови, но при наличии *choroiditis anterior* нужно испробовать провести специфическое лечение, ибо

этот признак имеет почти патогномоническое значение, если его находят не у очень старых субъектов, когда он может оказаться следствием старческой дегенерации глазного дна.

В проявлениях болезни также можно подметить некоторые черты, свойственные специфической этиологии. Так, расположение узлов далеко от роговицы ближе к экватору говорит скорее всего за сифилис или за туберкулез. Отсутствие болезненности или слабо выраженная болезненность должны возбудить очень сильное подозрение на сифилитическую этиологию, так как сифилитические эписклериты, как и другие дуэтические проявления, не болезненны.

Интерmittирующий характер болей, обострений и затиханий процесса, особенно при существовании болезненной точки при надавливании на область *h. supraorbitalis* одной и обеих сторон, должен возбудить подозрение на малярию и с обязательным исследованием крови не только на плазмодии, но также и для определения ее морфологического состава: значительная лейкопения при повышении моноцитов сверх 10% говорит за скрыто протекающую малярию даже и без увеличения v^o и селезенки.

Из общих же терапевтических указаний следует обратить внимание на своего рода экзотичность этих больных, на их повышенную реактивность во всякого рода раздражающим процедурам. Поэтому, напр., назначение излюбленной желтой мази в этих случаях не только, вообще, бесполезно, хотя трудно встретить эписклеритика без такого назначения, но и вредно. Больные ее не переносят, для них это слишком сильный раздражитель, что, к сожалению, почти никогда не принимается во внимание. Кроме того, я должен предупредить молодых врачей от бессмысленного назначения атропина. Для чего он нам? В нем не только нет никакой надобности, но, как совершенно справедливо отмечают проф. *Terrien* и *В. П. Калашников* (Вестн. Оф. 1913, № 5), „*атропин вообще плохо переносится при эписклеритах*“.

Терапия.—При рассмотрении показаний мы прежде всего должны отметить всю важность этиологической терапии. При *lues'e*, малярии и ревматизме, а также туберкулезе, она не встретит затруднения. Поэтому мы вкратце остановимся на антиподагрическом лечении. Конечно, целесообразнее проводить его совместно с терапевтом.

На первом плане необходимо наладить подходящую диету. Самой подходящей в этих случаях является беспურიновая: молочно-вегетарианская с воздержанием от мясных блюд и супов. Из медикаментов же, предложенных для растворения и выведения мочевой кислоты, наибольшей силой обладает *атофан*, продающийся в оригинальной упаковке. Назначение его имеет своеобразные особенности. Выведение мочевой кислоты под влиянием атофана быстро повышается, доходит до максимума и быстро падает. Поэтому необходимы интерmittирующие дозы с перерывами. Мы назначаем его в течение 4-х дней подряд с 3-мя последующими днями отдыха, т. е. в течение каждой недели больной 4 дня принимает, а пятницу, субботу и воскресенье отдыхает от приемов. В зависимости от тяжести случая дают по 3—6 таблеток в день (*0,5 каждая*), распределив их на 3 приема. Каждый прием записывается $\frac{1}{2}$ —1 стаканом воды или *боржома*.

Остальные препараты, как: пиперазин, литий действуют слабее атофана. Спиртные напитки, само собой разумеется, строжайше запрещены.

Местная терапия должна удовлетворять следующим показаниям:

- 1) сколь возможной иммобилизацией глаза, дать покой органу, чтобы излишние движения не раздражали суставной поверхности;
- 2) ускорить ток жидкостей в глазу и усилить питание оболочек, т. е. понизить внутриглазное давление.—облегчить покров питательных материалов;

3) ускорить рассасывание патологических продуктов, что отчасти уже выполнит предыдущее показание, ибо уменьшение сдавления тканей должно повысить всасывание.

Удовлетворение первого показания нетрудно соединить с третьим назначением согревающего компресса раза 3—4 в день. В случаях, где согревающий компресс будет раздражать больного и плохо им переноситься, придется заменить его горячими примочками, припарками и т. п. Но тогда уже полевому придется пренебречь выполнением первого показания. Второе показание осуществляется назначением пилокарпиновой мази, 3 раза в день (*rec. № 86*). Атропин в этих случаях переносится плохо, да и показания к нему не совпадают с показаниями при эписклеритах. Он повышает, а не понижает внутриглазное давление.

Рр. Pilocarpini muriat. 0,05
Vasellini puri americ. 4,0
Lanolini 1,0
M. f. Ung. d. ad tub. metall.
S. 3 р. в л. за веки (*86*).

В виду повышенной чувствительности глаз этого рода больных *dionin* — это прекрасное рассасывающее — противовоспалительное — противоотечное средство в остром периоде болезни, как фактор раздражающий. В более поздних стадиях болезни, когда все воспалительные явления уже значительно стихли,

можно прибегнуть к его помощи.

При обильной сыпи, при значительной гиперемии глаза и вообще при очень остром и бурном течении болезни могут появиться показания для применения отлегающего метода лечения. В этих случаях большую пользу окажет приставление пиявок на висок: 3—4 живых или Гертлю.

Само собой разумеется, что при осложнении иритом, пилокарпин придется отменить и перейти на терапию данного осложнения. (См. соотв. главу).

Так как заболевание при некоторых своих формах сопровождается значительными болями, то, конечно, может появиться необходимость удовлетворить и этому симптоматическому показанию в виде назначения болеутоляющих средств (*rec. № 78 и № 79*).

Поскольку склерит или эписклерит есть всегда результат общего заболевания, то можно выставить еще одно показание: поднять ферментативные процессы организма и таким путем облегчить выздоровление. Этому показанию удовлетворит *иротсиновая терапия*, которая в этих случаях иногда оказывает очень хорошее действие.

Серозный и гнойный тенонит.

Начало болезни часто характеризуется появлением более в глубине орбиты, сопровождающихся чувством напряженности. Для черз 2, а то и без всяких предвестников, подкляется отек слизистой яблока и век. Хемоз может достигать таких размеров, что слизистая вываливается в виде пузыря из конъюнктивального мешка и может ущемиться между двумя веками. (Не омертвевая при этом, однако). Глазное яблоко выпячивается вперед — прямой экзофтальм вследствие отека позадилежащих частей. Вследствие давления отекающих тканей сади на склеру и укорочения передне-задней оси глаза может развиться временная гиперметропия.

Очень редко может появиться ptosis или diplopia

При гнойном теноните сюда присоединяется воспалительная гиперемия слизистой яблока с более резко выраженным гнездым отеком. Гнойное содержимое несколько позже прорывается наружу над местом прикрепления к яблоку одной из прямых мышц, но может прорваться и в другом месте, а также и через кожу век. Выходных отверстий может быть и несколько.

Из общих симптомов на первом месте следует поставить боли, иногда очень резкие, повышение температуры до 40°, сопровождающееся возбужденным состоянием, бессонницей и рвотой.

Из осложнений важно отметить: инфильтраты роговицы, воспаление радужки, прободение склеры, отслойку сетчатки, атрофию зрительного нерва и глазного яблока.

Продолжительность болезни колеблется между 3—5 днями и 3—4 неделями, с склонностью в некоторых случаях к рецидивам.

Предсказание довольно серьезное, так как потеря зрения в результате болезни отмечается при серозной форме в 8%, а при гнойной в 23%. Указанные осложнения сравнительно не часты и появление их в начале заболевания сильно ухудшает прогноз.

Этиологическими причинами серозных тенонитов служат: ревматизм (30%), инфлюэнца, подагра, лихорадочные заболевания, эпидемический паратиф, орхит, скарлатина. При гнойных формах:—инфлюэнца (17%), травмы, дифтерия, скарлатина, краснуха, кариозные зубы, уретриты, дакриодистит.

Терапия.— Во всей картине болезни на первый план выдвигаются явления отека, вследствие нарушения условий правильной циркуляции крови, и выработка показаний не может встретить больших затруднений.

Мы должны:

- 1) улучшить условия циркуляции крови,
- 2) применить этиологическую терапию, где это можно,
- 3) уничтожить отек,
- 4) дать сток гною, если это гнойн. тенонит.

1) Первое показание нетрудно удовлетворить назначением согревающего компресса, облегчающего отток крови из тканей. Состав компрессионной жидкости имеет мало значения, мы обыкновенно пользуемся раствором цинкистой ртути (*res.* № 8). При очень бурном течении можно присоединить сюда еще и отвлекающее действие циявок на висок.

2) Если этиологическим моментом служит ревматизм или инфлюэнца, назначение салициловых препаратов, как аспирина, салиц. натр, вполне целесообразно.

3) В случаях гнойного тенонита показано раннее вскрытие гнойника.

Третьему показанию удовлетворит назначение *хлористого кальция по 3,0—5,0 в день.*

Rp. Calcii chlorati cristall.	12,0	Для демонстративности я позволю
Aq. destillatae	200,0	себе привести краткое описание одного
MDS. 4—5 раз в день (87).		случая.

Дело касается пациентки — карлицы 35 лет, заболевшей двусторонним серозным тенонитом тотчас же вслед за перенесенной инфлюэнцей. Отек век и хемоз были очень резко выражены, боли интенсивны, из-за них больная две последние ночи провела без сна, температура слегка повышена. Ей был назначен хлористый кальций без компресса по 4,0 в день. После первых же трех ложек (3,0) отек и боли стали значительно менее резкими и она хорошо уснула, а через трое суток была совершенно здорова.

Это был третий приступ тенонита, первые два без хл. кальция тянулись по 3 недели каждый. Таким образом и здесь применение *теории Фишера сыграло спасительную роль.*

Все осложнения лечатся по общим правилам.

Добавлю еще, что двустороннее заболевание наблюдается при серозной форме в 15%, а при гнойной—в 8%.

ХП. Болезни сетчатой оболочки.

1. Ретиниты.

Всякий ретинит не является самостоятельным заболеванием, а служит только одним из звеньев в целом ряде других симптомов той или иной болезни. Такой взгляд на воспаление сетчатки может служить некоторым утешением для офтальмолога при борьбе с этим тяжелым недугом, типичным показателем полного истощения приспособительных сил организма.

Диагностические замечания.—Этиология ретинитов достаточно разнообразна, картина же глазного дна, наоборот, очень однообразна и редко дает основание для дифференциального распознавания. За основу нашего рассуждения мы возьмем хорошо знакомую картину *neuro-retinitis albuminurica* с ее звездообразной фигурой в области желтого пятна.

При диабете иногда можно констатировать некоторые особенности: вместо «звезды» мы встречаемся с маленькими, блестящими, беловатого цвета пятнышками, окаймленными зубчатыми краями с мелкими кровозлияниями между ними. Локализуются они чаще вокруг зрительного нерва, но также и в области желтой ямки. Несколько позже они могут превратиться в большие пятна или принять форму различных полос. Но самое главное, что типично для диабетических форм,—это отсутствие язвений со стороны соска зрительного нерва.

Локализация белых пятнышек вокруг соска зр. нерва встречается и при *сифилисе*, но при нем обращает на себя внимание *обилие земоррагий*. Эту же этиологию следует признать и в тех случаях, когда в периферических частях глазного дна удается отыскать отдельные хороидальные очаги с размытым пигментом, напоминающие цвет чайной розы, а также пигментные пятна или небольшое количество мелких черных глыбок пигмента около кровеносных сосудов. Типичны также и серо-аспидного цвета выпуклые фокусы, неправильно треугольной или веретенообразной формы, окаймленные более темной рамкой просвечивающего пигмента. Этот *choroiditis anterior* легко ускользает от внимания врача, уже удовлетворенного находжением альбуминурического ретинита.

Поэтому тщательные поиски на самой крайней периферии глазного дна, на излюбленных местах переднего хоридита, настоятельно необходимы. Тем более, что такая находка имеет огромное значение для пациента, резко повышая его шансы на выздоровление. Если на других местах глазного дна мы видим круглые, обесцвеченные фокусы с уменьшенным количеством хороидального пигмента или белые бляшки в большей или меньшей степени пигментированные, то также должны подумать о сифилисе. *Вообще участие сосудистой оболочки при альбуминурическом или диабетическом ретините всегда требует очень тщательных и настоятельных поисков сифилитической инфекции организма.* И, конечно, в подобных случаях непозволительно ограничиваться констатированием отрицательной WR крови. Как общее правило, отрицательная WR не дает никаких указаний—это только симптом и не более, как симптом, который не всегда присутствует даже в случаях несомненного луса. Нахождение стигматов врожденного сифилиса может иметь огромное значение в этих случаях, а, следовательно, внимательным осмотром больного необходимо убедиться: нет ли у него типичных дистрофий костей, зубов, строения черепа и т. д. При отрицательном результате поисков следует обратиться к провокации WR по *Millian-Gemmerich'y*. При неудаче с провокацией, но при подозрении на врожденный сифилис, следует осмо-

треть братьев и сестер больного для обнаружения у них стигматов, с обращением особого внимания на их глазное дно. Большое значение имеет также выяснение и семейного анамнеза — аборт, мертворождения, большая смертность братьев и сестер или сыновей и дочерей в раннем детстве, особенно при явлениях судорожных припадков.

При неудаче всех этих поисков необходимо исследовать состояние спинномозговой жидкости (WR, подсчет лейкоцитов в 1 куб. мм, реакции *Pandy*, *Nonne-Apert*). Но и спинномозговая жидкость иногда может скрыть истинную причину болезни. Нередки также и случаи, когда больные, недавно только закончившие курс специфического лечения, и даже продолжающие лечиться у другого врача, упорно отрицают эту этиологию, сознательно вводя врача в заблуждение. Недавний же курс лечения может временно извратить результаты исследования. И если у меня остается все же подозрение на сифилис (а оно будет всякий раз при нахождении вышеуказанных признаков и особенно при переднем хорондите), я не останавливаюсь перед последней попыткой и провожу основательный курс *ex juvantibus*.

Если я так много времени уделил диагностике луса, то сделал это вполне сознательно, так как многократно убеждался, как часто и сколь несомненно отрицается сифилитическая этиология в случаях несомненного сифилиса.

Общая терапия.—В ряде различных показаний, представляемых этиологическими моментами, можно выделить нечто общее для всех ретинитов.

Как известно, сущность воспаления сетчатки сводится к увеличению жидкости в ее ткани, к отечному пропитыванию ее слоев. Такая характеристика процесса выдвигает и определенные показания, установка которых сама собой ясна на основании всего предыдущего курса:

1) рассасывающая терапия: сухоговоздушные ванны, салицилово-подитые препараты, ртуть;

2) противоотечная терапия: хлористый кальций и солевые клизмы;

3) уменьшение кровенаполнения при значительной гиперемии: пиявка Герглю или живые на висок—в этой области находятся истоки глазничных вен и уменьшение здесь кровенаполнения влечет к оттоку крови и от сетчатки;

4) уменьшение функции заболевшего органа—лечение покоем. Всякое более или менее значительное световое раздражение сетчатки ведет в ней к увеличению экссудата и при этом даже в условиях физиологического опыта, а тем более при патологических условиях, следовательно, стремление защитить сетчатку от излишнего свето-озарения вполне понятно. Напомню общеизвестный факт: сетчатки животных, погибших на свету, более отечны, чем у контрольных, находившихся перед смертью в темноте. Очень возможно, что под влиянием света в сетчатке образуются кислотные субстанции, которые и ведут к отеку (см. теор. Фишера).

Но создавать для этого рода больных темные камеры, с плотно завешанными окнами, нет никаких научных оснований, такая мрачная жизнь сильно угнетает их психику,—делает их мучениками, а кроме того она и опасна. Сетчатка, отвыкшая от действия на нее света, становится чрезвычайно впечатлительной ко всякому случайно упавшему на нее световому лучу, что, конечно, нежелательно. С этой же точки зрения—щажения органа—совершенно *недопустимо и излюбленное назначение атропина*, ибо он, расширяя зрачки, увеличивает озаряемость сетчатки. Наоборот, в случаях с повышенной чувствительностью глаз к свету очень желательно назначение пилокарпина раза 3 в день в виде капель из 1% раствора. Лучшей мерой для щажения сетчатки является назначение желто-зеленых консервов средней

окраски (III, с). Они легко переносятся больными, не ухудшают остроты зрения, в меру ограничивая доступ солнечных лучей в полость глаза.

Этиологические заметки.—Этиологическая терапия при ретинитах крайне затруднительна в виду особенностей причин болезни, и вытекающих из них предсказаний.

1) На первом месте придется поставить ретинит при заболеваниях почек, при диабете и лейкемии. Предсказание здесь мрачно даже и в отношении жизни. Альбуминурический ретинит, как известно, не наблюдается при нефрозах (классификация *Volhard'a*, *Fahr'a* и *Явейна*) и является печальной принадлежностью нефритов. Но и здесь бывает только при тяжело протекающих подострых нефрозо-нефритах, сопровождающихся припадками экламптической уремии. Чаще встречается при хронических нефритах и еще чаще при хрон. нефрозо-нефритах в периоде расстройства функциональной компенсации, когда резко падает выделительная способность почек, т. е. при являющихся азотемической уремии. Иначе говоря, сопутствует только поздним периодам болезни почек, когда в организме произошли уже непоправимые изменения.

Правда, редкие больные бывают в состоянии бороться с разрушением организма 1—2 года, но обычно все симптомы отравления очень быстро нарастают и заканчиваются смертельным исходом в течение 3—6 месяцев после офтальмологической находки.

Не менее печальны наши ожидания и при гипертонии. Нахождение при ней альбумин. ретинита имеет большое диагностическое или вернее прогностическое значение, так как знаменует собой присоединение нефрита к гипертонии, т. е. переход ее в злокачественную форму, от которой больные погибают через 3—6 месяцев, редко переживая 2 года. На долю офтальмолога, следовательно, выпадает тяжелая роль: выносить смертный приговор своим пациентам.

Альбуминурический ретинит при гипертонии устанавливает злокачественную гипертонию даже в то время, когда со стороны почек нельзя отыскать никаких отклонений от нормы. Тем более ценно в этих случаях определить даже небольшое повышение кровяного давления. К этим 2-м признакам: ретиниту и кровяному давлению, вскоре присоединяются и явления нефрита.

При доброкачественной же гипертонии артерии глазного дна могут быть сужены, вены широки и извиты, может появиться склероз сосудов, кровоизлияния в сетчатку, глаукома, но альбуминурический ретинит развивается только при злокачественной гипертонии.

2) Второе место в ряде этиологических причин принадлежит сифлису. Конечно, в этих случаях необходима специфическая терапия, которая может дать полное выздоровление. Лечение только комбинированное: иодом, ртутью и неосальварсаном, с предварительной подготовкой больного иодом и ртутью в течение двух недель до первого вливания неосальварсана. (Подробн. см. введение).

На практике встречаются комбинационные случаи альбуминурического ретинита с нефритом или нефрозо-нефритом, где анамнез указывает на перенесенный сифилис. Многие врачи в этих случаях считают специфическое лечение противопоказанным, но с подобным толкованием нельзя согласиться. Сифилис может создать все формы поражения почек и не только может, но эти поражения устанавливаются в 25% всех аутопсий сифилитиков (*Карносов*). С почками повторяется обычная история: он более част, на вскрытии, чем в клинике, так как клиника не всегда достаточно внимательно его ищет, как заявляет об этом проф. *E. Gaucher*. Следовательно, шансы на то, что оба заболевания, как ретинит, так и нефрит, в основе своей имеют ту же, очень велики, а при таком положении мы не имеем права отказывать больному

в специфической терапии, тем более, что ртуть в терапевтических дозах не может причинить вреда почкам (Gauscher, Fournier). Мы не имеем права отказывать еще и потому, что сифилис является единственной надеждой на спасение. Конечно, необходим зоркий надзор за больным и известная осторожность в проведении терапии, но осторожность не равнозначна с отказом от терапии.

При всякой другой этиологии ретинита мы бессильны принести большую пользу больному. Остается в нашем распоряжении общее лечение ретинита согласно вышеуказанным показаниям.

Из препаратов ртути группы для общего рассасывающего лечения удобнее всего втирания ртутного мыла (см. выше). При специфическом же лечении употребляются растворимые препараты как быстро выводимые из организма.

Ожог сетчатки.—Близко к ретинитам примыкают ожоги сетчатки, которые могут быть ограниченными или занимать большую поверхность сетчатки, с последующей, после рассасывания экссудата, атрофией нервной оболочки. В эту рубрику входят случаи ожога при наблюдении солнечного затмения, действие Вольтовой дуги при сварке металлов без защищающих стекол, кинематографические представления и т. п. В первое время здесь преобладают явления отека, а следовательно, будет показана рассасывающая и солевая терапия (ванны, хл. кальций и т. п.).

О последней причине следует сказать несколько слов. Наиболее опасны ближайшие места к экрану во время демонстрирования картин из жизни полударных стран, изобилующих ярко освещенными, блестящими, белыми поверхностями. Частое посещение кинематографа, связанное с близким придвижением к экрану, плохо влияет на сетчатку, вызывая астенопические явления, известно многим врачам, но указания на то, что неразумное пользование таким развлечением может вызвать серьезные повреждения, мне нигде встречать не приходилось. А между тем пришлось видеть один такой случай, почему я считаю долгом предупредить о такой возможности.

2. Отслойка сетчатки.

Терапия данного заболевания в достаточной степени безнадежна, выздоровление не превышает нескольких процентов. Терапевтических предложений было очень и очень много. Но ни иглпунктура, ни склеротомия с выпусканьем экссудата, ни впрыскивание крошечного стекловидного тела, ни тугое битопание глаза с длительным лежанием на спине, ничто не дает результатов. Установить показание для терапии, конечно, нетрудно, здесь предостаточно рассасывающие процедуры, но эффект всегда плох. Из рассасывающей терапии применимы: 1) суховоздушные ванны, 2) дионин в крепкой мази 3—5%, 3) субконъюнктивальные инъекции поваренной соли высокой концентрации, начиная с 5% до 20%, сколь можно ближе к месту отслойки; невозможно направляется перенести сюда и показания, вытекающие из теории Фишера, в виде приема внутрь хлористого кальция; 4) увеличенное введение солей с пищей и клизмами и 5) замена впрыскиваний поваренной соли 4% — 5% раствором лимоннокислого натрия, хотя они очень болезненны.

Конечно, если отслойка вызвана сифилисом, своевременное специальное лечение может дать многое. Лечение опухолей и экзидиокока может быть только хирургическое.

3. Пигментная атрофия сетчатки, или так называемый *retinitis pigmentosa*.

С давних времен принято считать в качестве этиологического момента при пигментном ретините кровное родство—браки между близкими родственниками, и эта легенда твердо обосновалась в офтальмологии.

Мы не разделяем такого допущения, однако предположим, что старые авторы правы, и кровное родство действительно является этиологическим фактором. Что из этого следует? Ответ прост: пигментная атрофия сетчатки должна стать национальной, расовой особенностью тех народов, где родственные браки наиболее распространены, но она не должна встречаться у народов, у которых отсутствует этот момент.

У караймов, где родственные браки и кровосмешение является своего рода закономерностью, где редкий карайм имеет возможность установить отсутствие родственной связи с другим, совершенно незнакомым ему, субъектом и где почти все жены и мужья между собой двоюродные братья или сестры, пигментный ретинит отсутствует. С другой же стороны *Machanara* вполне определенно заявляет, что он очень распространен среди индусов в Индии, т. е. именно среди народа, у которого даже браки дальних родственников не только строго запрещены религиозным культом, но это запрещение и очень строго проводится в жизнь.

Такие резкие противоречия не могут способствовать укреплению теории. Святая же вера в непогрешимость теории принесла очень много вреда, парализовав терапевтические попытки. Легко предположить существование легенды там, где есть хоть какие-либо факты для ее оправдания, а вместе с тем нет никакой возможности указать какую-либо иную этиологию.

У пигментного же ретинита имеется вполне определенная, вполне обоснованная этиология, дающая в руки врача и вполне определенные показания для терапии. Я имею в виду врожденный сифилис. Кровосмешение могло лишь аккумулировать двусторонность инфекции и с таким толкованием кровного родства, как конденсатором сифилиса, согласиться можно.

Сифилис глазного дна еще и в наше время обыкновенно просматривается даже и очень опытными специалистами: на него не принято обращать внимания, его не привыкли искать русские врачи, в то время как именно глазные признаки лусса принадлежат к наиболее распространенным, и распространенным даже в большей степени, чем изменение скелета. В русской литературе этот вопрос новый, почти не затронутый и потому таким парадоксом звучит сама мысль связывать пигментный ретинит с врожденным сифилисом. А между тем это единственно правильная точка зрения, и на ней мне придется остановиться сравнительно подробно, уделив предварительно несколько слов травме, фактору, правда, очень редкому, но все же вполне реальному.

Во время германской войны мне пришлось наблюдать 3-х раненых в области соседние с глазом, у которых через 17, 35 и 44 дня после травмы развилась типичная картина пигментного ретинита. При первоначально, как и при повторных осмотрах глазного дна ничего патологического установить не удавалось, не было даже кровоизлияний в оболочках глаза, и только позже и постепенно развивалась и развертывалась перед моими глазами картина пигментного ретинита на дотле здоровых местах глазного дна. К ним следует присоединить еще и 4-й случай, демонстрированный доктором *Ульяновым* в конце 1914 года в Минском О-ве врачей. Что такие случаи возможны под влиянием травмы было отмечено уже 40 лет тому назад *De Lapersonne*, и о них упоминает *Terrien* в своем руководстве по сифилису глаза. При-

водит одно наблюдение и *Е. В. Адамюк*: у студента ветеринарного института после удара по глазу во время охоты через 6 недель развился пигментный ретинит.

Таким образом травма, хотя и очень редко, может явиться вполне реальной причиной пигментного ретинита. Для объяснения связи между этой причиной и следствием нам придется вспомнить давно знакомые факты из патологической анатомии. Уже в 1871 году *Berlin* получал выделение пигмента в сетчатку после перерезки зрительного нерва. Однако, при кровоизлияниях в зрительный нерв пигментного ретинита не получается, следовательно, одного выключения функции зрительного нерва еще недостаточно, чтобы вызвать данное заболевание, а, вероятно, необходимо повреждение цилиарных нервов и сосудов. Справедливость такого предположения и была доказана в 1890 году *Wagenman*'ом, которому удалось путем повреждения приводящих сосудов *chorioideae*, резко нарушающего питание этой оболочки, получить экспериментальную картину пигментного ретинита. Эти исследования выдвинули на первый план значение изменений в сосудистой оболочке.

Перехода теперь к главному этиологическому моменту, разберем в первую очередь сопутствующие симптомы. Как правило пигментный ретинит сопровождается *гемералопией*, но она не может считаться патогномическим признаком, так как встречается во всей группе родственных заболеваний глазного дна. Уже *Hutchinson* обратил внимание на частоту совпадений этого симптома в семьях с большою детскою смертностью, которую с давних времен принято связывать с сифилисом. *E. Fournier* подчеркивает со своей стороны «очень частое совпадение этого симптома с другими расстройствами и дистрофиями, которые создают обычную вереницу врожденного сифилиса». Но это еще более примечательно в этих случаях, это то, что гемералопия является эпифеноменом целого ряда страданий глазного дна, характерных для врожденного дуэса — рудиментарных офтальмоскопических стигматов, которые так часто просматриваются врачами, потому что мало изучаются ими. Таким образом, присутствие постоянной симптоматической гемералопии является своего рода перетом, указывающим на сифилис.

Старые авторы, протоколируя свои наблюдения, указывают на существование плохо понимаемой ими связи пигментного ретинита с целым рядом других патологических явлений: менингитом, опилецией, нистагмом, глухонемой, лишними пальцами на конечностях и т. п.

Последовательности ради нам придется каждому из этих совпадений посвятить несколько строк.

1) О менингите *A. Fournier* говорит очень определенно: «мне слишком много приходилось встречать таких случаев в моей практике, чтобы у меня оставалось на этот счет какое-либо сомнение». *O. Neubner* в своей монографии о сифилисе у детей говорит то же самое. Но эти заявления сделаны 30 лет тому назад и кому-либо могут показаться устаревшими, поэтому я позволю себе привести одну выдержку из новейшей литературы. «Мне пришлось обратить внимание, — говорит *Н. Краинский*, — на многие случаи детского менингита, которые протекали клинически под формой туберкулезного, и по существу оказались сифилитическими, поддающимися лечению сальварсаном. Вообще пришлось пересмотреть в невропатологии и психиатрии материалы и со времени новых открытий признать, что роль сифилиса в заболеваниях нервной системы во много раз превосходит самые смелые предположения прежних клиницистов». Таким образом, выяснившаяся связь между менингитом и дуэсом у детей бросает известную тень и на пигментный ретинит.

2) Комбинация с энцефалией точно так же направляет нашу мысль в сторону сифилиса, так как опять приводится в связь болезнь, которая всегда вынуждает нас искать сифилис (*Erlenmeyer* и др.). Говорю «искать» потому, что чуть ли не каждый день приходится убеждаться в справедливости слов *Sergent*: „*syphilis est une maladie, qu'il faut savoir chercher*“, и вот это отсутствие умения искать сифилис и ведет к тому, что не мало врачей проходят мимо безусловных сифилитиков, даже и не подозревая этого. А искать приходится очень внимательно и подчас очень упорно и настойчиво тем более, что, как вполне справедливо утверждает *H. A. Вельяминов*, «в интеллигентных слоях общества бывшую инфекцию чаще сознательно скрывают, чем о ней не знают, хотя последнее встречается даже между самими образованными людьми и—horribile dictu—даже между врачами».

3) Нистагм давно значится в числе стигматов врожденного дуза (*Antonelli, Fournier*).

4) О глухоноте я не стану упоминать, это очень редкое совпадение, однако и она также указывает на ту же этиологию. И наконец — лишние пальцы... Здесь я сослался только на авторитет *Fournier* и *Тарновского*, устанавливающих ту же связь с врожденным сифилисом.

Итак, при первом же обсуждении только сопутствующих заболеваний, нам приходится сталкиваться с определенным указанием, составляющим довольно яркий букет впечатлений. Лучшего подбора фактов не мог бы привести для защиты нашего положения и самый ярый сторонник сифилитической этиологии пигментного ретинита. А ведь вся эта серия фактов указана сторонниками кровосмесительной теории еще в то время, когда врожденный сифилис был очень плохо изучен, а, следовательно, когда оценить по заслугам эти факты они даже и не могли.

Уже давно на этой связи настаивал *Galezowsky*, высказывались также и другие авторы, среди них назову *Antonelli*, этого большого знатока сифилиса глаза, *Fournier*, авторитет которого стоит вне всяких сомнений и т. д., и, однако, эта мысль пока очень туго проникает во врачебное сознание. Не будем, однако, долго останавливаться на авторитетных заявлениях и продолжим наш разбор. Перейдем к клинике и патологической анатомии.

Клиническая картина определенно указывает на близкое родство пигментного ретинита с целой группой заболеваний глазного дна, сифилитическая природа которых не подлежит сомнению. Еще *Leber*, описывая *chorioretinitis externa*, указал, что здесь не всегда можно провести резкую пограничную черту между *retinitis pigmentosa* и *chorioretinitis disseminata*. В одних случаях изменения говорят скорее за один процесс, в других за другой. Такая родственность имеет для нас огромное значение, так как сифилис составляет самую частую причину десиминированного хориоретинита, чем накладывает тень и на своего ближайшего родственника, и это тем более, что иная этиология этой болезни чрезвычайно редка. Но можно привести и еще более убедительный документ. Существует разновидность пигментного ретинита, которая клинически отличается от него несущественными чертами: пигментация представляется здесь в виде мелких зернышек, вперемешку с очень мелкими беловатыми крапинками: «дно как бы посыпано перцем и солью». Эта разновидность и в учебниках трактуется, как зависящая от врожденного сифилиса.

На этом примере мы сталкиваемся с общим законом: как часто научная мысль, подходя вплотную к определенному явлению, как бы упрямыи сказать последнее слово. Проходят года и даже десятилетия, пока тонкая научнообразная завеса, окутывавшая то или другое явление, падает. И тогда становится непонятным, как столь долго могла скрываться истина за таким ненадежным покрывалом.

Вообще для сифилитических заболеваний глазного дна чрезвычайно типично выселение пигмента в сетчатку.

Так, кучки его, или даже отдельные глыбки, едва видимые точечные образования, составляют рудиментарные стигматы врожденного сифилиса. Для самой же типичной и наиболее ярко выраженной картины его пролинейный придумывается какое-то исключение, отделяют ее от группы своих аналогов, и только для того, чтобы навязать несуществующую зависимость от кровосмесительных браков. Конечно, и с таким изолированным положением пигментного ретинита мы могли бы согласиться, но для этого необходимы неопровержимые доказательства. Таких же доказательств нет, имеется только теория, пережиток старого времени, когда о сифилитических поражениях глазного дна и о врожденном сифилисе никто еще и не думал.

Если теперь, подходи к рассмотрению патологической анатомии, пожелаем дать характеристику процесса, то мы должны прежде всего отказаться от мысли найти воспалительный процесс, так как никаких воспалительных изменений при пигментном ретините не существует. Здесь происходит атрофия, склероз сетчатки вследствие периваскулита и эндартрита ее сосудов, где пигмент играет пассивную роль.

А всякий раз, когда нам приходится сталкиваться с поражениями мелких сосудов, особенно в молодом возрасте, наша мысль невольно начинает склоняться в сторону сифилиса. Уже в 1874 г., т. е. полвека тому назад, *Heubner* указал на избирательное средство сифилитического вируса к эндотелию сосудов мелкого калибра, что и было после него многократно проверено и отмечено многочисленными исследователями. Эта особенность прекрасно охарактеризована известным французским клиницистом *Huchard*'ом: *«la syphilis aime les artères»*. Кроме того, где так часто приходится встречаться со склеротическим поражением тканей, как не при том же дуэсе?

Словательно, и рассмотрение патологической анатомии пигментной атрофии сетчатки нас вновь приводит к той же самой этиологии.

И если патолого-анатомическая картина болезни легко понятна с точки зрения сифилитической этиологии, то она совершенно неясна при рассмотрении ее под углом кровосмешения. Почему у родственных браков такая суженная специализация — вызывать периваскулит и эндартериит только в оболочках глаза, не проявляясь больше нигде в организме? Как объяснить себе такое исключительное средство? В то время как для сифилиса такая наклонность составляет правило, его специфическую особенность.

Если же обратится к изменениям в сосудистой оболочке при этой болезни, то нас поражает одна своеобразная аналогия. — В ней констатируются изменения, свойственные старческому возрасту.

И снова такая черта характера только для одного заболевания: при врожденном дуэсе наблюдаются изменения дна, свойственные старости. Да и далеко не одного глазного дна, это общее явление. Стоит только вспомнить типичное лицо врожденного сифилитика, этого миниатюрного старика, чтобы и эта особенность изменений сосудистой оболочки, как частичное проявление общего закона, нашла себе правильное толкование и также заставила нас думать о сифилисе.

Переходя теперь к повседневной практике, я должен заметить, что с кровным родством за 24 года практики приходилось сталкиваться очень и очень редко, не более 2-х раз, при чем у одного из них одновременно были и кожные гуммы. Зато удавалось очень часто добывать интересные данные: указание на большую смертность детей в раннем возрасте при явлениях судорожного припадка, выкидыши (в семейном анамнезе) и т. п. В известном ряде случаев получалась и WR положительная.

Вся эта совокупность признаков создала у меня твердое убеждение в том, что пигментный ретинит является сифилитическим заболеванием.

Для последовательности изложения нам придется заглянуть еще и в область терапии. Здесь мы сталкиваемся с авторитетным заявлением *Е. В. Адамыка*: «имеется, пожалуй, средство, несколько задерживающее, повидимому, ход процесса и улучшающее питание непораженных частей сетчатки. Таким средством можно считать сублимат. В указанной пользе последнего мне самому приходилось убеждаться». Это не более и не менее как своеобразное доказательство пользы лечения *ex juvantibus*, и такая польза от специфической терапии стоит того, чтобы над ней призадуматься и не пугаться напрашивающегося вывода!

Следовательно, с какой бы стороны мы не подошли к пигментному ретиниту, всюду встречаем одно и то же — указание на сифилитическую природу болезни.

Прежде, чем закончить наше затяннувшееся этиологическое рассуждение, мы остановимся еще на некоторых характерных мелочах. Среди офтальмологов пользуется широкой популярностью один очень парадоксальный диагноз: *retinitis pigmentosa sine pigmento*. Кто не повторил этой странной комбинации слов? И как родилось такое представление? *R. p. s. p.* — это родовое понятие, обнимающее всю совокупность признаков или даже болезней, которые известны под общим названием рудиментарных стигматов глазного дна, характеризующих врожденный луэс. И в этот странный диагноз вмещается весь разнообразный по своему составу симптомокомплекс врожденного сифилиса глазного дна, и восстанавливается непрерывная связь между ними и пигментным ретинитом. И таким способом удается поместить п. ретинит в свою группу аналогов, в семью родственных и близких заболеваний.

Выше я начал свое обсуждение этиологии с значения травмы, и в этом смысле невольно опять напрашивается все та же связь.

Уже прошло около 50 лет, как *Тарновским* твердо установлена склонность травмы в пораженном сифилисом организме вызывать появление специфических процессов. И с этой точки зрения наличие такого элемента среди этиологических причин пигментного ретинита тоже очень показательна. Очень возможно, что для возникновения п. ретинита после травмы необходима предварительная сифилизация организма. Это вопрос будущего. Я пока на него не смею ответить; фронтальная обстановка не дала возможности использовать больных для научного изыска. Интересно пока лишь отметить, что и здесь имеется тень все того же луэса.

В связи с травматической этиологией возникает и еще интересный вопрос: всегда ли врожден п. ретинит? И не может ли он развиваться позже под влиянием какой-либо другой причины? Встречаются случаи очень позднего его возникновения, что невольно вселяет сомнение в его врожденности (исключительной), особенно если в детстве отсутствовала гемералопия и было хорошее зрение. Я не удивляюсь, если и здесь нужно будет ввести поправку. И в этом смысле было бы очень интересно проследить, не удастся ли установить некоторой связи с сыпным тифом? Эта мысль невольно напрашивается сама собой потому, что по исследованиям еще *Виноградова*, а в новейшее время *Давидовского* и т. д., сыпной тиф точно также отличается повышенным средством к мелким сосудам, как и сифилис. Может быть для этого потребуется комбинация сифилиса и сыпного тифа вместе. Но это всё вопросы будущего. А пока нужно твердо усвоить, что пигментный ретинит вызывается врожденным сифилисом, который следует, не только „*savoir chercher*“, но также еще и „*сavour chercher*“!

Терапия.—Показания к терапии в данном случае очень просты, они диктуются этиологией. Конечно, рассчитывать на то, что комбинационная терапия будет в состоянии регенерировать погибшие слои сетчатки, мы не можем. И нашей целью будет остановить процесс, и сохранить не атрофированные участки. Как и при всех сифилитических процессах, нам понадобится одновременное применение йода, ртути и неосальварсана и в больших дозах. Здесь немаловажно напрашивается аналогия с другим заболеванием на почве врожденного дуэса с паренхиматозным кератитом, при котором только большие дозы препаратов оказывают прекрасное действие в то время, как малые действуют плохо. Из препаратов ртути допустимы только растворимые препараты, как и при атрофии зрительного нерва и по тем же соображениям (см. ниже). При очень узком поле зрения, как и при плохом выкусе ртути противопоказана (см. атрофию зрительного нерва и меры предосторожности при ртутном лечении). Так как такие субъекты впервые подвергаются специфической терапии, то период подготовки к введению неосальварсана должен быть не менее двух недель. На практике для проведения такого лечения приходится встречаться с большими препятствиями в виде вышеуказанной теории родственных браков, которую так усиленно пропагандируют между больными врачи всех специальностей, почему и бывает трудно уговорить больных подвергнуться специфической терапии.

В далеко зашедших случаях, когда даже и от специфической терапии трудно ждать результатов, одновременно с нею приходится прибегать к оживлению процессов в оставшейся нервной ткани, действуя на нее стимулирующим образом стрихнином (см. атрофию зрительного нерва).

В частности для борьбы с гемералопией пригодно ртутное лечение внутренними приемами сулемы.

Rp. Hydrarg. bichlor. corrosiv. 0,2
Ext. et suc. Iiquiritiæ
q. s. ut f. pp. № 60.
S. 2 раза в день по 1 пилюле
после еды (SS).

Эти пилюли больные принимают годами, делая перерывы на 2—3 недели после каждых 2 месяцев лечения. Они значительно облегчают тяжелые симптомы гемералопии.

Примечание.—Иногда встречаемое заболевание *retinitis punctata albescens*, представляет из себя необязательную, начальную фазу пигментного ретинита.

4) Ретинальные кровоизлияния.

Этиология ретинальных кровоизлияний вполне удовлетворительно изложена в руководствах по офтальмологии, и я ограничусь перечислением этих моментов: гемофилия, артериосклероз, сифилис, травматические инсульты вообще и в частности сдавление грудной клетки, злокачественное малокровие, заражение глистами *botriocephalus latus* и *anchoylostoma duodenale* и, наконец, *malaria*.

Терапия.—Наши назначения прежде всего должны удовлетворить этиологическим показаниям. Чаще всего нам придется встречаться с артериосклерозом и сифилисом, что само собой и определяет нашу терапию в этих случаях. При *malaria* и глистной болезни этиологическая терапия также не встретит затруднений. При гемофилии, цинге и Вержлюфовой болезни уместно введение больших доз *антидифтерийной сыворотки* (см. подробнее при ишемической атрофии зрительного нерва).

Из общих показаний, одинаково применимых ко всем таким больным, на первый план должны быть выдвинуты два: 1) *воспрепятствовать новому кровотечению* и 2) *ускорить рассасывание излившейся крови*. Общим этим

показаниям может удовлетворить хлористый кальций. В случае надобности (сифилис, артериосклероз) его можно соединить в одну микстуру с иодом, 4—5 раз в день по одному грамму на прием в течение 2-х недель, с последующим уменьшением дневной дозы до 3,0—4,0.

Rp. Calcii chlorati crystalli. 12,0
Natrii iodati 5,0—8,0
Aq. destillatae 180,0
MDS. 4—5 раз в д. по стол.
ложке. (89).

Все наши уже хорошо известные процедуры, направленные для рассасывания всякого рода экссудатов, применимы и здесь; и в этом смысле будут иметь показания также и назначения дионина

и субконъюнктивальных инъекций.

В случае появления светобоязни и вообще повышенной чувствительности сетчатки к свету, при ее гиперестезии, что иногда наблюдается при кровоизлияниях, придется подумать о понижении ее возбудимости. Прекрасные услуги, в смысле удовлетворения этого показания, может принести назначение препаратов брома, этого общепризнанного *sedativum*. К приведенной микстуре из иода и кальция можно добавить еще 6,0 бромистого натра, что, кроме того, прекрасно отзывается и на общем нервном состоянии таких больных.

В практической жизни нередко приходится встречать у этого рода больных назначение атропина. Делается такое назначение бессознательно по какому-то старинному трафарету, без определенных показаний. Такая терапия, конечно, не может быть оправдана ни с какой точки зрения. Вследствие расширения зрачков увеличивается количество световых лучей, падающих на больной орган, еще более травмируется больная ткань. Кроме того, атропин может принести и еще больший вред: *вызвать острый припадок глаукомы*. Под влиянием кровоизлияний расстраивается кровообращение, следовательно, в основе патогенеза заболевания имеются причины для скопления угольной кислоты, что, как это мы видели выше, может стать причиной глаукоматозного приступа. И действительно при кровоизлияниях внутри глаза наклонность к повышению давления и без атропина достаточно велика и при неблагоприятном стечении обстоятельств назначением атропина нетрудно спровоцировать глаук. припадок.

Если мы бросим ретроспективный взгляд на пройденное, то должны будем констатировать, что красной нитью через все отделы офтальмологии проходит какое-то безотчетное преклонение перед атропином, как-будто для него нет никаких определенных показаний, как-будто это совершенно безвредный препарат, который можно назначать с легким сердцем только для того, чтобы что-либо назначить! *Сфера применения атропина должна быть сужена и ограничена точными показаниями, а не зависеть от привычки и вкуса врача.*

Конечно, и при разбираемом заболевании могут появиться показания для назначения атропина, но это будет не раньше, чем угроза появления ирита станет реальным событием. Такое осложнение встречается очень редко, обычно после травмы. Но и при появившемся ирите следует очень внимательно следить за внутриглазным давлением, чтобы не пропустить момента к переходу на миотики. Ибо, повторяю, при всякого рода кровоизлияниях в оболочки глаза наклонность к глаукоме очень велика. Поэтому и при кровоизлияниях в переднем отрезке глаза (травма) атропин также опасен, но зато незаменимые услуги может оказать всегда безвредный и очень полезный для рассасывания дионин.

5. Эмболия центральной артерии сетчатки.

При частичной и полной закупорке центр. артерии сетчатки показання для терапии легко понятны. Они сводятся к следующим пожеланиям: понижением внутриглазного давления, расширением кровяного ложа и повышением внутрисосудистого давления протолкнуть эмбол в более мелкую веточку. Следовательно, имеются показання быстро и резко понизить внутриглазное давление, что может быть выполнено опорожнением—проколом передней камеры, а еще лучше, как более стойкое, иридэктомией. Операция должна быть проведена в порядке скорой помощи, пока сетчатая оболочка не потеряла своей функции из-за недостатка питания. И только при категорическом отказе больного от операции дозволительно прибегнуть к терапевтическому удовлетворению тех же показаний.

Понизить внутриглазное давление мы можем назначением мнотических средств и лучше для этого воспользоваться комбинацией из 1% эсерина с 2% пилокарпином, как при остром припадке глаукомы. Расширить же просвет артерий сможет амилнитрит.

Rp. Spirit. aether. nitrosi
Amylei nitrosi aa 5,0
MDS. Вдыхать по 5 капель, отсчитав их на платок 2 р. в день (90).

Rp. Amyli nitrosi gutt iiii
D. ad. tubul. capillar. vitreis № 6.
S. Разломать в носовом платке, вдыхать с него 2 р. в д. (91).

Первое вдыхание амилнитрита следует испробовать в присутствии врача во избежании неприятных последствий.

При склерозе артерий и пожилom возрасте амилнитрит противопоказан.

Более медленно, но зато и более безопасно действует нитроглицерин: по 2—5 капель 1% спиртового раствора на прием:

Rp. Sol. 1% spirituos. nitroglycerini gutt XX—XXX К этим средствам можно
Aq. destillatae 150,0 добавить еще *digitalis* в виде
S. 2—3 раза в день по столовой ложке. (92). инфуза из 0,5 на 200,0, каждые 2 часа по столов. ложке. Еще лучше и скорее действует *digalen* по 15 капель 5—6 раз в течение суток. Препараты наперстянки повышают кровяное давление, а, следовательно, увеличивают проталкивательную силу крови.

При сходном с эмболией заболевании—ишемии сетчатки, показання останутся те же самые: терапией необходимо победить ангионевротический спазм сосудов. И все терапевтические указания, сделанные при эмболии ц. артерии, будут приложимы и при ишемии, тем более что далеко не всегда на практике можно бывает с уверенностью провести дифференциальный диагноз между ангионеврозом сетчатки и эмболией.

Примечание. При обоих заболеваниях был рекомендован и рекомендуется массаж глаза, и в частности дрожательный. Конечно, говорить серьезно о подобной терапии не приходится. Надежна только оперативная помощь, и чем скорее и раньше, тем целесообразнее.

Функциональные заболевания сетчатки.

6. Ретинальная астинопия.

Ретинальную астинопию нам придется изложить более подробно, так как в общепринятых учебниках о ней обычно не упоминается, и она остается неизвестной для учащихся.

Симптоматология.—Основной признак болезни *частое мигание*, доходящее до 10—12 и более раз в минуту, вместо 2—3-х, наблюдаемых при нормальном состоянии. Иногда у таких больных наблюдается и небольшое покраснение слизистой оболочки век, а также и края их, что дает повод

к смешению с конъюнктивитом. Дно глаза всегда нормально. Рефракция может быть всякая, даже и миопическая, хотя последняя встречается сравнительно редко и чаще констатируется гиперметропия. Из распросов больных удается выяснить еще кое-какие подробности их болезни. Читать или работать при искусственном свете им довольно трудно: глаза скоро устают, но утомляются они также по вечерам и без всякой работы, и вообще боятся света. Некоторые больные на прием к врачу приходят в дымчатых консервах, что сравнительно мало или даже вовсе не облегчает их страдания. От многих из них можно услышать жалобы на очень длительное существование отрицательных следов на сетчатке: если они взглянут на ярко освещенный предмет, напр., зажженную лампу, и закроют после этого глаза, то перед их взором ярко фиксируется эта лампа, при открывании же глаз долго плавают в их поле зрения темное изображение источника света. В более резко выраженных случаях к частому миганию присоединяется еще и подергивание лобных мышц, наморщивание лба, игра бровями, что и обращает чаще всего внимание родителей и заставляет их приводить детей к врачу.

Этиология.—Причиной болезни служат 2 фактора, на первый взгляд диаметрально противоположные (но как, увидим ниже, в основе каждого из них лежит утомление сетчатки вследствие ослабления питания) это: 1) слишком яркое освещение предмета работы, а 2) также и недостаточное его освещение.

Яркость понятие относительное. Хотя лист белой бумаги, лежащий в солнечный день на подоконнике, и освещен очень сильно, однако, наша сетчатка, приспособившаяся к дневному освещению, не замечает яркости листа бумаги. Электрическая же или керосиновая лампа, по силе света далеко уступающая солнечному свету, легко может ослепить наши глаза. И ослепляет она не своею абсолютною величиной, а в силу контраста с окружающей обстановкой, так как требует быстрого приспособления сетчатки при быстром переходе от тьмы к свету и, наоборот, чего последняя дать не может: происходит известный разлад между тратой и восстановлением ее сил. Горячие руки резко чувствуют холод медной дверной ручки, чем холодные и т. п. При каких условиях обыкновенно занимаются наши дети и учащаяся молодежь? Что считается в семьях гигиенической лампой? В лучшем случае для занятий служит настольная лампа, покрытая картонным абажуром, концентрирующим свет на письменном столе при тусклом и слабом освещении остальной комнаты. Вследствие нецелесообразного освещения получается резкий контраст между темнотой комнаты и предметом работы и этот контраст утомляет глаза,—хочется спать. Вспомним переживаемые ощущения, когда мы входим вечером с улицы в светлый зал. Такой переход слепит нас своею яркостью. Во время же занятий приходится проделывать в течение нескольких часов бесперывную серию таких контрастных переходов. И если такие сеансы наслаиваются изо дня в день—в результате получается заболевание. Присоедините сюда еще и раздражающее действие открытого пламени, лучистую теплоту и утомление сетчатки станет вполне понятным.

Кто не знает, как утомителен и как трудно переносится мерцающий свет. И утомителен он только потому, что требует быстрой и частой смены приспособления сетчатки к резким контрастам. При указанной же обстановке имеются все элементы мерцания, с тою только разницею, что оно производится не источником освещения, а нами самими при переводе взора от тьмы к блестящей поверхности предмета работы и наоборот.

При таких условиях чисто рефлекторно хочется хоть на секунду закрыть глаза, чтобы дать отдохнуть сетчатке и, таким образом, начинается мигание век. Актом мигания мы, кроме того, производим сотрясение глаза его сжатие, а тем самым усиливаем циркуляцию в нем крови и лимфы—

облегчаем отток отбросов и приток питательных веществ. Замечая, что такое мигание приносит минутное облегчение, освежает нас, мы невольно при-
выкаем к ним: вырабатывается своего рода условный рефлекс.

Чтобы показать зависимость мигания от способа освещения, приведу несколько цифр, заимствованных у *Р. Каца*. Число миганий подсчитано во всех опытах в течение десятиминутного опыта.

Лампа.	Скрыта.	Открыта.	Скрыта.
Освещение.	достаточное.	достаточное.	не достаточн.
Число миганий.	18.	28.	68.

2) Недостаточное освещение часто наблюдается при занятиях дома за общим столом, тускло освещенным одной керосиновой лампой в 8—14 линий или электрической в 16 свечей, при чем открытое пламя постоянно раздражает глаза работающих. Слабое освещение заставляет наклоняться к предмету занятий, сильнее вглядываться, что ведет к напряжению аккомодации и конвергенции, а сдавливая зрительные вены, нарушает правильное кровообращение в глазу. При повышенной работе приток питательных материалов понижается; получается частичное голодание сетчатки, что и ведет к ее утомлению; всякий свет становится неприятным и от него хочется защититься—появляется мигание.

Если ретикулярная астиопия не привлекает к себе внимания, то к миганию глазами вскоре присоединяется и игра мимических мышц и т. д.

Терапия.—Из приведенного разбора этиологических моментов ретикулярной астиопии нетрудно вывести и показания к назначению терапии. Нашей задачей является: 1) *усилить силу света рабочей лампы*, 2) *защитить глаза от лучистой теплоты и от непосредственного попадания в глаз света от лампы*, 3) *усилить кровообращение в сетчатке, а иногда и тонизировать акком. мышцу*.

При выполнении показаний легко возникает вопрос: какую силу света считать достаточной для работы, на чем основывать свой критерий и в каких случаях необходимо усилить источник света? Эти вопросы необходимо разрешить прежде всего.

Исходной точкой нашего рассуждения мы можем принять один физиологический закон: всякая работа, требующая для своего производства максимального напряжения сил, очень скоро вызывает признаки утомления и скоро становится невозможной. Когда же мы утратим только часть нашей силы, т. е. когда у нас постоянно остается достаточный запас энергии, то работа идет легко. Эти положения применимы и к сетчатке. Чем меньше степень освещения, тем больше требуется напряжения сетчатой оболочки, чтобы разобрать все детали. В полумраке очень скоро наступают явления утомления или астиопии. И здесь необходим некоторый избыток освещения, чтобы работа совершалась легко. *Р. Кац* показал, что этот избыток или, как автор его называет, «световой запас» должен в 25 раз превосходить то минимальное освещение, при котором данный индивидуум может еще с трудом производить свою работу.

Если, следовательно, после уменьшения силы света в 25 раз, работа будет еще возможна, то первоначальное напряжение света было достаточно.

Для этой цели Р. Кац предложил очень остроумное приспособление «Свето-вой запасмер», состоящий из очень портативной пластинки, в роде небольшой полумаски, легко помещающейся в боковом кармане пиджака. В верхней часть полумаски (на месте глаз) вделаны два дымчатых стекла, уменьшающих в 25 раз силу света.

Таким образом, измерение можно произвести в течение $1/2$ минуты. Если через эти очки, слегка всмотревшись, больной сможет прочитать несколько слов или разобрать отдельные детали работы, то такое освещение можно считать вполне достаточным. В противном случае его надлежит усилить.

Так как индивидуальная чувствительность различных субъектов колеблется в очень широких пределах, то подобный опыт имеет только ограниченное субъективное значение для данного лица при определенной работе. Всяким же занятиям, но, конечно, опять же для данного работника, удовлетворит тот источник света, при котором через световой запасмер можно будет читать 1-й шрифт таблиц проф. Крюкова с расстояния в 25—30 сантиметрах. До войны такой световой запасмер стоил 2 р., а следовательно, был доступен для всякого врача-практика, и для всякой школы и мастерской.

Защита глаз от ослепляющих лучей лампы также легко выполнима. Лампа всегда ставится по левую сторону от работающего; между нею и занимающимся субъектом устанавливается картонный экран. Его легко изготовить самому. Никаких абажуров на лампе не полагается.

Картонная пластинка экрана должна иметь в ширину (по верхнему и нижнему краю) 20—22 сантиметра, а в длину 27—30 сантиметра. Подвешивается она к деревянной (при желании металлической) горизонтальной пластинке, прикрепленной под прямым углом к вертикальному шесту, укрепляемому в свою очередь на какой-либо подставке. От вертикального столбика до места прикрепления четырехугольной картонной пластинки к горизонтальному столбику оставляется свободный промежуток в 8—10 сантиметрах.

Верхний конец экрана (горизонтальный столбик) должен находиться на одном уровне с верхним краем лампового стекла и прикрывать собой весь источник света.

Разнообразные абажуры, которых придумано очень много, совершенно непригодны для рабочей лампы. Стеклоплатные плохо закрывают источник света, пропускают тепловые и раздражающие глаз лучи; все же непроницаемые для света абажуры (из картона, металла и т. п.) поглощают очень много света, создавая тяжелый контраст между темной комнатой и ярко освещенным полем работы. При употреблении же описанного экрана и комната и предмет работы одинаково освещены, нет неприятного светового контраста, только лишь скрыта горелка или лампочка, своими непосредственными лучами раздражающая глаза. Третьему показанию удовлетворяет назначение слабого микроскопического средства-экстракта калабарского боба, из которого добывается эзерин и изофизостигмин:

Rp. Extr. fab. Calabaris 0,05
Glycerini puri 15,0
MDS. 3 р. в д. по 2 каплям (93).

Как аналог эзерина, он усиливает гиперемия сосудов сетчатой оболочки, понижает внутриглазное давление, т. е. способствует подвозу питательных веществ к заболевшему органу, а также тонизирует аккомодативную мышцу, т. е. удовлетворяет всем выставленным показаниям. Результат лечения калабарским бобом быстро дает хорошие результаты, в среднем 10—15 дней.

Конечно, сопутствующие недостатки рефракции должны быть скорректированы. Поэтому в случае надобности особенно важны рабочие стекла, и при остроте зрения I и выше, при очевидной Е необходимо исследование бли-

жайшей точки зрения со всеми вытекающими отсюда последствиями (см. хр. конъюнкт.).

У лиц малокровных, у только что перенесших тяжелое инфекционное заболевание, могут быть показания к проведению укрепляющего лечения (мышьяк, железо и т. п.), чего не следует забывать особенно в упорных случаях, что впрочем встречается очень редко.

Не мешает обратить внимание и на нервную систему больного, и при неврастении, и вообще нервной слабости, может встретиться необходимость понизить возбудимость нервной системы бромидами и гидротерапевтическими процедурами.

7. Гемералопия. Куриная слепота.

Гемералопия есть одно из проявлений авитаминоза, обусловленная недостатком фактора А. Такая ее характеристика направляет и терапию, устанавливая определенное показание: пополнить недостающий фактор А, что легко выполнимо назначением рыбьего жира, как обладающего в изобилии этим фактором. И, действительно, мы замечаем на практике, что несколько столовых ложек этого препарата способны избавить больного от куриной слепоты. Назначаем его обычно 3 раза в день по стол. ложке. При отказе пациента от рыбьего жира мы можем заменить его прекрасным народным средством — употреблением в пищу печени быка, телянка, свиньи, барана и т. п. по 1/2 ф. в день, в каком угодно виде: вареном, жареном, в виде паштета и т. д. В печени также достаточно фактора А. Предсказание всегда хорошее.

В случаях, когда гемералопия наблюдается годами, даже и при совершенно здоровом глазом дне, надо подумать о врожденном сифилисе и постараться *доискаться* этой этиологии.

В заключение главы о болезнях сетчатки можно было бы указать еще на некоторые формы, как, наприм., *retinitis centr. luetica*, *retinitis proliferans*, затем на болезни сосудов, оболочки *choroiditis disseminata*, *areolaris*, *chorio-retinitis pigm.* и проч. Но я полагаю, что после всего сказанного о терапии как в этом отделе, так и при заболеваниях стекловидного тела и во введении, вполне возможно обойтись без этих излишних подробностей и повторений уже известного.

Эти мелочи не встретят затруднений при назначении терапии у того, кто усвоил себе вышеприведенные рассуждения, и потому по чисто-экономическим соображениям на них не останавливаюсь.

ХIII. Болезни зрительного нерва.

Даже и в новейших руководствах по офтальмологии отдел заболеваний зрительного нерва изложен не вполне удовлетворительно: симптомы различных болезней несколько перепутаны между собой, и учащемуся трудно разобраться в пестрой картине разнообразных признаков.

Прежде всего и должен остановить внимание учащегося на терминологии и классификации болезненных форм зрит. нерва.

Во всех областях патологии термины с окончанием на *itis* указывают на воспаление. Выражением же *neuritis* мы привыкли обозначать не только воспалительный процесс в нерве, но также и дегенеративный, атрофический. Такая неточность номенклатуры вносит в изложение своеобразную путаницу, и в представлении учащегося постоянно смешиваются эти два разнообразные понятия. В дальнейшем изложении термин *neuritis* нами применяется только

в ограниченном смысле воспалительного процесса; для дегенеративных же изменений в зрительном нерве всюду проведено название атрофия зр. нерва.

В основу классификации болезней в учебниках также положен не вполне правильный принцип деления заболеваний по длине зр. нерва, не считаясь с их характером на внутриглазные и ретробульбарные. Вследствие этого в общем описании ретробульбарного неврита сливаются в один несуществующий симптомокомплекс три самостоятельные клинические формы: два неврита и одна атрофия; и только потому, что у всех трех вначале отсутствуют офтальмоскопические явления. Между тем как для целей терапии наиболее существенное значение имеет не сливание, а выделение отдельных самостоятельных форм, характеризуемых поражением различных пучков. Определенные пучки связаны с определенными функциями, а, следовательно, и заболевания их должны проявляться определенными симптомокомплексами.

Патологический процесс может охватить или весь поперечник зр. нерва или только известный его пучок. Поэтому и невриты, и атрофии могут быть полные и частичные. Сообразно с локализацией поражения частичные формы мыслимы в следующем виде:

- 1) периферическая,
- 2) осевая или папилло-макулярная,
- 3) разбросанная островами.

Первые две формы проявляются в виде неврита: 1) периферического и 2) осевого, захватывающего папилломакулярный пучок. Третьего частичного неврита, как того можно было ожидать, не существует, но имеется 3) гнездовая, десеминированная атрофия. Вот эти-то три заболевания часто идут вместе под одним общим названием ретробульбарного неврита.

В дальнейшие детали классификации пока вдаваться не будем, в остальном уклонения от общепринятой несущественны, о чем и будет сказано попутно при описании отдельных форм.

1. Периферический неврит. *Perineurium, Perineuritis optica s. neuritis opt. periferica.*

Жалобы больного. — Больные указывают на боль в глазном яблоке при его движениях. Как-будто что-то давит и напирает сзади на глаз, поэтому многие из них держат глаза прищуренными. Несколько позже присоединяется жалоба на ограничения поля зрения, «как-будто ходишь в шорах» — говорят больные; при более же резком сужении в далеко зашедших случаях, они сравнивают свое зрение с состоянием при сморщении в бинокль или даже в трубу. Центр зрения ясен, но что происходит немного в сторону или сбоку от них они очень плохо разбирают и должны поворачивать голову. Еще позже может появиться жалоба на туман перед глазами, на пятно, препятствующее всякой работе.

Патогенез. — Основой болезни служит *воспаление влагалищ и прилегающих к ним периферических волокон самого зрительного нерва*. Воспалительный процесс начинается в задней части зр. нерва — *в костном канале* и постепенно спускается к главному яблоку. Обилие нервов в самих влагалищах вполне объясняет боли при движении глаз.

Папилло-макулярный пучок зр. н. в задней части ствола лежит по оси, центрально расположен, и, пока процесс не приблизится к яблоку, он участия не принимает. Когда же воспаление спускается к яблоку, вовлекается и осевой пучок, тогда появляется затуманивание зрения (осевой пучок у главного яблока выходит на периферию и заканчивается на соске зр. нерва в височной его части)

Симптомы. — Об'ективно констатируется несколько сонный вид таких больных, вследствие неполного раскрытия век.

Болезненность в глубине орбиты при вдавливании яблок глаза. И самый главный симптом *циркулярное сужение поля зрения на все места*, обнаруживаемое периметрическим исследованием. Особенно хорошо выступает сужение при красном индикаторе.

Без периферического сужения поля зрения диагноза периневрита ставить нельзя.

В поздних стадиях может присоединиться и центральная скотома. Если с самого начала заболевание начинается в переднем отрезке у глазного яблока, то с первых же дней будет налицо и центральная скотома, но и в этом случае сужение поля зрения укажет на истинный характер болезни.

Острота зрения в течение долгого времени остается нормальной, так как пазилло-макулярный пучок свободен от поражения.

Глазное дно уклонений от нормы не представляет, разве, сравнительно, очень редко констатируется небольшая извилистость вен или покраснение периферии соска зр. нерва. Очень редко развивается поперечный неврит.

Этиология. — В этиологии периферического неврита следует отметить 2 основных момента: простуду и сифилис.

1) Простудные невриты большей частью наблюдаются в холодное время года — зимой. В частности ему подвержены страстные охотники, столь часто подвергающиеся ревматическим влияниям. Из числа последних мне вспоминается один больной, у которого я наблюдал в течение короткого промежутка времени (4—6 мес.) 4 приступа болезни с очень хорошим исходом, т. е. с полным восстановлением здоровья.

2) Относительно сифилитических периневритов я должен указать, что не только большое число периневритов зависит от сифилиса, но и обратно среди сифилитиков нередко констатируется именно эта форма воспаления зрительного нерва. Он отличается одной особенностью, которая способствует тому, что часть случаев ускользает от наблюдения, в противоположность ревматическому, не вызывает никаких болезненных явлений, как и прочие проявления дуса. Бывают случаи, когда совершенно неожиданно для врача и для больного на основании концентрического сужения поля зрения устанавливается периневрит.

Его гораздо чаще удается наблюдать именно в тех больницах и диспансерах, где существует у сифилидологов хороший обычай вести лечение своих больных в постоянном контакте с окулистом. Склонность hues'a именно к этому невritу легко объяснима и — понятна.

Влагалища зрительного нерва являются продолжением мозговых оболочек, которые только в редких случаях не захватываются сифилитической инфекцией. По новейшим исследованиям *Frühwald'a* (Arch. f. D. u. Syph. B. 138, 1922) даже в первой стадии сифилиса, *в серо-негативной фазе менингит наблюдается у 10% больных*, не говоря уже о том, что по исследованиям *F. Plaut'a* и др. *«почти каждый сифилитик претерпевает во вторичном периоде сифилитический менингит»*.

Следует только удивляться, что он наблюдается не чаще, в виду такой распространенности сифилитического менингита. Очевидно, он не редко просматривается. В этом смысле поголовное исследование поля зрения у лезников могло бы дать, надо думать, очень интересные результаты.

3) Некоторое значение в этиологическом смысле имеют инфекционные болезни: брюшной тиф и малярия, а также травма головы, но на их долю выпадает очень незначительное число случаев.

Предсказание.—Прогноз очень хорош, при своевременной и рациональной терапии *perinevritis optica* заканчивается полным выздоровлением. Предоставленный же самому себе он ведет к резкому ограничению поля зрения до «ружейного дула», с исходом в атрофию зрительных нервов, и заканчивается слепотой (на оба глаза).

Терапия.—Главные этиологические моменты вполне определяют и показания к терапии.

При ревматической этиологии показано назначение салицилового натра (см. ириты) (*рец. № 67*) и потогонных процедур в виде суховоздушных ванн, горячих ванн в 32°. Терапевтический эффект в случаях простудного происхождения неврита всегда прекрасный, полное выздоровление наблюдается, как правило. Но должен отметить и здесь, что малые дозы салицилового натра пользы не приносят. Особенно энергичной терапии требуют случаи, осложненные центральной скотомой, т. е. когда воспалительный процесс прорывался к главному яблоку и захватил папилло-макулярный пучок. В виду серьезности положения возникает показание повысить ферментативную деятельность организма, т. е. прибегнуть к помощи *протениновой терапии*, а также усилить лейкоцитоз, что, как мы знаем, достижимо при помощи проведения слабого ртутного лечения в виде втираний ртутного мыла в течение 10—14 дней подряд, грамма по 4,0 на сеанс.

Если перинеурит развивается на почве лусса, то своевременное энергичное лечение может сделать очень многое. А лечение необходимо проводить очень энергично, особенно еще и потому, что раз перенесенное заболевание вызывает известную склонность к рецидивам, при чем наилучший терапевтический результат получается именно при первом приступе.

Следовательно, наша терапия должна предупредить последующие возвраты болезни, а для этого необходимо дать максимальную нагрузку терапевтических мероприятий.

И при сифилитической этиологии исходы достаточно хороши, но полной гарантии в обязательном излечении, как при простудной этиологии, здесь дать нельзя.

Хорошего исхода заболевания можно ожидать только от больших доз иодистого калия, ртути и неосальварсана. При проведении лечения ртутью мы принуждены применять в этих случаях внутривенный способ как наиболее быстрый и интенсивный. Таких инъекций потребуется не менее 40 при обязательном условии *ежедневных втираний*, применение их через день парализует все выгоды метода.

Так как склонность к Гексхаймеровой реакции при заболеваниях зрительного нерва (костный канал) очень велика, то введения неосальварсана допустимы не раньше хорошей подготовки иодом и ртутью в течение не менее 2-х недель. Обычная доза неосальварсана не должна быть меньше 7,0 и, смотря по надобности, может быть значительно увеличена.

Перинеуриты после брюшного тифа приходится рассматривать, как простудные, и лечить соответственным образом.

Примечание.—Ревматический неврит у женщин иногда сопровождается задержкой менструаций, о чем следует знать, чтобы не делать ложных выводов.

2. *Ossoid neurop., neuritis axialis.*

Жалобы больных.—Больные являлись к врачу с жалобой на упадок зрения, появившийся за последнее время. Некоторые из них отмечают улучшение зрения по вечерам (никтолопия), что зависит от расширения зрачков и участия в акте зрения несатронутых периферических частей сетчатки.

Симптомы.—Никаких внешних признаков болезни не заметно. Острота зрения ниже нормы и не улучшается от приставления оптических стекол. Глазное дно или совершенно нормально, или констатируется некоторое расширение и извилистость вен. В 10% к этому присоединяется сужение артерий и небольшая гиперемия соска зр. нерва с затуханностью его границ, с помутнением прилежащего участка сетчатки, а иногда и с белыми полосами по ходу вен (периваскулит).

Границы поля зрения при аксиальном неврите нормальны. Острота же зрения может давать сотые доли, и даже доходить до полной центральной слепоты, при этом форма последней значения не имеет.

Для точности исследования скотомы необходим индикатор красного цвета с 1 кв. см, им удается устанавливать изменения еще в то время, когда белым не удается обнаружить каких-либо отклонений от нормы.

Течение болезни.—Наростание симптомов отличается своеобразной вялостью и медлительностью: воспалительный процесс, поразивший осевую, папилло-макулярный пучок зрительного нерва длительно задерживается на отдельных фазах своего развития и только через несколько месяцев (редко недель) и даже через год, переходит в атрофию. Объективно такая начинающаяся атрофия выражается побледнением височной части соска зрительного нерва, т. е. места, где оканчивается осевая пучок.—Возраст больных по преимуществу молодой—18—30 и 40 лет, редко позже.

Этиология.—В этиологии аксиального неврита главную роль играют 3 момента:

1) *токсические причины*,—отравление винным спиртом и табаком, свинцом, сернистым углеродом (каучуковое производство), йодоформом, морфием и т. п. Теперь же следует разрушить одно большое недоразумение—метиловый или древесный спирт этого заболевания не вызывает;

2) на втором месте стоит *сифилис*;

3) на третьем—заболевания придаточных полостей носа.

На последнем этиологическом моменте придется несколько остановиться.

Зависимость осевого неврита от заболеваний придаточных полостей носа установлена сравнительно недавно, благодаря работам *Onodi, Birch-Hirschfeld'a, Stenger'a* и др. Близкое соседство зрительного нерва и его костных стенок с пазухами носа легко объясняет эту зависимость. Глазница от придаточных полостей отделяется очень тонкими костными стенками, не всегда даже сплошными. Перфорируя их, проходят общие лимфатические и кровеносные сосуды; нередко обнаруживаются и врожденные дефекты в перегородках, покрытые только тонкой слизистой оболочкой.

При наличии таких условий переход инфекционного начала из соседних полостей в глазницу и на зрительный нерв не может встретить больших препятствий, особенно если добавить еще, что половина, а иногда и более, территории глазницы граничит с добавочными полостями носа. Канал же зрительного нерва не только может соприкасаться с ячейками решетчатого лабиринта и клиновидной пазухой, но даже проходить через последнюю. Для заболевания зрительного нерва вовсе нет надобности, чтобы в пазухах было гнойное содержимое, вполне достаточно и воспалительного процесса, закупорки истоков пазух, не говоря уже о доброкачественных или злокачественных опухолях.

Закупорка пазух, нарушение их вентиляции вызывают воспалительный отек в соседних областях, который сдавливает ствол зрительного нерва, а тем самым и осевую пучок. Такое сдавление вызывает перерыв проводимости и воспалительный процесс.

4) Кроме этих трех основных моментов, более, редко осевой неврит может развиваться на почве: диабета, малярии и простуды.

Примечание. — Среди этиологических моментов мною сознательно пропущены слинная сухотка и рассеянный склероз, нередко относимые к этой же группе, что основано на смешении осевого неврита с гнездовой атрофией зрительного нерва.

Предсказание. — Предсказание при аксиальном неврите значительно серьезнее, чем при периферическом неврите, заболевание чаще заканчивается атрофией зр. нерва и слепотой.

Диагноз. — Диагноз аксиального неврита не может встретить затруднений, но иногда его трудно бывает поставить в связь с заболеванием паузух. В этих случаях наблюдается быстрое падение зрения. Недели за 2—3 до этого удается установить из анамнеза перенесенный насморк, тупую головную боль, головокружение, односторонность неврита и невозможность объяснить его другою причиной. Совет специалиста по болезням уха, носа и горла может сильно помочь в деле установки этиологического диагноза.

Терапия. — Показания к терапевтическому вмешательству легко устанавливаются этиологией.

1) Токсические причины аксиального неврита прежде всего требуют удаления этого вредного фактора и борьбы с воспалительным процессом путем рассасывающей терапии.

При алкогольно-никотинном отравлении прежде всего необходимо полное запрещение употребления спиртных напитков и курения. Напуганные возможностью наступления слепоты, этого рода больные легко отказываются от спирта и табаку, но, к сожалению, их воздержание редко бывает продолжительным в силу их ослабленной воли. Особенно враждебно встретится запрещение курения. Так как из двух вредных моментов активная роль принадлежит алкоголю, то в смысле ограничения курения допустима некоторая уступка больному. Так как алкоголикам резко расстраивает и нервную систему, то назначение тонизирующих и успокаивающих нервную систему средств имеет свое показание. Из средств тонизирующих хорошие результаты дает применение тескикулярной жидкости раза 3 в день по 25—30 капель. Энергичнее действует подкожное введение *спермина* в виде курса из 25—30 выпрыскиваний. Из средств успокаивающих должны указать на препараты брома в виде микстуры.

Rp. Kalii bromati	12,0	Может понадобиться применение и гип-
Aq. destill.	200,0	ноза. Вообще в этих случаях консульта-
MDS. 3 ложки в день после		ция с невропатологом очень желательна
еды в $\frac{1}{2}$ стак. молока (94).		и даже необходима. Об общем рассасы-

вающем лечении так часто упоминалось выше, что я, полагаю, имею право о нем не говорить.

Для лечения алкогольно-никотинного аксиального неврита обычно рекомендуется стрихнин. Такая рекомендация основана на смешении неврита с атрофией. Показания для стрихнина возникают только при атрофиях, и его назначение при неврите совершенно непонятно. В последних случаях стрихнин противопоказан: 1) увеличивая кровенаполнение ствола зрительного нерва, он может усилить воспалительный процесс, 2) стимулирование нервной ткани увеличивает ее работу в то время, как необходим отдых для заболевшего органа во избежание истощения его сил.

И до возникновения атрофического процесса, т. е. до побледнения височной части соска зр. нерва, не может возникать вопроса о стрихнине. Точные показания к его назначению будут указаны нами при атрофии зрительного нерва.

Наиболее выгодны условия для терапии при первом приступе неврита и значительно хуже—при возвратах, вызываемых возвращением к запрещенному образу жизни. Восстановление зрения происходит более медленным путем, а склонность к атрофии сильно повышается. Следовательно, воздержание от алкоголя необходимо и после выздоровления от аксиального неврита. Терапия сифилитического аксиального неврита не отличается от такого же периневрита. Оно также должно быть очень энергичным, еще и потому, что предсказание при этой форме более серьезно.

При заболевании на почве закупорки придаточных полостей носа, показания вытекают из этиологии: необходимо, вскрытием оперативным путем полостей, восстановить нарушенную вентиляцию.

Ревматическая этиология требует и соответствующего лечения (см. периневрит).

3. Воспаление зрительного нерва. *Neuritis optica.*

Больные с воспалением зрительного нерва попадают к врачу обыкновенно в разгар болезни, так как первое время острота зрения у них мало страдает. И только некоторое время спустя начинается заволакивание зрения и падение зрения.

Патол. анатомия.—*Neuritis optica* захватывает всю толщу ствола и весь поперечник зрительного нерва. Сущность патологического процесса заключается в резкой гиперемии сосудов с выпотеванием из них серозной жидкости, в инфльтрации стroma клеточными элементами, в разрастании невроглии и гиперплазии соединительно-тканых перекладин. Эти перекладин, разрастаясь, сдавливают нервные волокна, в которых и начинается перерождение. После рассасывания образовавшегося распada на места бывших волокон вросает со стороны перекладин соединительная ткань.

Объективные симптомы.—Офтальмокопическая картина при воспалении зрительного нерва очень типична.

Воспалительная гиперемия выражается резким покраснением соска, он становится темно-красного цвета, сливается с остальной поверхностью зрительного дна. Типичное место папиллы rozpoзнается на высоте воспаления только по сходящимся здесь кровеносным сосудам. Серозное пропитывание ведет к небольшому выпячиванию соска внутрь глаза. Местами на протяжении сосудов заметны перерывы, прикрытые инфильтрированной тканью, они тонут в ней, и нам кажется, будто они прерываются, не доходя до соска зр. нерва. Иногда к этой картине присоединяются белые полосы из сильно разбухших нервных волокон.

Вследствие затруднения оттока крови и застоя, вены значительно расширяются, становятся извилистыми, и отражая от своей поверхности световые лучи, кажутся снабженными белыми полосами.

Благодаря застою в отдельных местах на соске происходят кровоизлияния, которые представляются неследующему в виде радиальных полос красного цвета.

Когда воспалительный процесс в зрительном нерве достигает значительного развития, тогда затрудняется отток крови также и в прилежащих участках сетчатки, и она вовлекается в процесс, в результате чего и получается невро-ретинит.

Дифференциальный диагноз.—Воспаление зрительного нерва можно смешать с застойным соском и с невро-ретинитом без типичной короны белых бляшек. При ретинитах папилла также принимает некоторое участие в общей картине болезни, но там она скорее желтовата, а не красна, и самая цен-

тральная часть ее—середина все же остается бледной. Застойный же сосок в виде гриба вдается в стекловидное тело, возвышаясь над общим уровнем сетчатки, что и проявляется явлениями параллакса. При чистых же невритах этого феномена не наблюдается.

Кое к каким заключениям может иногда привести сама офтальмокопическая картина и в смысле этиологического диагноза. Так присутствие размытых хороидальных очагов на крайней периферии дна желтого-розового цвета с вылинявшим пигментом или альбиносских участков, серовато-аспидных треугольников, веретено-образных синеватых бляшек или менее выраженного давно затихшего *choroiditis anterior*, будет указывать на сифилитическую этиологию. И в этом смысле тщательный осмотр крайней периферии дна, правда часто пропускаемый, имеет огромное значение.

Об этой же этиологии говорит и резко-геморрагический характер неврита: когда на соске зрительного нерва или в прилежащих участках сетчатки мы наблюдаем большое количество кровоизлияний. В этих случаях даже вопреки отрицательной реакции Вассермана необходимо настойчиво думать о сифилисе и провести хороший курс энергичного лечения *ex juvantibus*.

Течение болезни — хроническое, исчисляемое месяцами.

Как выздоровление, так и переход в атрофию сказывается уменьшением гиперемии в центральных частях соска, периферия же его еще долго остается красной, а границы мутными и расплывчатыми. При склонности к атрофии уменьшение воспалительных явлений происходит гораздо быстрее, чем при выздоровлении.

Важное значение для дифференциального распознавания имеет состояние сосудов. При выздоровлении восстанавливаются нормальные соотношения между калибром вен и артерий, при развивающейся же атрофии артерии остаются узкими, в то время, как вены расширяются и контраст между просветами сосудов увеличивается. В дальнейшем же сосок становится еще бледнее, калибр артерий еще более уменьшается, а за ними суживаются и вены, все же оставаясь шире артерий.

В это время резко падает острота зрения, и суживается поле зрения, особенно на красный цвет.

Этиология. — При разборе этиологических моментов, вызывающих воспаление зр. нерва в его целом (синонимами *nevritis optica*, *nevritis transversa*) придется указать несколько групп болезней.

1) Заболевания мозга и его оболочек — это невриты по продолжению: цереброспинальный менингит очень часто осложняется воспалением зр. нервов, так же как и базиллярный хронический с многолетними головными болями в анамнезе. Туберкулезный менингит также может вызвать это осложнение.

Предсказание в этой группе очень плохое, так как склонность к атрофии и даже смерти, очень велика.

В исключительных случаях и мозговые опухоли, вместо застойного соска, вызывают неврит.

2) Болезни глазницы и придаточных полостей носа: экзостозы и периститы орбитальных стенок на пути прохождения нерва (*canalis optica*), флегмоны и т. п.

Здесь преобладают односторонние заболевания.

Особенно следует здесь отметить новообразования, исходящие из соседних полостей,— задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.

В последних случаях заболевание может начинаться под видом осевого неврита и только позже появление офтальмокопической картины высветляет истинный диагноз болезни. При продолжающемся давлении наступает атрофия,

что указывает на ургентность терапевтических вмешательств (оперативная помощь).

3) Инфекционные болезни: брюшной, особенно сыпной тиф, тяжелая инфлуэнца (испанка) и сифилис. Последняя причина несколько реже встречается на практике, для сифилиса более типичен периферический неврит и гнездная атрофия. К этой же группе можно отнести и интоксикационный неврит у кормилиц, чаще всего между 30 и 40 годами, через 2—8 недель после родов, вследствие истощения организма. Причина очень редкая. Отнятие от груди младенца в этих случаях, конечно, вполне понятно.

4) Так как воспаление нерва может присоединиться ко всякому воспалению сетчатки, то я не буду повторяться при перечислении этиологических моментов, а направлю читателя к вышесказанному.

Терапия. — В качестве общих показаний для всех случаев укажу на рассасывающий метод, достаточно известный из вышесказанного.

Этиологическая терапия точно также не может встретить затруднения для своего назначения, и вытекает из разбора причинных моментов.

При опухолях и заболевании придаточных полостей носа — хирургическая; при сифилисе и ревматизме — специфическая; при цереброспинальном менингите и розе — параспецифическая — ферментативная (антидифтерийная сыrovотка) и т. д. Обо всем этом уже достаточно говорилось выше и теперь позволюсь ограничиться только напоминанием.

4. Застойный сосок.

Застойный сосок издавна считается заболеванием типичным для мозговых опухолей. И так как описание его всюду хорошо представлено, то это дает мне право ограничиться только несколькими замечаниями о патогенезе и перейти затем к терапии его.

Замечания о патогенезе. — Пронихождение застойного соска всеми единодушно связывается с повышением внутричерепного давления. Но эту сущность не следует понимать чисто механически, как будто внутричерепное давление увеличивается вследствие уменьшения свободного пространства от разрастания опухоли. Так, например, при милиарном туберкулезе на вскрытии иногда с большим трудом удается отыскать в области хиазмы зрительных нервов 1—2 бугорка величиною с просяное зерно, не смотря на типичные застойные соски, констатированные при жизни.

Очевидно, опухоль действует на ткань мозга, вызывая его отек (*Pari-
naud*) и уже вторично ведет к повышению внутричерепного давления.

Иначе говоря, под влиянием продуктов жизнедеятельности опухоли происходит изменение среды к воде у коллоидов мозга, наступают перемены в их дисперсности, в результате чего отек и повышение давления. Тот же отек и по тем же причинам распространяется и на зрительный нерв.

Терапия. — Терапия чаще всего безнадежна, так как сравнительно редко опухоль доступна удалению.

Так как роль опухоли может играть и гумма, то в каждом случае следует подумывать о такой возможности, и всеми средствами попытаться отыскать следы сифилитической инфекции как благоприобретенной, так и врожденной. В этом смысле тщательное исследование периферии глазного дна может дать очень существенные результаты. Внимательный осмотр костной системы, зубов и т. д. тоже не следует упускать из виду.

Но и при отрицательном результате всех поисков следует провести энергичное лечение *ex juvantibus* всеми тремя средствами и в больших дозах, отдавая предпочтение внутривенному способу введения ртути.

Однако, даже и при специфической терапии результаты не всегда скоро обнаруживаются, проходит все же довольно значительный промежуток времени, в течение которого может наступить атрофия зр. нервов с неизлечимой слепотой. Поэтому в каждом случае застойного соска, когда нет никакой возможности предсказать, как скоро наступит неизлечимая слепота, мы должны удовлетворить одно существенное показание: немедленно понизить внутричерепное давление.

Поясничная пункция в этих случаях может оказаться губительной и повести к смертельному исходу, поэтому желательно более энергичное вмешательство: трепанация черепа или прокол мозолистого тела.

Такое хирургическое вмешательство дает возможность выиграть время для специфического лечения.

При отказе больного от операции остается кроме специфического лечения испытать действие такого противоотечного средства как *хлористый кальций* по 5—6,0 в день. Его можно соединить в одной микстуре с иодом.

5. Амаврозы и амблиопии.

Амблиопия и амавроз это два условных понятия, обозначающие: первый редкое падение зрения, а второй—полную слепоту при нормальной картине глазного дна.

По мере развития офтальмологии объем этих терминов все более и более суживается, но пока их приходится сохранять, как отдельную группу заболеваний под старым заглавием, очень удобным, хотя бы в том смысле, что оно ни к чему не обязывает и ничего не предпринимает.

1) **Уремический амавроз и амблиопия** наблюдается у сравнительно молодых субъектов, страдающих болезнями почек. Начинается он головной болью, тошнотой со рвотой, и сопровождается быстро наступающим падением зрения вплоть до полной слепоты. Амавроз может также появиться и внезапно после коматозного состояния в периоде прояснения сознания. Зрачки в это время расширены и реакция их может отсутствовать. Иногда амавроз может быть первым признаком уремии. Анализ мочи, во время произведенный, может помочь выяснению этиологии.

По окончании приступа зрение обыкновенно возвращается, но иногда может закончиться слепотой вследствие развития атрофии зр. нервов.

Для прогноза имеет огромное значение реакция зрачков: отсутствие реакции сильно омрачает прогноз.

В смысле этиологии главная роль принадлежит нефрозо-нефритам, бывшей скарлатине и токсикозам беременности (о посл. прич. см. ниже).

Руководящая роль при лечении этого амавроза принадлежит, конечно, терапевту, на долю окулиста выпадает указание на urgency мероприятий.

Терапия. — Патолого-анатомический субстрат болезни, выражающийся в *отёке*, вполне определяет и показания для терапии. Все процедуры, вытекающие из теории Фишера здесь должны иметь свое приложение: вливание гипертонического раствора поваренной соли 10% концентрации 200—250 куб. сант. или Фишерова раствора один—два литра, а также хлористый кальций внутрь и солевые клизмы. Имеет, конечно, свое показание кровопускание из вены 200—300 грамм крови, как уменьшающее количество токсинов и кислых субстанций в организме.

2) **Малярийный амавроз.** — Ослабление и потеря зрения наступают внезапно на одном или обоих глазах. Через несколько часов оно может восстановиться, но иногда слепота продолжается несколько дней.

Реакция зрачков на свет сохраняется. Таких приступов слепоты может быть несколько.

Сопутствующие симптомы выражаются *увеличением слезотечения и подъемом температуры.* Но амавроз может явиться единственным проявлением малярии.

— Появление амавроза часто сопровождается головною болью, локализуемой в области орбиты; иногда припадку амавроза предшествует мигрень.

Предсказание при малярийном амаврозе вполне благоприятно, так как потеря зрения большая редкость.

Анализ мочи, конечно, и здесь необходим для дифференциального диагноза.

Терапия и показания к ней вполне определяются этиологией: химия и препараты мышьяка.

3) Истерический амавроз.—Разбираемая амблиопия и амавроз являются одним из проявлений истерии. Внезапно развившийся упадок зрения, продолжавшийся некоторое время, оканчивается восстановлением бывшей остроты зрения. Одновременно обнаруживаются и другие признаки истерии: стигматы, зоны, трансферты и т. п. При истерической амблиопии находят и сужения поля зрения, при чем нарушается последовательность расположения полей на цвета. Так, напр., в одном месте поля самые широкие границы принадлежат белому цвету, как это и должно быть, затем последовательно синему, красному и зеленому. В другом месте красное поле становится шире синего и даже белого, или самое узкое поле принадлежит белому цвету, а самое широкое зеленому и т. п.

Кроме того, наблюдается известная нестойкость границ поля зрения даже в течение одного и того же сеанса исследования. Иногда можно бывает наблюдать *синдром уменьшения сетчатки Ферстера*: если передвигать индикатор по дуге периметра от периферии к центру, то поле зрения получается шире, чем при его движении от центра к периферии. Таким же колебаниям подвержена и острота зрения.

При резких сужениях поля зрения, напр., при трубчатом поле больные прекрасно ориентируются в пространстве, не замечая своих «шор». Между тем как больные пигментной атрофией сетчатки при такой же степени сужения не могут ходить без посторонней помощи. И невольно напрашивается заключение, что такое сужение поля появляется только во время исследования больного, фактически отсутствуя при его жизненных проявлениях.

Заболевание может принять очень затяжной характер, но рано или поздно оканчивается полным выздоровлением.

Терапия, вполне естественно, сводится к внушению. Больного следует убедить, что он должен хорошо видеть, так как у него нет никаких отклонений от нормы.

В тяжелых случаях очень желателен контакт с более опытным в этих заболеваниях невропатологом.

4) Проходящий амавроз.—Как гласит само название, проходящий амавроз оканчивается выздоровлением. Для него *типично сужение зрачков.*

Наблюдается у лиц ослабленных, выздоравливающих после тифа, скарлатины, кори, суставного ревматизма, а также при гастритах и отравлении глистами. Встречается чрезвычайно редко.

Патогенез болезни в точности неизвестен, предполагают же ишемию хиазмы или более центральных частей мозга за *thalamus opticus*, как это вытекает из сужения зрачков. В пользу такого предположения говорит и успех этиологической терапии. Если за основу болезни считать ишемию, то показанием для терапии будет—расширить сосуды. Этого же нетрудно достигнуть применением *амилитрина* или *нитроглицерина* (рец. № 90—92).

При явлениях со стороны желудочнокишечного тракта тех же результатов можно добиться рвотными средствами—шприц солянокислого апорморфина под кожу:

Rp. Apomorphini hydrochl. 0,06
Aq. destillatae 10,0
M. l. sterilizat. S. Для подкожных инъекций—1 куб. см. (95).

При подозрениях на глисты необходим анализ кала на яйца глист с последующим применением того или другого глистогонного средства.

6. *Гнездная (частичная) атрофия. Atrophia n. optici disseminata. Atr. en plaques s. grisca.*

Жалобы.—Жалобы сводятся к упадку зрения, появившемуся за последнее время. Более наблюдательные указывают и на дефекты в поле зрения: им неясно рисуются отдельные части предметов.

Патогенез.—Атрофический процесс, как и при частичных невритах, в начале болезни занимает позадиглазничную часть ствола зрительного нерва, не захватывая, однако, всего его поперечного сечения. Дегенерация размещается отдельными островками или гнездами в пределах различных пучков зр. нерва. Этот основной или гнездовый характер и типичен для описываемого заболевания.

В зависимости от такого месторасположения центральное зрение в начале болезни мало страдает и больные иногда долго не подозревают своей болезни, и нередко лишь тогда обращаются за помощью, когда атрофический процесс зашел далеко, и захватил папилло-макулярный пучок.

Симптомы.—Первое время в начале болезни никаких офтальмоскопических симптомов нет, глазное дно нормально. В дальнейшем же, когда патологический процесс приближается к главному яблоку, появляется сероватая, атрофическая окраска соска зр. нерва.

В противоположность картине глазного дна, периметрическое исследование уже очень рано дает ценные признаки: в поле зрения констатируются самого разнообразного вида скотомы, сужение границ в различных местах и т. д.—в зависимости от пораженных участков зрительного нерва.

Скотомы и дефекты поля зрения могут быть очень обширными или едва заметными, могут образовывать глубокие заливы и бухты на периферии, а иногда выхватывать целые секторы. Словом, границы, месторасположение и размеры скотом бывают самые разнообразные. Вначале осевой пучок не страдает и острота зрения остается хорошей, впоследствии же, когда дегенеративный процесс распространяется и на папилло-макулярный пучок, зрение падает и подчас очень быстро доходит до слепоты.

Этиология.—Среди причин гнездовой атрофии на первом месте следует указать *tabes dorsalis* и *диссеминированный склероз*, при чем атрофия на несколько лет может обогнать прочие проявления болезни.

Само собой понятно, что среди этиологических моментов сифилис играет очень видную роль, особенно если принять во внимание, что без него не бывает спинной сухотки.

Кроме этих трех причин иногда, но очень редко, эту же форму могут вызвать отравления алкоголем, свинцом, хинином. Указываются еще: туберкулез, травма и тяжелые психические инсульты, но эти моменты не могут играть большого значения при серой атрофии.

Если частичные невриты обычно поражают оба глаза одновременно, то при диссеминированной атрофии заболевание одного глаза от другого может отделяться промежутком времени в несколько лет.

Течение болезни всегда хроническое, и от начала ее до наступления слепоты может пройти много лет.

Диагноз.—Диагноз устанавливается периметрическим исследованием, границами поля зрения. Основной его характер проявляется отдельными островами. При поражениях в периферическом поясе не получается концентрического сужения, как при неврите, а частичное, в виде более или менее вдающегося залива с какой-либо стороны.

Так как дегенеративный процесс не имеет строго определенной фиксированной локализации, и может располагаться отдельными гнездами в любой части зр. нерва, то легко предположить возможность появления первого очага и по оси нерва. В этих случаях в начале болезни получается ложное представление об осевом неврите, и только появление нового очага на другом месте поля зрения направляет диагноз на правильный путь.

Предсказание.—Предсказание вообще очень плохое, так как болезнь оканчивается слепотой. Однако, под влиянием систематического лечения получаются длительные задержки процесса на многие годы. Предсказание в конечном своем итоге зависит от степени дегенеративных изменений и от их склонности к прогрессированию. Критерием для оценки состояния могут служить следующие положения:

Чем выше острота зрения, чем правильнее общие границы поля зрения, а также и отдельных скотом, тем лучше предсказание.

Чем причудливее формы скотом, чем неправильнее контуры их границ, чем глубже заливы и бухты, тем хуже прогноз.

Имеет также большое значение для прогноза твердость в указаниях больного при определении границ поля зрения. — Последнее положение нуждается в пояснении.

Если больной дает неясные, сбивчивые показания и указывает в течение одного сеанса исследования разные цифры границ, то из такого наблюдения мы выводим одно определенное заключение: на прилегающих к скотоме участках точно также уже имеются патологические изменения и он не может ориентироваться в границах. Эти изменения пока еще слабо выражены, не резки, ясно не учитываются больным, но уже намечены; ведь контрасты резко только между здоровыми и больными участками. Следовательно, дегенеративный процесс не остановился, а продолжает распространяться и расширяться в стороны, что конечно ухудшает прогноз. И действительно поле зрения, снятое через небольшой промежуток времени, дает увеличение границ скотом.

Примечание.—При исследовании поля зрения нельзя довольствоваться белым индикатором, и обязательно производить измерение и красным, так как последний нередко указывает сужения, когда на белом поле зрение нормально. Величина индикатора имеет огромное значение. Для точного исследования необходимы индикаторы в 1 кв. мм.

Терапия.—Основными показаниями для терапии при гнездовой атрофии являются те же общие принципы, о которых неоднократно уже упоминалось: 1) применением этиологической терапии—способствовать выздоровлению; 2) путем рассасывания—локализовать дегенеративный процесс.

К сожалению, причинное лечение не всегда можно назначить, так как указанных этиологических моментов для объяснения всех случаев недостаточно. Сифилис и малярия (редко), конечно, требуют специфического лечения.

Очень возможно, что в недалеком будущем, благодаря *четырем реакциям Новые*, все случаи с неопределенной этиологии сведутся к врожденному или приобретенному дусу. Пока же в каждом случае гнездовой атрофии необходимо очень упорно и внимательно доискиваться сифилитической этиологии

При рассмотрении специфической терапии данного заболевания я должен обратить сугубое внимание молодого врача на один очень важный пункт.

У этого рода больных иногда отмечается повышенная чувствительность зрительных нервов к ртути, несмотря на сифилитическую этиологию. И ртутное лечение, столь необходимое лугтику, здесь можно позволить только при известных условиях: при хорошей остроте зрения и при перероде зрительного поля зрения. И в течение всего курса лечения необходимо тщательно контролировать остроту и поле зрения, проверяя первое два, а последнее раз в неделю, чтобы при наклонности к ухудшению успеть отменить ртуть, пока она не успеда нанести существенного вреда. Конечно, применение *нерастворимых ртутных препаратов здесь противопоказано* и даже преступно: образовавшееся «депо» еще долго будет поставлять ртуть в поток кровообращения после прекращения инъекции.

Применимы, следовательно, только растворимые препараты: дибромистая, цианистая ртуть и т. п. в виде внутривенных *ежедневных* инъекций в дозах не менее 30—40 на курс. При этом большие дозы подогото калия 3,0—8,0—10,0 pro die и не менее 7,0—8,0 неосальварсана. В виду серьезности поражения нервной ткани необходима основательная подготовка иодом и ртутью не менее двух недель перед первым вливанием неосальварсана.

При далеко зашедших процессах: при больших и неправильных в'язках поля зрения, при сильно упавшей остроте зрения *ртуть совершенно противопоказуется*, так как при небольшой абсолютной потери остроты зрения при плохом визусе, она становится относительно данного случая громадной, рисковать которой мы не имеем права (напр., падение с 0,2 на 0,1, потеря всего в одну десятую превращается в падение на 50%). Неосальварсан же и иод всегда хорошо переносятся. (Об'яснение невыносимости к ртути дано во введении.).

Прочие подробности терапии см. ниже при изложении атроф. зр. я.

7. Атрофия зрительного нерва. *Atrophia nervi optici.*

При изложении атрофии зр. нерва мы ограничимся только кратким напоминанием некоторых основных моментов.

В основе патологической анатомии болезни лежит дегенеративный процесс, сводящийся к перерождению и распаду нервных волокон, с последующей заменой их соединительной тканью. Дегенеративный процесс может явиться 1) исходным пунктом бывшего воспаления зр. нерва или сетчатки, 2) или быть процессом самопроизвольным, вмещающим в себя и гведую атрофию.

Согласно двум путям происхождения болезни, существует и две клинических разновидности: 1) воспалительная или белая атрофия, и 2) невоспалительная, серая, дегенеративная атрофия.

Диагностические замечания.—Благодаря типичной офтальмокопической картине распознавание не может встретить затруднений. Следует только подчеркнуть важное значение офтальмокопической картины, при чем нормальная острота зрения вовсе не противоречит диагнозу. И по следующим соображениям:

- 1) Мы не знаем истинной остроты зрения больного до болезни. Она же могла быть и выше единицы: 1,5—2,0.
- 2) Величина, принятая нами за единицу, очень не велика, и у лиц молодого возраста она почти всегда превосходит ее.
- 3) Поле зрения и при единице обнаруживает уже дефекты.

4) Мог остаться пошатанным только панилло-макулярный или осевой пучек зр. нерва, и немного позже, когда дегенер. процесс перескочит и на него, последует быстрое падение зрения.

Прогноз.—При описании гнездовой атрофии уже упоминалось о значении поля зрения для предсказания. Здесь придется повторить то же самое. Ограничусь напоминанием, что *точные и рельефные границы поля зрения могут быть поведены только между больными и здоровыми участками.*

Этиология.—Все причины, вызывающие вышеупомянутые заболевания зрительного нерва и сетчатки, могут вызвать атрофию зрит. нерва, как заключительный акт этих болезней, кроме того, апоплексия мозга, прогрессивный паралич, хронический менингит, акромегалия, сахарное и несахарное мочеиспускание и т. д. Очень часто причиной служат и дуэс.

Терапия.—Из показаний, выдвигаемых этим заболеванием, в первую очередь надлежит удовлетворить этиологическим. Так, при опухолях в соседних полостях — удаление их хирургическим путем, при алкоголизме, морфин — борьба с ними и т. п. О специфическом лечении при сифилисе см. выше гнезди. атрофия.

Кроме этиологической терапии, которая далеко не всегда возможна из-за отсутствия специфических средств, приходится удовлетворять симптоматическим показаниям, из них основных мы должны выдвинуть два:

1) способствовать рассасыванию патологического процесса и, если то окажется возможным, локализовать его;

2) повысить жизнедеятельность уцелевших от дегенерации волокон в целях усиления остроты зрения.

Арсенал рассасывающих средств и процедур уже достаточно нами изучен. Добавлю к уже известному только то, что назначение и в этих случаях *хлористого кальция* по 3,0—5,0 grо die должно иметь свое место, так как нельзя с уверенностью отрицать существование и здесь некоторого отека тканей. Резким же возбудителем нервной ткани издавна считается *стрихнин* в виде подкожных впрыскиваний.

Офтальмологи почему-то облюбовали для впрыскиваний область виска. В защиту этого крайне нецелесообразного места нельзя ничего привести. Единственная его цель внешне больным, но мы предпочитаем впрыскивать в более удобные места: верхнюю часть спины, предплечье или область подчревя. Каждый курс состоит из 25—30 впрыскиваний:

Rp. Strychnini nitrici	И обыкновенно начинаю с 2—3 де-
Sol. 1/2%	лених граммового шприца и в течение
MDS. f. sterilisatione.	6—7 дней дохожу до одного грамма.
Ежедн. для подкожн. впрыск. (96).	Серии таких впрыскиваний следует

время от времени повторять.

При невозможности повторять эти впрыскивания можно назначить стрихнин и внутрь:

Rp. Strychnini nitrici	0,2	Назначение стрихнина нельзя реко-
Aq. dest. q. s. ad solutionem		мендовать по шаблону во всех случаях.
Ext. et Pulv. Liquirit. q. s. ut f.		Необходимо считаться как с показаниями,
pp. № 100.		так и с противопоказаниями. Разберем
S. После еды с 2 до 8 мл.		потому вкратце его фармакологическое
в день (97).		действие.

Стрихнин резко повышает возбудимость ганглиозных клеток и увеличивает гиперемия тканей. Под влиянием его нервные центры и ганглиозные клетки проявляют максимальную деятельность даже при самых слабых раздражениях. Следовательно, применяя стрихнин при воспалительных заболеваниях, мы можем только усилить гиперемия, а, следовательно, и воспалитель-

ный процесс. Поэтому-то стрихнин необходимо считать противопоказанным при воспалениях зрительного нерва и при воспалениях сетчатки.

Следовательно, для его применения остается ограниченная область атрофии. Но, однако, не при всех атрофиях он будет показан.

Если острота зрения еще высока, иначе говоря, если оставшаяся и уцелевшая от распада нервная ткань вполне компенсирует произошедшую утрату, то для чего подгонять ее, назначая стрихнин? В этом смысле можно провести полный параллелизм с пороками сердца: без расстройства компенсации нет показаний для дигиталиса. Так точно и при атрофиях зр. нерва: сфера действия стрихнина — расстройство нервной компенсации, выражающейся значительным падением остроты зрения.

Назначение стрихнина при хорошей остроте зрения сводится к бесцельному подстегиванию нервной ткани, что ускоряет ее истощение, и приводит к преждевременному падению зрения.

Следовательно, для применения стрихнина остаются строго определенные границы — значительное падение остроты зрения.

Но даже и в сфере своих показаний иногда у атрофиков наблюдается какая-то нетерпимость к этому препарату — зрение начинает падать и стрихнин приходится отменить и подумать о поднятии питания тканей. Таким препаратом является *natrium nitrosum*, но и он, как увеличивающий гиперемии, не годится при воспалительных процессах.

Rp. Natrii nitrosi	1,0—6,0	При выписываниях постепенно по-
Aq. destillatae	50,0	вышают концентрацию раствора с 2% до
M. sterilisatione.		12%: 2, 4, 6, 8, 10, 12. Из каждого разведе-
S. Ежедневно по 1 шпр. (98).		дения делают по 4 выписывания. Через

6 дней после окончания курса его повторяют.

Подводя итоги терапии, следует заявить, что она в достаточной степени безнадёжна. Самое большее, чего можно достигнуть, это задержать прогрессирование процесса на долгий срок, что тоже далеко не всегда удается.

8. Специальные формы атрофий зрительного нерва.

а) Ишемическая атрофия.

Ишемической называется атрофия, происходящая вследствие обильных кровоотечений. До появления упадка зрения может пройти после кровоотечения от нескольких часов до трех недель. Чаще всего 3—6 дней. Начавшееся падение зрения обычно быстро доходит до полной слепоты.

Источник кровоотечения не имеет большого значения, но зато играет большую роль количество потерянной крови и наклонность к кровоотечениям, хотя в отдельных случаях атрофия зр. нервов вызывалась и очень небольшими кровоотечениями. Описана полная атрофия после потери 360,0 куб. см. и временный амавроз от 240,0—оба у очень анемичных субъектов. Вообще предшествующее состояние здоровья имеет огромное значение: чем оно было лучше, тем меньше шансов на заболевание и наоборот, чем объясняется его редкость во время войн среди (здоровых людей) воюющих армий. (Конечно, и всякая другая амблиопия, после случайного кровоотечения, может дать резкое ухудшение зрения).

На долю отдельных источников приходится следующие соотношения:

- 1) Пищеварительные пути . . . 40% (ulcus ventriculi, брюшной тиф).
- 2) Маточные 38% (внепат. берем., фибромиома, метрит).

- 3) Травматич. повреждения . . . 12%
(в част. на войне и на работе 3%).
- 4) Носовые кровотечения . . . 7%
- 5) Легочные, гематурия и проч. по 1%

Оба глаза поражаются в 90% случаев, один в 10%.

Рав начавшись, заболевание дает 65% полной слепоты, и только в 35% ограничивается амблиопией.

Объективные признаки.—Реакция зрачков вялая, ширина их неодинакова (анизокория). При полном амаврозе они максимально расширены и совершенно неподвижны. При исследовании поля зрения находят на периферии обширные скотомы с зубчатыми краями, при чем они могут занимать всю половину поля, симулируя гемианопсию.

Офтальмоскопическая картина только в очень редких случаях бывает отрицательной. Обычно же в первые дни после падения зрения развивается резкая анемия дна, которое кажется совершенно обескровленным при бледном соске зрительного нерва. Несколько позже присоединяется отек соска по типу застойного, с крововизиями. Застойный сосок держится недолго и после него развивается уже атрофия. Иногда развивается атрофия, минуя стадию отека. Она может сопровождаться экскавацией. Иногда наблюдаются и сопутствующие симптомы: глухота, нистагм, параличи внешних мышц глаза.

Прогноз.—Прогноз очень плохой. При обсуждении предсказания необходимо принимать во внимание общее состояние больного и характер кровотечения. Носовые и желудочнокишечные дают очень плохое предсказание, как и склонность к рецидивам.

Заболевания же, протекающие при нормальной картине глазного дна, оканчиваются выздоровлением.

При неподвижности зрачков и при анизокории выздоровление наблюдается редко, и атрофия зрительных нервов распознается уже в тот момент, когда амблиопия переходит в амавроз.

Полное выздоровление не превышает 20% всех случаев.

В виду плохого прогноза нельзя относиться оптимистически даже к ничтожным проявлениям со стороны органа зрения после несобственно больших кровотечений, и утешать себя мыслью о том, что симптомы со стороны глаз зависят от общей анемии. Грозные явления могут наступить довольно неожиданно, именно в то время, когда их менее всего ожидают: недели через 2 после кровотечения, когда, казалось бы, уже прошла опасность, и больной начал поправляться от острой анемии.

Поэтому при первых же жалобах необходимо немедленно приступать к энергичному лечению.

Патогенез.—После обильных кровотечений наступает длительная ишемия сетчатки и зрительного нерва, о чем свидетельствует первоначальная картина глазного дна. Благодаря анемии уменьшается доставка кислорода к нервной ткани, падает ее питание, и ослабляется жизнедеятельность. Запасы кислорода в нервной ткани истощаются гораздо скорее, чем пищевые вещества; возбудимость нервной ткани, как обусловленная именно кислородом, понижается, ослабляется ее функция, падает острота зрения и начинается амблиопия.

Кроме того, при кислородном голодании увеличивается количество углекислоты, которая, как кислая субстанция, способствует повышению сродства тканевых коллоидов к воде, что и объясняет вторую стадию офтальмоскопической картины. Но это еще не все. На всякий недостаток в кислороде нервная ткань реагирует жировым перерождением, которое и составляет сущность

дегенеративных изменений ишемической атрофии. (Воспалительных процессов здесь не бывает).

Дифференциальный диагноз. — Для диагноза данной атрофии прежде всего следует помнить об ее существовании и не забывать расспрашивать больных о бывших кровотечениях.

При первом типе глазного дна придется подумать об амблии центральной артерии сетчатки. В последнем случае сетчатка отечна и серовата, сосок мутноват, артерии пусты, с перерывами на своем пути, узки и вены. Область желтой ямки имеет вишнево-красное пятнышко, чего нет при ишемич. атрофии. При второй картине дна возможно смещение с застойным соском, но при нем все явления более резки, сосок грибом вздается в стекловидное тело. Кроме самого вида соска, отсутствие мозговых явлений и анамнез дают довольно данных для отличительного распознавания.

В атрофическом периоде придется иметь в виду спинную сухотку, которая может дать сходные явления. Здесь помогут остальные признаки табеса: Argyll-Robertson, присутствующий в 70%, Romberg в 30%, анамнез и WR. Следовательно, придется основательно осмотреть больного и произвести не мало реакций: мочи, крови, спинномозговой жидкости, и т. д.

Терапия. — Из всего вышесказанного не трудно вывести 3 основных показания для терапии:

- 1) *остановить немедленно кровотечение, если оно продолжается,*
- 2) *воспрепятствовать рецидиву кровотечения,*
- 3) *понижить спроство тканей, коллоидов к воде, и усилить приток крови к зрит. нерву и сетчатке.*

Первое показание требует более подробного рассмотрения, так как в вопросе о кровоостанавливающих средствах накопилось изрядное количество устаревших воззрений.

Если спросить любого врача, как остановить кровотечение из внутренних органов, то 75% ответит стереотипной фразой: «надо выпрыснуть эрготин, адреналин» и т. п. С таким ответом молодой врач должен быть знаком, но только для того, чтобы никогда не приводить его в исполнение.

Справиться с кровотечениями можно тремя путями: 1) сужением сосудов в кровоточащем органе, 2) понижением кровяного давления или 3) усилением свертываемости крови.

Выполнять первое требование не легко; правда, подкожное впрыскивание эрготина и адреналина вызывает сокращение сосудов, но не там, где это необходимо, а самым беспорядочным, неожиданным образом. Сокращая кровяное ложе адреналин с компанней сосудосуживающих повышают кровяное давление, т. е. усиливают кровотечение. При кровотечениях же из легких результаты могут быть даже плачевные, так как *адреналин расширяет сосуды легких.* К этой же категории относится и название льда: холод и боль ведут к накоплению в крови адреналина, т. е. к усилению кровотечения. Препараты спорны являются кровоостанавливающими средствами только в узком смысле этого слова по отношению к маточной мускулатуре: сжимаемая ее механически, препятствуют кровотечениям.

О понижении кровяного давления, как терапевтическом факторе, говорить не приходится.

За последние 10—15 лет в качестве кровоостанавливающих выдвинулись *сосудорасширяющие средства группы амил-нитрита.* Благодаря энергичному приливу крови к голове и огромной кожной поверхности, создаются очень выгодные условия, препятствующие кровотечениям из внутренних органов. И это действие амилнитрита успешно проверено на больных. (Назначение см. эмб. п. а. сетч.).

Последняя группа средств, повышающих свертываемость крови, обнимает собой:

- а) антидифтерийную сыворотку,
- б) желатину,
- в) зметин,
- г) хлористый кальций.

Предварительное впрыскивание антидифтерийной сыворотки дает возможность безбоязненно оперировать даже гемофилика.

Желатину принято вводить подкожно, но и принятая внутрь в виде вкусного желе она прекрасно сохраняет свои свойства, вопреки установившемуся взгляду: будто бы она под влиянием пищеварительных соков претерпевает резкие химические превращения, лишаящие ее специфического действия. Это теоретическое увлечение. *И я на основании большого опыта очень горячо рекомендую внутренне приемы желатины (желе) при всякого рода кровотечениях.* Готовят ее так: облить брусок сгущенного желе Р. Келлера одним стаканом горячего кипятку (200,0), добавить 1—2 чайн. ложки сахарного песка (можно выжать еще $\frac{1}{2}$ лимона), размешать до растворения. После этого дать застыть или остынуть; в первом виде его едят ложечкой, во втором выпивают за один прием 1 и 2 таких порции в день.

Можно также распустить 18 золотников листовой желатины, но тогда следует добавить какого-либо фруктового сока или варенья, сока клюквы, стакан кофе с молоком и т. п.

Хлористый кальций—слабее желатины, но зато он предшествует отекам, что в этих случаях очень ценно (отек соска зр. н.). И, наконец, последнее средство *зметин*—*алкалоид вискакуаны*, обладающий огромной силой купировать кровотечения. Подкожно—0,05—0,06 на впрыскивание.

Уже очень давно известный фр. клиницист *Труссо* назначал большие дозы ипекакуаны для остановки легочных кровотечений, но с течением времени *такое применение* было забыто и вновь воскресло уже в виде чистого алкалоида.

Порядок выполнения терапии можно наметить такой:

Прежде всего уменьшить ишемию сетчатки и зрительн. нерва амил-нитритом, ослабить или предупредить отек нерва хлористым кальцием (4—5, про die) и одновременно впрыснуть зметин. Застраховав больного от немедленного повторения кровотечения, впрыснуть 6—8000 единиц антидифт. сыворотки (повторяя их на 2, 3, 4 и 5 день). Обеспечить таким образом себе положение, остальное можно предоставить желатине по 1—2 порции в день для длительного применения. Зметин можно время от времени впрыскивать и при дальнейшем желатинном курсе. Конечно, могут встретиться и побочные показания, все их предвидеть нельзя, но это уже будет область чисто внутренней медицины.

В смысле диеты для поднятия работы кроветворных органов придется назначить усиленное питание: молоко, яйца, яблоки и т. д.

При появлении же признаков атрофии зр. нервов терапию придется направить по этому руслу (см. выше).

в) Метил-алкогольная атрофия.

Древесный спирт, хотя и является первым членом гомологического ряда одноатомных спиртов, однако, в своей химической физиологии имеет много своеобразных черт и свойств, ставящих его в совершенно изолированное положение по отношению к остальным членам своей группы.

Он получается путем сухой перегонки дерева в то время, как все его собратья суть продукты брожения. Уксусная кислота, как и все производные кислоты жирного ряда обладают определенными свойствами, и только муравьиная—продукт окисления древесного спирта, является резким восстановителем, жадно поглощающим кислород.

Если же рассматривать радикалы, входящие в основу соседних спиртов, то окажется, что группы CN_2 и C_2H_5 по своему физиологическому действию не гомологи, а антиподы. В производных метана (как и в метиловом спирте) резко выражено спотворное действие, в ряде же этана обратное—судорожное. Эта разница в радикалах кладет свой отпечаток и на спирты.

Древесный спирт является продуктом значительно более ядовитым, чем спирт винный. Токсичность его столь велика, что даже одно пребывание в атмосфере его паров не раз служило поводом для развития слепоты и атрофии зрительного нерва. Зарегистрирована длинная серия профессиональных отравлений (парами) среди полировщиков, бондарей, столяров и т. п. рабочих, которые для растворения смол и красок пытались заменить винный спирт более дешевым древесным. О токсичности его можно судить по следующему примеру: один больной пролил на ноги и на пол одну кварту др. спирта и после нескольких часов пребывания в атмосфере его паров ослеп, и ослеп безвозвратно. Коварство этого продукта заключается в том, что, будучи химически очищен, он совершенно не обладает никаким посторонним запахом и вкусом. Токсическая же его доза очень мала: уже 5—7,5 грамм нередко вызвали слепоту, 15,0 бывали частой ее причиной, а 30,0 влегли даже смертельный исход.

Симптомы отравления.— Вскоре после приема др. спирта начинается: сильная слабость, головокружение, головная боль, боль под ложечкой, изжога, тошнота и рвота, понос и заметное состояние духа с сильной склонностью ко сну, которая в более тяжелых случаях выливается в продолжительный сон целыми сутками, переходящий в кому и смерть.

Заболеванию предшествует скрытый период от нескольких часов до 1—1½ суток. В очень тяжелых случаях все разворачивается чрезвычайно быстро и бурно: почти тотчас же после выливки больной валится с ног, начинается повторная рвота и понос, длительный сон, кома и смерть в течение первых 12—48 часов.

Симптомы со стороны глаз чаще всего начинаются с затуманивания зрения, с мелькания искр перед глазами. После чего зрение быстро падает и в течение 12—48 часов переходит в слепоту. Нередко после глубокого сна просыпаются уже слепыми с широкими, неподвижными зрачками. При офтальмоскопировании: нормальное глазное дно, редко отек зрительного нерва—впоследствии атрофия зрительного нерва.

Падение зрения очень характерно: *узнав значительно при первых симптомах отравления, оно вскоре частично восстанавливается, чтобы недели через 3—4 вновь упасть и на этот раз безвозвратно от атрофии зрительных нервов.*

Период возбуждения отсутствует, вместо него выступает подавленное, апатичное состояние. *Никаких судорог никогда не бывает.* Это следует особенно подчеркнуть, тем более, что немецкая литература упорно твердит о них. Они не свойственны метану и их здесь никогда не бывает. Судороги сюда попали благодаря ошибке. Слепота и смерть очень частые спутники этого отравления. Следует подчеркнуть, *что гастронтерит со слепотой и сонливостью всегда заставляет думать о метиловом спирте, при чем судорог никогда не бывает.*

До 1914 года были известны только острые формы, с хронической же пришлось познакомиться только во время германской войны, когда запрещенные продажи спиртных напитков ввели в жизнь целую серию новых «ликеров»: денатурата, ханжи, одеколонов, политуры и т. п. Все они готовились или на денатурате (слабом растворе дрв. спирта), или на метиловом алкоголе. Общие симптомы здесь были слабее выражены. В самом начале насморк, фарингит, бронхит, потеря аппетита. Несколько позже тошнота, головные боли, ослабление мускульной силы и, наконец, через 7—10 дней, 2—3 месяца, падение остроты зрения, которая долго оставалась на одном уровне, а потом вдруг падала стремительно вниз, а поле зрения становилось узким. При прекращении пьянства — частичное восстановление зрения. Вообще хроническое отравление малыми, но повторными дозами было несколько менее губительным, чем острое.

Патолог. анатомия. — В основе патологии лежит чистоатрофический дегенеративный процесс без всяких явлений воспаления. Дегенеративный, атрофический процесс, который охватывает не только зрительный нерв, но и всю центр. нервную систему, включая сюда же и сетчатую оболочку.

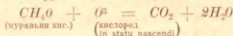
Предсказание. — Предсказание вообще очень мрачное. *Прогноз смертности при остром отравлении превосходит 30, а слепоты — 50%; на долю же большего или меньшего восстановления зрения приходится всего 12,5%*, да и то последняя цифра не внушает большого доверия.

Патогенез. — Основой болезненных изменений служит отравление организма развивающейся *in statu nascendi* муравьиной кислотой, жадно поглощающей кислород у тканей и продуцирующей в силу этого жировое перерождение, так как кислотная субстанция вызывает отеки в области сетчатки и зр. нерва.

Терапия. — Показания для терапии совершенно ясны:

- 1) *нейтрализовать и разрушить муравьиную кислоту,*
- 2) *уничтожить отек тканей.*

Разрушить муравьиную кислоту может только какой-либо сильный окислитель. И такой фактор не трудно подыскать: — марганцово-кислый калий, выделяющий при соприкосновении с тканями кислород *in statu nascendi*; кислород же разрушает муравьиную кислоту:



Этим свойством марганцовокислого калия давно уже пользуются при отравлениях морфием и его аналогами с очень хорошим результатом. Впрыскивать следует, как можно раньше. Впрыскивают под кожу живота 2% стерилизованный раствор в количестве 50—100 кб. см. Для нейтрализации кислотности и устранения отека следует обратиться к солям. В первую очередь это будет *хлористый кальций по 5,0 pro die* и *лимоннокислый натрий*, которые, являясь щелочной солью, лучше соды нейтрализуют явление ацидоза. Кроме того, они обладают большим преимуществом: даже 50,0 в сутки не вызывают тошноты и поноса, и не ведут к вадутно кишечника. Назначать их можно в виде 5% питья.

В коматозном состоянии потребуется более энергичная терапия — внутривенное введение Фишеровского раствора.

Rp. Natrii carbonici (Na ₂ CO ₃ ·10H ₂ O)	20,0
Natrii chlorati chem. puri	28,0
Aq. destillatae	1000,0
MDS. Для вливаи. f. Sterilisat. (99).	

При появлении очевидных признаков атрофии зр. нервов терапия та же, что и при других видах ее.

с) Травматическая атрофия зр. нерва.

К этиологическим моментам, вызывающим атрофию зр. нервов, следует отнести и травматические инсульты в самом широком смысле этого слова.

Условие для последовательной атрофии этого порядка (без предварительной офтальмокопической картины) могут заключаться в самом акте родов. Ее могут вызвать соскочившие с головки младенца щипцы через сдавление глазных впадин, а тем самым и зр. нервов. Сюда же относится атрофия и при аномалиях развития черепа (остроконечный, башенный и т. п.). Об опухолях придаточных полостей носа было уже сказано выше. Аневризма ветвей внутренней сонной артерии тоже могут обусловить атрофию, если они развиваются спереди хиазмы над зр. канатиками. Далее идут падения на голову, ушибы височной области, особенно травма в области внутренней трети надбровных дуг. Сильные инсульты в этих случаях сопровождаются потерей сознания, и слепота обнаруживается как только больной приходит в себя. Здесь происходит сдавление, сжатие, перекручивание нерва вследствие передачи силы удара к foramen opticum, иногда же его ранят обломки костей.

Через 2—8 недель после травмы появляются и признаки атрофии—сосок зр. нерва бледнеет.

Необходимо отметить, что лица, стреляющие себе в висок с целями самоубийства обыкновенно остаются живыми, но ослепшими на оба глаза вследствие раздробления обоих зрительных нервов. И последняя германская война дала в этом смысле огромный и печальный материал.

Диагноз травматической атрофии редко может встретить затруднения.

Примечание.—Если при офтальмокопировании на 3—4 день после травмы, вызвавшей слепоту, глазное дно инемично, то следует иметь в виду произошедшее обширное кровоотечение из сосудов зрительного нерва.

Терапия.—Терапия достаточно безнадежна, то что разорвано или разожжено не восстановится, но совершенно отказаться от вмешательства, особенно при сохранении зрачковой реакции, мы не можем, так как наблюдались случаи, правда, чрезвычайно редко, когда зрение возвращалось через 2—3 недели (кровоизлияния, а не разрыв нерва). Но и в этих случаях арсенал наших средств не велик. Показана—рассасывающая терапия: иодистый калий, хлористый кальций, сульфодушные ванны.

К этой же категории относятся и опухоли гипофиза, дающие картину битемпоральной гемианопсии. При этих опухолях, связанных с явлениями акромегалии или с *distrophia adiposo-genitalis* или без них, обыкновенно рекомендуется оперативная терапия в случаях, когда зрение и общее состояние продолжают ухудшаться.

В этих случаях необходимо иметь в виду, что такой опухолью гипофиза может оказаться и гупма, а среди причин—врожденный сифилис, о котором следует помнить, чтобы его доискаться всеми существующими способами. Весь симптомокомплекс опухоли гипофиза (без разрушения турецкого седла на рентгенограмме, конечно), может дать и сифилитический менингит в области хиазмы. Поэтому во всех этих случаях необходимо энергичное спец. лечение *ex juvantibus* и даже в случаях с отрицательным исследованием спинномозговой жидкости. Только очень недавно мне пришлось наблюдать случай такого менингита, симулировавшего опухоль гипофиза, где диагноз был поставлен исключительно на основании рудиментарных стигматов глазного дна, слабо выраженных при этом. Больная, 53 лет, отрицала гус, в анамнезе ничего подозрительного не было, WR крови и спинномозговой жидкости отрицательны, реакция Pandy и Nonne-Apelt fasa I отрицательны, лейкоцитоза нет.

Однако, энергичное спец. лечение дало блестящий результат: острота зрения поднялась с 0,2 до 0,8; гемипарезы исчезли, головные боли прошли.

Поэтому в каждом случае подозрения на опухоль гипофиза необходимо энергичным лечением исключить эту.

д) Атоксил — атрофия.

Атоксил — производное мышьяка — даже в очень малых дозах вызывает полную слепоту вследствие атрофии зрительных нервов. Таких случаев описана не одна сотня. И, однако, он еще и до сих пор рекомендуется фармакологами. Так, напр., в фармакологии проф. Д. М. Лаврова 1923 он рекомендуется в больших дозах при злокачественном сифилисе.

Молодой врач должен запомнить единственный разумный совет, который еще возможен:

не применять атоксила ни при каких условиях, ибо никогда заранее нельзя предвидеть, от какой дозы и когда наступит неизлечимая слепота.

Приложение I-e.

Токсикозы беременности и глаз.

Глаз, как орган с обильно развитой нервной системой, а в еще большей степени благодаря своему богатству сосудами, широкопетливой сетью, вливающей в него кровь, связан со всеми частями человеческого тела непрерывными токами питательного материала. И наравне с продуктами для него полезными, он безостановочно омывается и различного рода токсинами, где-либо вырабатываемыми и подчас где-либо очень далеко на периферии.

Такая нервно-сосудистая связь легко объясняет как многообразие форм заболеваний столь небольшого органа, так и громадное диагностическое значение его болезней в общей системе организма.

Поэтому он так нередко является фатальным индикатором происходящих где-то изменений, и часто служит своего рода интабеле и даже шепотом, помогая врачу разобраться в основном страдании. В других же случаях направляет врачебную мысль на истинный путь, указывая скрытую до того времени причину болезни.

За примерами ходить недалеко. Вспомним только его роль в распознавании сифилитических заболеваний, обыкновенно о которых до поражения глаза никто и не думает: паренхиматозный кератит, пигментный ретинит и т. п., которые только своим появлением указывают на существование активного дуэса. Вспомним далее альбуминурический ретинит с его прогностическим значением, его указание на тяжелое заболевание почек при гипертонии еще в то время, когда самое тщательное исследование этого органа еще не в силах указать какого-либо функционального изменения и т. д. и т. д.

Я не стану перечислять хорошо известного из предыдущего изложения. Я намерен только подчеркнуть еще в одном направлении важное диагностическое значение органа зрения, его участие, в так называемых, токсикозах беременности. Эта связь до сего времени была совершенно скрыта от практического врача и по какому-то молчаливому договору между представителями акушерской и офтальмологической кафедры оставалась без должного внимания: акушеры предоставляли право изложения офтальмологам, а последние акушерам. И такая взаимная уступчивость приводила к тому, что этот

важный отдел оставался совершенно неизвестным врачам. В учебниках повторялась та же самая история (за исключением, новейшего руководства проф. С. С. Грудова) и врачебное понятие дальше туманного представления о каком-то ретините беременных не шло, были какие-то «слухи» о ретините, не связанные в стройное целое.

Во время беременности, начиная с самого акта зачатия и до рождения на свет младенца, организм женщины наводняется многочисленными токсинами. В зависимости от степени их нейтрализации появляются более или менее выраженные патологические явления, которые нарушают нормальное течение беременности. Если обезвреживание наступает полностью, беременность протекает гладко, если такой нейтрализации не получается, развиваются различного рода дерматиты, тошнота, рвота до неукротимой включительно, эклампсия и т. п. и одновременно может поражаться также и орган зрения.

Внимание офтальмологов привлекается более всего этим последним токсикозом — эклампсией, как наиболее резко выраженным, с которым патология ретинита беременных самым тесным образом связана.

К счастью, ретинит беременных наблюдается не часто: не чаще 1 случая на 3000 беременностей.

Наибольшим к нему предрасположением отличаются первородящие, при чем вся тяжесть выпадает на долю последних четырех месяцев—до 70% всех случаев.

До 6 месяцев берем.	21%
на 6 и 7	38 »
» 8 » 9	33 »
после родов	8 »

Как известно, после смерти от эклампсии на вскрытии находили глубокие паренхиматозные изменения в печени и почках. И раньше предполагали, что недостаточность этих органов и служит причиной как эклампсии, так и ретинита. Однако вскоре уже было замечено, что хотя эти изменения и чрезвычайно часты на секционном столе; но далеко не являясь обязательными для всех случаев. И становилось ясным, что надо искать какой-то другой причины, как для ретинита, так и для эклампсии.

Не обошлось, конечно, и здесь без обвинений различного рода микроорганизмов, но эта теория, настойчиво пропагандируемая ее авторами, все же не привилась.

Микроскопическая находка в разных органах децидуальных клеток дала возможность Veit'y создать теорию эклампсии, как заболевания, зависящего от внедрения в организм матери плацентарных образований. Теория была очень горячо встречена, но и к ней скоро охладели. И пытливая мысль, не находя для себя удовлетворительного объяснения ни в одной из областей патологии, принуждена была обратить свой взор в сферу новейших открытий.

В наше время после безграничного увлечения бактериями, наблюдается определенный сдвиг медицинского мышления в сторону внутренней секреции, и многие вопросы, рассматриваемые в свете функции эндокринных желез, находят для себя оправдание. Конечно, вполне естественно было обратить свое внимание в эту сторону и попытаться в этой области найти обоснования для токсикозов беременности. И *Szestrin* первый предложил рассматривать плаценту как железу. Как ни парадоксально казалось первое время такое явление, однако уже очень скоро был найден целый ряд своеобразных ферментов, лежащих в основе плацентарного химизма, которые принимали непосредственное участие как в обмене веществ, так и в переработке пита-

тельных материалов, получаемых от матери плодом. Появилась теория Hofbauer'a — *ферментативной интоксикации*.

В 1921 г. Schönfeld'ty посчастливилось выделить из плаценты *липоид*, который обладал способностью, *вызывать как судороги, так и изменения в органах, типичные для эклампсии*. Плацента, следовательно, представляла из себя железу, вырабатывающую своеобразный гормон, который Окичини априорно назвал *горинном*.

Таким образом, все токсикозы беременности является возможным объяснить тем, что плацентарные гормоны вносят своего рода дисгармонию в общую работу других эндокринных желез. Нарушается правильность корреляции — и в результате появляется токсикоз.

Если же организм матери успевает приспособиться к новой функции — все протекает нормально.

Еще в 1920 г. Mahnerl'у удалось констатировать, что во время беременности появляется дисфункция желез:

гипофиза	60%
щитовидн. железы	57 »
яичников	75 »
надпочечников	75 »
пищеводной железы	40 »

Эти исследования для нас особенно ценны. Они показывают, что токсикозы беременности, а в частности эклампсия, далеко не являются следствием заболевания одной какой-либо железой, а есть результат нарушения корреляции во всей полигландулярной системе и связаны то с гипофункцией, то с гиперфункцией различных желез.

Современная научная мысль останавливается, следовательно, на патологии полигландулярной системы эндокринных желез, чем действительно хорошо объясняет все токсикозы беременности.

В этом вопросе есть и еще очень интересная сторона дела, которая определенно указывает, что как для эклампсии, так и для ретинита вовсе нет никакой необходимости состоять в зависимости от заболевания почек. Воспалительный процесс в ретине может развиваться самостоятельно под влиянием отравляющего действия ферментов, и быть, следовательно, самостоятельным симптомом разыгрывающегося токсикоза.

И, действительно, в бурно протекающих случаях все явления эклампсии разыгрываются с такою стремительною быстротою, с такою неожиданностью поражают большую женщину, что не представляется никакой возможности равобратиться в том, что здесь играет главную и что подчиненную роль. Описан не один случай, когда приходившая в себя после внезапного приступа эклампсии роженица оказывалась слепой с резкими изменениями главного дна. Но дело далеко не всегда обстоит так грозно, и развитие ретинита начинается значительно раньше эклампсии.

Первые предвестники обнаруживаются около 6-го месяца беременности: в моче появляется белок от нескольких сантиграммов до 10,0—30,0 грамм за сутки, цилиндры, отеки, головная боль, тошнота с рвотой, или без нее, потом начинается прогрессирующее падение зрения и офтальмоскопом можно констатировать ретинит.

Если же симптомы остаются без внимания, то общее состояние постепенно ухудшается, суточное количество мочи идет на убыль и дело заканчивается экламптическими припадками.

Если же сразу приступают к лечению, то общее состояние улучшается, хотя симптомы со стороны глаз не исчезают, а плод часто погибает. Если

беременность прерывается, если плацента с ее гормонами выделяется из организма, картина резко меняется и наряду с общим восстановлением здоровья улучшается и зрение, если изменения в сетчатке не успели пустить глубоких корней, и не привели ее к рубцовому перерождению.

Кроме ретинита в течении беременности и под влиянием того же токсикоза может развиваться воспаление зрительных нервов с очень тяжелым течением. Очень неблагоприятным признаком в смысле прогноза является сужение поля зрения и исчезновение реакции зрачков. *Вообще состояние зрачков имеет капитальное значение как при нерите, так и при ретините, и даже при экламптическом амврозе.* Для иллюстрации приведу статистику *Rochon-Duvigneaud*:

Из 12 случаев ретинита беременных без реакции зрачков 4 окончились смертью и 8 слепотой.

Экламптический ретинит имеет особенную склонность к отслойке сетчатки: в 17% данное осложнение наступает внезапно и совершенно неожиданно. К счастью, только ее тенденция к обратному прилеганию очень велика: если матка опорожняется своевременно, то через 8—15 дней отслойка исчезает, но и при хорошем исходе в сетчатке после нее могут остаться рубцы.

В зависимости от ретинита, неврита, амвроза и отслойки сетчатки падение зрения доходит до полной слепоты, если своевременным перерывом беременности не будет прекращен доступ токсинов в экономий организма.

После перерыва беременности восстановление зрения, в зависимости от тяжести случая и времени вмешательства, может быть полным или частичным, на что требуется от нескольких дней до полугода, чаще всего 3—6 месяцев. Однако, не всегда наступает улучшение и дело может закончиться стойкой слепотой.

Сколь серьезное прогностическое значение имеют все эти изменения глаза при беременности, будет ясно из следующих сопоставлений.

На 169 заболеваний глазного дна *Rochon-Duvigneaud* отмечает 19 смертных исходов.

На 53 законченных беременностей приходится	8 смертей или 15%
» 34 » самостоятельным перерывом	4 » » 12 »
» 68 прерванных искусственно	3 » » 4,5 »

Из сопоставления приведенных цифр уже очевидно, на сколько опасно выжидать конца беременности, когда появились симптомы со стороны органа зрения, и в какой степени необходимо торопиться с перерывом беременности.

Правда, и при таком вмешательстве в 4,5% случаев не удается спасти родинку, однако не исключена возможность и более значительного уменьшения %, если врачи к этому вопросу будут относиться гораздо серьезнее, чем до сих пор, и не будут оттягивать времени акушерского вмешательства. Не менее интересные данные можно получить из той же статистики и по вопросу о слепоте.

На 45 законченных беременностей слепых было	11 или 25%
» 30 » самостоятельным перерывом	4 » 13 »
» 65 » искусственным »	4 » 6 »

Интересно сопоставить, в какой степени зрение восстанавливается у избежавших смерти.

Siler на 30 больных с ретинитом всего только у троих видел полное восстановление зрения с исчезновением запозде ретинита, да и то в этих случаях беременность была искусственно прервана. *У Burnier* из 116 случаев

ретинита без отслойки зрение вполне восстановилось у 22, улучшилось у 42 и закончилось слепотой у 52. *Воспаление же зрительных нервов почти в 70% заканчивается слепотой (атрофией).*

Из этого следует, что и приостановленные в своем развитии поражения глазного дна представляют не малую опасность как для зрения, так и для жизни, вот почему *настоятельно необходимо спешить с родоразрешением.*

Но и такими последствиями еще не исчерпывается вся злокачественность разбираемых поражений, она не ограничивается только текущей беременностью, но не теряет остроты своего действия и при следующих: из 19 женщин, имевших раньше ретинит (Roch-Duvig) умерло 9 во время повторной беременности, 5 ослело и только 5 сохранило приличное зрение. Иначе говоря, *однажды перенесенное во время беременности заболевание глазного дна, угрожая при следующих 50-ю % смертности, служит энергичным противопоказанием для нового зачатия.*

Прежде чем закончить наше рассуждение о ретините, необходимо еще добавить, что картине глазного дна принадлежит решающее значение даже и в том случае, если не удается отыскать белка в моче. Ретинит может предшествовать появлению белка. И потому ради профилактики заболевания следовало бы обязательно исследовать мочу у всех женщин, начиная с 5 месяца беременности. Но и этого даже еще недостаточно и правильное держаться следующего: *как только акушер заметит появление головных болей, некоторую возбудимость характера, уменьшение суточного количества мочи, даже и без белка в ней, или повышение кровяного давления — т. е. признаков токсикоза, он должен тотчас же направить беременную женщину для исследования глазного дна, до появления утратки остроты зрения.*

Я позволю себе теперь еще несколько остановиться на амаврозе беременных. По меткому выражению *Burnier*, амавроз беременных: *„c'est une variété d'éclampsie sans crise“*. Больная может совершенно ослепнуть на оба глаза в течение каких-нибудь 5 — 10 минут. В других случаях за несколько дней до наступления слепоты появляется преходящее затуманивание зрения и особенно ослабление аккомодации: нитка упорно не желает попадать в ушко иголки, чтение вызывает затруднения, между тем как до сих пор эти манипуляции не вызвали затруднения. После периода предвестников начинается падение зрения и до наступления полной слепоты проходит от 2—3 часов до суток времени.

Нередко падение зрения сопровождается головною болью и рвотой; иногда бывает только одна альбуминурия, *иногда же амавроз является единственным симптомом тяжелой эклампсии*. Смертность матерей при амаврозе беременных очень значительна — от 19,2% (*Pinard*) до 36,88% (проф. *Bar* — монография 1911 г.). Если больная не погибает, то зрение в большинстве случаев восстанавливается.

До сих пор шла речь о заболевании глаз в зависимости от токсикозов беременности. Но ведь ретинит, напр. может завесить и от острого нефрита во время беременности. Такая чрезвычайно редкая комбинация (*Burnier* мог отыскать всего 7 таких случаев) сильно ухудшает прогноз *quo ad vitam*: *смертность превышает 40%*.

Не менее серьезен прогноз, если ретинит присоединяется к беременной, одержимой хроническим нефрозо-нефритом: смертность матерей достигает 36%, слепота 72%; часть же детей не донашивается, а другая погибает во время родов.

На основании всего вышесказанного явствует, что *наличие ретиinita, неврита, амвроза является вполне обоснованным показанием для немедленного искусственного перерыва беременности.*

Большинство споров о том, чья жизнь должна быть сохранена—матери или ребенка—здесь быть не должно, хотя бы только потому, что *смертность детей при данных условиях достигает 80%*. Однако, жизненная стойкость и остальных 20% крайне слаба, как это было указано Pinard'ом.

Если же теперь принять во внимание и столь огромную смертность детей, то должны будем согласиться, что *искусственный перерыв беременности и выкидыш при таких условиях необходим и неизбежен, и даже, наоборот, всякая отсрочка нашего вмешательства чревата тяжелыми последствиями.*

Кроме этих абсолютных показаний, имеются еще и относительные, где непосредственной опасности для жизни матери нет, но где ей грозит потеря органа зрения. Здесь приходится ставить вопрос, что предпочтительнее: слепую мать с живым ребенком или зрячую без ребенка? На мой взгляд, второе предпочтительнее.

Какова будет жизнь ребенка при слепой матери, да еще в бедной семье? Не погибнет ли он от недостаточного присмотра. В результате *двойная гибель: и зрения матери и жизни дитя.* Какие болезни входят сюда?

Под влиянием токсемии и плохого питания происходит истощение организма, уже ранее подорванного тяжелой нуждой, недоеданием. При таких условиях поражается именно та ткань глаза, питание которой и физиологически обставлено плохо, т. е. роговица. И в этих случаях во второй половине беременности поддается язвенный кератит, который в своем фатальном развитии приводит к атрофии яблочки. Язва начинается в центре и, постепенно захватывая периферические части, губит всю роговицу. Дело заканчивается прободением ее с последующим выпадением хрусталика и полным разрушением органа. — Боль и светобоязнь отсутствуют, жалобы сводятся лишь к упадку зрения. Следовательно, спасение глаз матери требует искусственного перерыва беременности; тем более что жизнеспособность детей от таких истощенных матерей весьма сомнительна.

Если такое же заболевание начинается во время кормления грудью, то злостный характер его меняется лишь с отнятием ребенка от груди. Это же относится и к воспалению зрительных нервов во время периода лактации; обычно через 2 месяца после родов, реже через 2 недели, поражал женщин 30—40 лет.

Кроме язв роговой оболочки могут появляться заболевания и стекловидного тела у сильных миопов, в виде его помутнения и сморщивания, а старые заболевания могут усиливаться, в результате чего может появиться отслойка сетчатки.

Следовательно, и изменения стекловидного тела также должны служить относительными показаниями к перерыву беременности.

В самом начале я указал на сравнительную редкость участия органа зрения в патологии беременности, однако в этом не может быть полной уверенности, и очень возможно, если бы высказанные мною идеи пользовались большим распространением среди акушеров, а главное среди акушерок, то и указанные заболевания регистрировались бы чаще.

Приложение 2-е.

Ключ к распознаванию параличей глазных мышц.

Дифференциальная диагностика параличей и парезов глазных мышц по положению двойных изображений всегда считалась и считается учащимися непреодолимо трудной. Действительно, усвоить и запомнить все 108 положений совершенно невозможно. И даже квалифицированные окулисты подчас испытывают неуверенную робость перед лицом такого рода больных, настолько много хлопот и затруднений приходится иногда переживать при оценке двойных изображений.

Причина такого неестественного положения вещей заключается в методологической ошибке наших руководителей и учебников, излагающих болезни органов движения глаза чисто описательным путем, без физиологического анализа происходящих явлений. Между тем как этот анализ не только вполне доступен для понимания учащихся, но еще и чрезвычайно важен, так как приводит к выявлению известной закономерности, лежащей в основе проекции двойных изображений в пространстве.

Начнем наш разбор с рассмотрения рисунка № 1, представляющего разрез правого глаза читателя в горизонтальной плоскости.

Крайние лучи от предмета АВ, пройдя через преломляющие среды глаза дадут на сетчатке отпечаток в виде линии A_1B_1 . Если же почему-либо наш объект сместится влево и займет положение CD, то отражение его на сетчатке

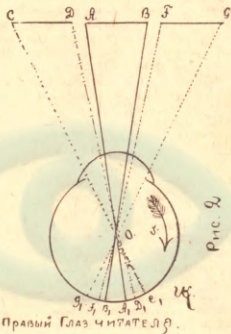


рис. 1.

расположится в C_1D_1 , т. е. отойдет вправо. Если же АВ примет положение FG, то отпечаток на сетчатке передвинется влево на место F_1G_1 . Вследствие такого взаимоотношения между перемещением предметов в пространстве и локализацией их на сетчатке, мы все изображения, падающие на наружные части нервной оболочки, мысленно считаем сдвинутыми кнутри, и, наоборот, изображения, проецирующиеся на внутренних частях глазного дна (как F_1G_1), считаем находящимися в наружных частях нашего поля зрения. Точно так же все рисуемое в верхних частях сетчатки мы относим книзу, и, наоборот, все попадающее на нижние части—кверху. В этих положениях заключается вся сущность физиологического анализа. Попробуем теперь эти наблюдения применить к изучению параличей.

Предположим, что на указанном правом глазу (рис. 1) парализована внутренняя прямая мышца. Вследствие ее паралича, глазное яблоко под влиянием действия антагониста (*m. recti externi*) повернется вокруг своей оси O по направлению стрелки V — роговицей кнаружи (вправо). После

поворота глаза, изображение от линии АВ уже не сможет упасть на прежнее место A_1B_1 , а расположится на переместившемся участке C_1D_1 , лежавшем до этого момента снаружи от середины сетчатки.

Отпечатки же, попадающие на C_1D_1 , проецируются в пространстве, как бы исходящими из CD, и парализованный глаз увидит поэтому предмет АВ смещенным кнутри (как бы стоящим слева), здоровый же левый глаз, как и прежде будет видеть его на своем старом месте АВ.

При исследовании больного мы всегда против правого глаза устанавливаем красное стекло. И все изображения, воспринятые правым глазом, будут окрашены в красный цвет.

В только что разобранном примере красный предмет будет сдвинут влево (CD), а белый (AB), занимая прежнее положение, будет казаться принадлежащим правому глазу—получится *перекрестная диплопия*. Из приведенного анализа уже можно сделать несколько интересных заключений. При параличах каждой из мышц, поворачивающих глаз между прочими движениями также и кнутри, двойные изображения всегда будут перекрестными, так как вследствие действия антагонистов изображение от АВ всегда будет попадать на участок C_1D_1 или же помещаться на соседнем с ним, снаружи от привычного A_1B_1 . Таких мышц три: rectus internus, superior и inferior. Следовательно, *перекрестная диплопия ограничивает поиски парализованной мышцы одной из трех указанных внутренних мышц.*

Нетрудно заключить на основании того же рисунка, что при параличе г. externi глаз повернется в сторону антагониста (ш. recti interni), а изображение от предмета АВ расположится не на участке A_1B_1 , или C_1D_1 , а на новом месте F_1G_1 , и в силу привычки будет проецироваться кнаружи от основного положения в GF, т. е. больной будет видеть справа красный предмет, а слева белый АВ.—Мы получим одноименную диплопию. Вывод из этого опыта ясен: *при параличах одной из мышц, поворачивающих глаз среди прочих движений и кнаружи, диплопия будет одноименная.* Таких мышц тоже 3: rect. externus, obliquus inferior и obliq. superior.

Предлагаю читателю на основании сказанного самому убедиться, что указанная закономерность будет справедлива и при параличах левого глаза.

Для дальнейшего анализа повернем наш рисунок (№ 1) на 90° и условимся называть это рисунком № 2. При новом положении рисунка CD будет выше, а FG—ниже, чем АВ. Допустим теперь, что у нас парализована одна из мышц, поворачивающих глаз кверху. Тогда, под влиянием соответствующего антагониста, глаз повернется кверху по направлению стрелки V, а изображение от АВ покроет на сетчатке какой-либо участок C_1D_1 и будет проецироваться в пространстве как CD, стоящее выше изображения здорового глаза АВ. Следовательно, *ложное изображение, стоящее выше действительного, указывает на паралич одной из двух верхних мышц (или на г. superior или obliquus inferior).* (Obliq. infer. поворачивает глаз кверху и по функции относится к верхним мышцам, obliq. super., наоборот, поворачивает глаз кверху). На основании сказанного нетрудно сделать и второе заключение, что при параличах одной из мышц, поворачивающих глаз книзу: *ложное изображение, стоящее ниже действительного, указывает на паралич одной из двух мышц, поворачивающих книзу, т. е. или на паралич recti inferioris или obliqui superioris.*

Если сопоставить теперь оба проделанных опыта вместе (на основании рассмотрения 1 и 2 рисунков), то окажется, что в нашем распоряжении уже имеется вполне достаточно данных для распознавания параличей одной из четырех следующих мышц: rectus sup. и rect. infer., obliq. infer. и obliq. super. (Rect. extern. и rect. intern. мы пока совершенно абстрагируем).

Напр., перекрестная диплопия ограничивает наш диагноз двумя прямыми мышцами, если же, кроме того, ложное—красное—изображение стоит выше белого, мы делаем заключение о параличе *m. recti superioris*, а при положении красного ниже белого о параличе *m. r. inf.* Точно так же при одноименной диплопии более высокое красное говорит о параличе *m. obliqui infer.*, а более низкое красное—*m. obliqui superioris*.—Пока мы имеем в виду параличи мышц только правого глаза.

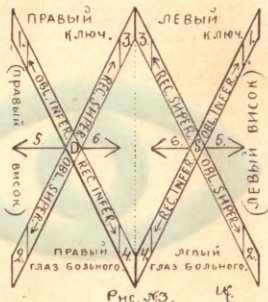
Итак, из всего вышесказанного следует, что если нам известно, на каком глазу парализованы мышцы, определить парализованную мышцу уже нетрудно.

Для дальнейшей ориентировки нам необходимо запомнить 3-й рисунок. На нем несколько схематизировано в виде буквы X изображено направление сил действия мышц глаза, о чем нетрудно судить и по надписям на штрихах буквы X и по направлениям стрелок, а также и по положению самих штрихов. Мышцы, поворачивающие глаз кверху, занимают и верхние штрихи, поворачивающие книзу—нижние. Обе прямые (3 и 4), как поворачивающие глаз, кроме того, и кнутри, занимают внутренние штрихи; обе же косые (1 и 2), как поворачивающие еще и кнаружи, наружные штрихи.

Перейдем теперь к решению вопроса: каким образом определить по сложному изображению, какой глаз парализован? Допустим, что у больного имеется паралич *m. obliqui infer.* правого глаза. Мы получим тогда следующее: одноименную диплопию (рис. 3, правый ключ, штрих 1-й), красное мнимое изображение (CD рис. № 2) выше левого действительного (AB рис. № 2). Но *obl. inf.* не только поворачивает глаз кверху, но также еще и наклоняет при своем сокращении верхний конец вертикального меридиана глаза по направлению к виску (кнаружи), т. е. ставит его в то косое положение, которому соответствует первый штрих буквы X на рис. № 3, соответственного наименования (см. рис. № 3, правый ключ, штрих 1-й).

Поэтому изображение от свечи АВ (рис. № 2) не только упадет на D_1C_1 , но вследствие наклона глаза верхний конец свечи на сетчатке займет в C_1D_1 косое положение с наклоном (вследствие действия антагонистов) в обратную сторону, т. е. к носу. И свеча АВ для больного глаза будет процироваться в пространстве на месте DC в косом виде, при чем верхний конец ее отклонится кнаружи, иначе говоря: красная свеча займет положение верхнего штриха № 1 буквы X, рисунка № 3 с надписью *obl. inf.*

Нетрудно заключить на основании разобранного, что при параличах каждой из четырех мышц (1, 2, 3, 4 штрихи рис. № 3) ложные изображения будут косыми, так как эти 4 мышцы, прикрепляясь к главному яблоку под



известным углом, производят еще и косые движения: наклоняют вертикальный меридиан глаза (resp. и роговицы) влево или вправо. А так как мы раньше условились при исследовании такого рода больных *всегда красное стекло ставить перед правым глазом, то все эти косые изображения будут красного цвета*. Это дает нам право сделать следующее очень важное заключение: *косое изображение красного цвета указывает на паралич одной из четырех (1, 2, 3, 4) мышц правого глаза; а также, что само собой понятно— косое изображение белого цвета— на паралич мышц (1, 2, 3, 4) левого глаза*. Кроме того, мы на основании последнего опыта можем сделать и еще одно заключение: *направление и положение силы действия какой-либо мышцы и ложного изображения в пространстве при ее параличе тождественны*. Во время исследования больного, когда врач стоит против пациента со свечей в руке, больной рисует в воздухе ложное изображение, и этим самым чертит положение своей парализованной мышцы.

Из рассмотрения третьего рисунка мы можем сделать и еще один вывод: *у мышцы, тянущих вверх (штрих 1 и 3), и ложные изображения при параличах будут казаться столбами выше действительных, и, наоборот,— у мышц, занимающих нижние штрихи букв X (2 и 4) ложные изображения—будут ниже действительных*.

При параличах же и разрывах внутренней или наружной прямой мышцы (штрихи 5 и 6) распознавание еще более упрощено. В этих случаях двойные изображения размещаются на одном уровне, и уже характер диплопии сразу исключает ту или другую пару мышц, так как перекрестная диплопия указывает на паралич внутренней прямой (6-й штрих, рис. № 3 правого или левого глаза), а одноименная—на паралич наружной прямой (5-й штрих правого или левого глаза). Формулировка же заключения о стороне поражения вытекает из следующего опыта. Предположим, что перед нами правый глаз с параличем ш. rect. extern. (см. рис. № 1). Если свеча АВ будет передвигаться вправо (считая по руке больного), то отражения ее на сетчатке неподвижного правого глаза (движение свечи происходит в сторону направления силы парализованной мышцы) будут ложиться все дальше и дальше от A_1B_1 , на левом же здоровом все время будут попадать на A_1B_1 и, таким образом, расстояние между свечами A_1B_1 и F_1G_1 , т. е. B_1F_1 все время будет расти по мере сдвигания свечи АВ вправо. Следовательно, *расстояние между изображениями увеличивается при передвижении свечи в ту сторону, в которую парализованная мышца должна была передвигать глаз при ее здоровом состоянии*, иначе говоря: расстояние между изображениями увеличивается при передвижении свечи в направлении силы действия данной мышцы.

После изучения закономерности, лежащей в основе расположения ложных изображений, дифференциальная диагностика разрывов двигающих мышц глаза не может встретить серьезных препятствий, тем более, что все наши выводы легко свести к запоминанию очень простого рисунка № 3, как надежного ключа к разрешению всякого рода затруднений. Каждый штрих буквы X одновременно заключает в себе следующие указания. Возьмем 1-й штрих правого ключа. Он говорит нам о том, что: 1) равнодействующая мышечных сил ш. obl. infer. dex. поворачивает глаз вверх и наружу по направлению стрелки, наклоняя верхний конец вертикального меридиана к виску; 2) положение штриха равнозначно положению ложного изображения в пространстве, т. е. указывает направление его наклона; 3) так как это верхний штрих, то и ложное изображение при параличе этой мышцы стоит выше действительного; 4) так как первый штрих (также 5-й и 2-й) не перекрещиваются со штри-

хами левого ключа, то и диплопия при их параличах не перекрестная, а одноименная; 5) расстояние между двойными изображениями увеличивается при передвижении свечи в направлении сверху и снаружки—(в правую сторону большого)—по указанию стрелки на штрихе № 1.

Технически все указанное выполняется следующим образом. Врач усаживает больного, одевает ему очковую оправу с *красным стеклом против правого глаза*¹⁾, а рисунок № 3 мысленно наклеивает ему на лоб — правый ключ над правым глазом, левый над левым. Затем дает ему в руки палочку-указку, а сам с зажженной свечей становится против больного (лицом против лица). Первый вопрос касается характера диплопии: большой должен указать палочкой, где находится красная, и где—белая свеча. Что дает возможность сразу уже исключить три пары мышц (одноименная диплопия—паралич или *recti externi* или одной из косых мышц). Вторым вопросом выясняет врачу какого цвета косое изображение или оба они прямые и на одном уровне. При косом изображении ответ укажет нам, на каком глазу парализована мышца и еще более ограничит наш выбор. Так косое красное укажет на паралич или *obl. sup.* или *obl. inf.* правого глаза, прямое же даст *rect. extern.* (5) правого или левого глаза. Ответ на третий вопрос, какое изображение выше: красное или белое, даст возможность определить парализованную мышцу. Правильность диагноза проверяется четвертым вопросом о характере наклона мнимого изображения: большой должен своей палочке придать положение (наклон) своего косого изображения, которое должно повторять рисунок (наклон) штриха третьего рисунка, мысленно наклеенного на лбу больного, принадлежащий проверяемой мышце. Пятым вопросом может быть вторая проверка: расстояние между свечами должно увеличиваться при передвижении свечи в сторону, указанную стрелкой на штрихе, принадлежащем проверяемой мышце. При параличах же 5-й и 6-й пары этот последний опыт в виде третьего вопроса укажет парализованный глаз и мышцу.

Наш анализ окончен, но для лучшего усвоения мы повторим еще раз полученные выводы и правила. При этом напомним еще раз обязательное условие для физиолог. анализа: *красное стекло всегда ставится против правого глаза пациента.*

1) Положение штриха (р. № 3) и направление на нем стрелки показывает: а) расположение и направление мышечной силы данной мышцы, б) положение и наклонение ложного изображения в пространстве, в) направление, по которому увеличивается расхождение двойных изображений при параличе и нарезе.

2) У верхних мышц (1 и 3) и ложное изображение стоит выше, у нижних (2 и 4) ниже действительного.

3) Мышцы, тянущие кнутри (3, 4, 6), дают перекрестную диплопию (ключи скрещиваются), тянущие снаружки (1, 2, 6) одноименную.

4) Косое изображение красного цвета указывает на паралич на правом глазу, косое бесцветное (зеленое) на левом.

5) Расстояние между двойными изображениями увеличивается при передвижении свечи в ту сторону, в которую парализованная мышца двигала глаз при ее нормальном состоянии.

¹⁾ Для большего контраста в оправу против левого глаза можно вставить зеленое стекло, тогда все белые изображения будут зеленого цвета.

В конечном итоге все вышесказанное можно изобразить по образцу тех таблиц, которые прилагаются к определителям растений в ботанике.

Диплония.	Положение ложного изображения.	Цвет косого изображения.	Парализ какого глаза.	Какое изображение выше.	Расстояние между свечами увеличивается при передвижении свечи.	Направление косого изображения.	Диагноз. Паралич musculi:
Перекрестная.	Косое.	Красный.	Правое.	Красное.	Кверху и влево.	—	Rect. Super. dex.
				Белое.	Книзу и влево.	—	Rect. Infer. dex.
		Белый.	Левое.	Красное.	Кверху и вправо.	—	Rect. Super. sin.
				Белое.	Книзу и вправо.	—	Rect. Infer. sin.
	Прямое.			Влево, т. е. от правого глаза большого к левому) →		—	Rect. Infern. dex.
				Вправо ← (—	Rect. Infern. sin.
Одноименная.	Косое.	Красный.	Правое.	Красное.	Кверху и вправо.	—	Oblq. Infer. dex.
				Белое.	Книзу и вправо.	—	Oblq. Super. dex.
		Белый.	Левое.	Красное.	Книзу и влево.	—	Oblq. Super. sin.
				Белое.	Кверху и влево.	—	Oblq. Infer. sin.
	Прямое.			Влево) —→		—	Rect. Extern. sin.
				Вправо ← (—	Rect. Extern. dex.

Примечание: При исследовании в крайне наружных полях изображения при параличах наружной прямой мышцы (5) иногда становятся косыми вследствие эксцентрического прикрепления m. recti externi к главному яблоку.

Для лучшего уяснения разобранного приведу один пример.

По указанию больного: 1) бесцветное изображение свечи он видит по правую руку (считая по стороне больного), а красную по левую. Следовательно, у него диплония перекрестная, и парализованными могут быть: 3-я, 4-я или 6-я мышцы. 2) Косое изображение красного цвета; на правом глазу парализована 3-я или 4-я мышца. 3) Белая свеча стоит ниже. Для распознавания нам необходимо знать, как стоит косое изображение, в нашем

случае красное; оно, очевидно, стоит выше. Следовательно в нашем случае имеется парез или паралич 3-й мышцы, т. е. *m. recti superioris* правого глаза. 4) Проверка: указательной палочке больной придан след. положение: верхний конец ее наклонен в сторону его левого виска, а нижний в сторону правого (*врач стоит против больного и смотрит ему в лицо*), т. е. повторяет наклон третьего штриха правого ключа. 5) Расстояние между двойными изображениями увеличивается при передвижении свечи снизу вверх и от правой стороны больного к левой (см. рис. 3, стр. 3, прав. ключ.).

Таким образом, мы видели, что физиологический анализ привел нас к формулировке определенной закономерности, лежащей в основе двойных изображений, а вместе с тем и к ряду правил, легко поддающихся схематизации и сводящихся к запоминанию очень простого ключа.



О Г Л А В Л Е Н И Е.

	Стр.		Стр.
Предисловие автора	5	5. Иридо-циклит	116
Введение	7	6. Иридо-хориодит	118
А. Протининовая терапия	9	7. Пахофтальмит	118
Б. Основные признаки врожденного сифилиса	16	VII. Слезопроводящие и слезоотделяющие органы	118
С. Поражения глазного дна при врожденном сифилисе	21	1. Семьотика, диагностика и терапия слезотечения	119
Д. Основные этапы в терапии сифилиса глаза	26	2. Флегмона слезного мешка	121
I. Общая терапия конъюнктивитов	38	3. Врожденная непроходимость слезных путей	122
II. Частная терапия конъюнктивитов	44	4. Воспаление слезной железы	122
1. Острый катаральный конъюнктивит	44	VIII. Глаукома	122
2. Эпидемический или остро-заразный конъюнктивит	47	1. Острый приступ глаукомы	126
3. Триппер глаза	50	2. Хроническая отечная глаукома	128
4. Дифтерия глаза и ложно-перепончатый конъюнктивит	55	3. Прогрессивная глаукома	130
5. Конъюнктивит Моракс-Аксенфельда (подострый)	55	4. Операции при глаукоме	131
6. Хронический конъюнктивит	56	5. Глаукома вторичная	132
7. Зернистая болезнь	57	IX. Помутнения стекловидного тела	133
8. Фолликулез и псевдо-трахома	68	X. Помутнение хрусталика (Cataracta inoperciens)	136
9. Болезнь Земпиша	70	XI. Эписклерит и тенонит	137
10. Блефаро-конъюнктивит	72	Эписклерит и склерит	138
III. Болезни роговой оболочки, общая часть	76	Серьезный и гнойный тенонит	140
IV. Частный отдел заболеваний рогов. оболочки	82	XII. Болезни сетчатой оболочки	142
1. Фликтенулезный керато-конъюнктивит	82	1. Ретиниты	142
2. Поверхностный бессосудистый кератит	87	2. Отслойка сетчатки	145
3. Поверхностный сосудистый кератит	88	3. Пигментный ретинит	146
4. Пучковидный кератит	89	4. Ретинальные кровоизлияния	151
5. Паренхиматозный кератит	91	5. Эмболия центр. артерии сетчатки	153
6. Пятна и помутнение роговицы	97	6. Ретинальная астиопия	153
7. Язвы роговой оболочки	98	7. Гемералопия	157
8. Ожог глаза	103	XIII. Болезни зрительного нерва	157
9. Прочие болезни роговой оболочки	106	1. Периферический неврит	158
V. Болезни радужной оболочки, общая часть	107	2. Осевой неврит	160
VI. Частный отдел заболеваний радужки	111	3. Воспаление зрительного нерва	163
1. Сифилитический ирит	111	4. Застойный сосок	165
2. Пластический ирит	113	5. Амаврозы и амблиопия	166
3. Серозный ирит	115	6. Гиезная атрофия зрительн. нерва	168
4. Керато-ирит	116	7. Атрофия зрительного нерва	170
		8. Специальные формы атрофий зрительн. нерва	172
		a) Ишемическая атрофия	172
		b) Метил-алкогольная атрофия	175
		c) Травматическая атрофия	178
		d) Атоксильная атрофия	179
		Приложения:	
		1-е Токсикозы беременности и глаз	179
		2-е Ключ к распознаванию параличей глазных мышц	180

