

ULCUS CORNEAE RODENS (MOOREN).

Д-ръ И. Ю. Рубертъ.

Кіевъ.

Въ „Офтальміатрическихъ наблюденіяхъ“ *Mooren*'а, появившихся въ 1867 г., мы впервые знакомимся съ особымъ видомъ язвы роговой оболочки. На основаніи четырехъ случаевъ авторъ даетъ намъ весьма наглядную картину этого рѣдкаго, но весьма типичнаго страданія, которое онъ называетъ *ulcus corneae rodens*.

Дальнѣйшему изученію означеннаго заболѣванія былъ посвященъ цѣлый рядъ работъ изъ клиники *Saemisch*'а (*Steinheim, Koll, Dormagen, Gottschalk*), главная задача которыхъ заключалась въ выдѣленіи означеннаго заболѣванія изъ прочихъ язвенныхъ процессовъ роговицы въ самостоятельную болѣзнь. Не смотря на вполне безукоризненное разрѣшеніе вопроса, многіе офтальмологи, особенно за предѣлами Германіи, долго не хотѣли признать *ulcus corneae rodens* за страданіе *sui generis* и не переставали его смѣшивать съ *ulcus serpens*. Лишь за послѣдніе десять лѣтъ, благодаря работамъ *Schmidt-Rimpler*'а, *Hillemanns*'а и др. *ulcus corneae rodens* получилъ право гражданства въ офтальмологіи.

Въ настоящее время имѣются сообщенія уже изъ разныхъ мѣстъ Европы и изъ Японіи. Въ литературѣ можно насчитать около 70 наблюденій, большинство ихъ однако извѣстно намъ лишь по рефератамъ докладовъ или представленій больныхъ въ разныхъ медицинскихъ обществахъ и по возникшимъ по поводу ихъ преніямъ. Отдѣльныхъ работъ по вопросу объ *ulcus corneae rodens* не много. Въ нашей отечественной литературѣ я ничего не могъ найти относительно этого интереснаго заболѣванія.

Какъ видно изъ работъ авторовъ, означенная язва роговицы наблюдалась въ различныхъ мѣстностяхъ не одинаково часто. *Mooren* встрѣчалъ ее среднимъ числомъ на 4 тыс. больныхъ разъ (0,025%), *Vossius* на 25 т. видѣлъ ее три раза (0,012%),

Jany въ Бреславлѣ на 66 т. одинъ разъ (0,0015%), *Uthoff* въ Марбургѣ на 10 т. три раза (0,03%), *Hillemanns* въ теченіе 2½ лѣтъ въ Боннѣ на 11 т. больныхъ не видѣлъ ее ни разу, а въ Утрехтѣ на 7 т. встрѣтилъ ее три раза (0,04%). *Andrade* въ Генуѣ наблюдалъ означенную язву на 30 т. больныхъ два раза (0,006%). Въ Японіи *ulcus corneae rodens*, согласно статьѣ *Hayashi*, встрѣчается чаще (0,054—0,067%).

Въ бытность мою въ Юрьевѣ ассистентомъ, мнѣ почти за пять лѣтъ ни разу не случилось наблюдать означеннаго заболѣванія. Впервые встрѣтился я съ нимъ, будучи завѣдующимъ Глазной лечебницей Попечительства о слѣпыхъ въ гор. Звенигородѣ (Кіев. г.), и то лишь разъ въ теченіе 4½ лѣтъ на приблизительно 18 т. больныхъ (0,005%). Въ виду отсутствія указаній на это рѣдкое заболѣваніе въ нашей офтальмологической литературѣ, я считаю не лишнимъ подѣлиться относительно него и пополнить такимъ образомъ литературу своимъ наблюдениемъ, которое, какъ увидимъ ниже, не лишено также извѣстнаго интереса.

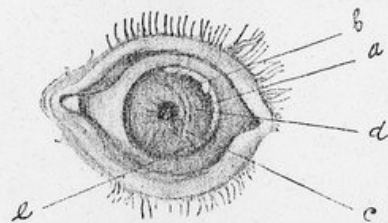
Михаилъ П., 17 лѣтъ (крестьянинъ, портной, холостъ, грамотный, мѣсто рожденія и жительства — с. Матусово, Черкас. у., Кіев. губ.), заболѣлъ безъ видимой причины въ началѣ декабря 1905 г. свѣтобоязнью и слезотечениемъ со стороны лѣваго глаза.

До появленія означенныхъ признаковъ пациентъ испытывалъ въ теченіе нѣсколькихъ дней какое-то неопредѣленное ощущение въ глазу и ему тяжело было работать. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни свѣтобоязнь и слезотеченіе то уменьшались, то увеличивались, но окончательно не исчезали. Во время обостренія процесса бѣлокъ глаза становился краснымъ, вѣки слегка припухали, а слезотеченіе появлялось иногда и со стороны праваго глаза, болѣе особыхъ не было. Въ концѣ декабря пациентъ обратился къ мѣстному фельдшеру, который ему выдалъ мазь, послѣ чего больному будто стало очень хорошо. Но съ недѣлю спустя болѣзнь опять началась снова и стала протекать еще болѣе сильными приступами, чѣмъ раньше. Побывавъ у всякаго рода знахарей, онъ обратился 5/ш 1906 г. въ Звенигородскую глазную лечебницу, гдѣ, въ виду серьезности его заболѣванія, былъ принятъ на койку. До означеннаго заболѣванія пациентъ будто всегда отягчался цвѣтущимъ здоровьемъ и никакихъ болѣзней не помнить.

Status praesens. Больной средняго роста, хорошаго питанія и нормально сложенъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаруживается. Моча уклоненій отъ нормы не представляетъ. Больной жалуется лишь на боль лѣваго глаза, на слезотеченіе и свѣтобоязнь.

Вѣки лѣваго глаза представляются немного опухшими, кожа ихъ слегка красноватой. Довольно сильный блефароспазмъ.

Роговица (см. рисунокъ). Наружная половина лѣвой роговицы почти вся занята своеобразной серповидной язвой. Кнаружи послѣдняя



a—зарубевавшійся край язвы; *b*—дно ея; *c*—прогрессивный край; *d*—инфильтратъ на днѣ язвы; *e*—сосудъ.

простирается до самаго лимба и вдоль него переходитъ вверху и внизу отчасти и на внутреннюю половину роговой оболочки. Внутренній край язвы представляется инфильтрованнымъ и имѣетъ видъ сѣровато-бѣлой, мѣстами неровной линіи, параллельной къ наружному лимбу (*c*). Наибольшую ширину язва имѣетъ въ горизонтальномъ направленіи и равняется приблизительно 5 мм. Центръ роговицы ока-

зывается такимъ образомъ свободнымъ отъ язвы, между тѣмъ какъ углы послѣдней отчасти захватываютъ и внутреннюю половину роговой оболочки. Инфильтрованный внутренний край язвы лежитъ въ одномъ уровнѣ съ здоровой роговицей и представляется подрытымъ, такъ что при помощи тонкаго зонда мѣстами можетъ быть даже немного приподнятъ. Этотъ нависшій край, по мѣрѣ приближенія къ угламъ язвы, становится немного шире и достигаетъ мѣстами даже 1½ мм.

Вдоль всего наружнаго края повсюду идетъ процессъ заживленія (*a*). Замѣчается здѣсь образованіе нѣжной лейкомацозной ткани, прилегающей въ видѣ сѣровато-бѣлой, не вездѣ одинаковой ширины полосы непосредственно къ лимбу. Поверхность этой ткани ровная и лежитъ въ одномъ уровнѣ съ склерой. Имѣющіеся въ довольно большомъ количествѣ сосуды придаютъ лейкомѣ розоватый оттѣнокъ. Большинство ея сосудовъ удается прослѣдить съ конъюнктивы яблока, нѣкоторые изъ нихъ переходятъ и на дно язвы. Мѣстами сосудъ, прошедши поперекъ всю язву, исчезаетъ подъ подрытымъ краемъ и появляется въ другомъ мѣстѣ, рядомъ на поверхности роговицы (*e*).

Язва захватываетъ преимущественно поверхностные слои роговицы, лишь въ верхней половинѣ она заходитъ немного глубже въ паренхиму. Дно язвы (*b*) болѣе или менѣе ровное, имѣетъ сѣроватый оттѣнокъ, но въ общемъ представляется довольно прозрачнымъ. Въ одномъ лишь мѣстѣ оно оказывается инфильтрованнымъ (*d*). Остальная роговица прозрачна, только возлѣ инфильтрованнаго края внизу, на протяженіи приблизительно трехъ мм., она слегка диффузно мутна въ самыхъ поверхностныхъ слояхъ, поверхность роговицы представляется въ данномъ мѣстѣ совершенно ровной.

Conjunctiva bulbi довольно сильно гиперемирована, особенно в наружной половине, здесь наблюдается и слабая рѣсничная инъекція. Чувствительность на днѣ язвы сильно понижена, а въ верхней ея половине и на мѣстах зарубцевавшихся она совершенно отсутствует. На остальной роговицѣ также констатируется пониженіе чувствительности.

Передняя камера уклоненій отъ нормы не представляетъ. Радужная оболочка слегка гиперемирована, рисунокъ ея хорошо сохраненъ. Зрачокъ немного уже, чѣмъ справа, но круглый и подъ вліяніемъ атропина расширяется хорошо, однако не ad maximum. Дно глаза, насколько оно доступно изслѣдованію, грубыхъ измѣненій не обнаруживаетъ. Тп. V = 0,3, стекла не улучшаютъ. Конъюнктивитъ въѣтъ сильно инъецирована и немного припухла. Отдѣленія нѣтъ. Слезный мѣшокъ видимыхъ измѣненій не представляетъ, жидкость при промываніи свободно проходитъ черезъ носъ.

Со стороны праваго глаза, кромѣ рѣзко выраженной *membranae pupillaris persever.*, ничего особеннаго не замѣчается. V = 1,0.

Больной пробывъ въ лечебницѣ съ 5 марта по 29 мая и находясь все время подъ моимъ личнымъ наблюденіемъ. Считаю лишнимъ приводить исторію болѣзни цѣликомъ, которая велась у меня подробнѣйшимъ образомъ. Ограничусь здѣсь только самыми необходимыми свѣдѣніями.

Примѣнялись всевозможныя мѣры, какъ мѣстныя, такъ и общія, рекомендуемая авторами при *ulcus corneae rodens*, но безъ особой пользы. На первыхъ порахъ леченіе заключалось въ присыпкѣ язвы айроломъ, послѣ предварительной инъстилляціи атропина, и въ положеніи влажной повязки. Больной скоро почувствовалъ улучшеніе, а черезъ недѣлю уже хорошо открывалъ глазъ: боли, свѣтобоязнь и слезотеченіе исчезли, инъекція со стороны яблока отсутствовала, а внутренний край язвы оказался лишь внизу у лимба еще немного инъфильтрованнымъ, инъфильтрація на днѣ язвы также исчезла, радужка имѣла нормальный цвѣтъ и зрачокъ хорошо реагировалъ на свѣтъ.

Черезъ три дня (16/ш) глазъ безъ опредѣленной причины опять покраснѣлъ и наступили боли съ сильно выраженнымъ блефароспазмомъ. Внутренній край язвы снова сдѣлался сѣрымъ, сперва у верхняго и нижняго угловъ язвы, а затѣмъ инъфильтрація перешла на него цѣликомъ. Сосѣдняя часть роговицы, приблизительно на протяженіи 4 мм., диффузно помутнѣла, а внизу появилось въ ней нѣсколько глубокихъ сосудовъ изъ лимба внутренняго-нижняго квадранта. Дно язвы получило болѣе сѣрый оттѣнокъ, мѣстами выступили сѣроватые неправильной формы инъфильтраты. Одинъ такой инъфильтратъ появился и на недавно зарубцевавшейся части язвы. Переднекамерная влага сдѣлалась слегка мутной, радужка была рѣзко инъецирована, зрачокъ сузился.

Послѣ прижиганія инъфильтрованного края язвы гальванокаутеромъ глазъ удивительно скоро успокоился, но къ сожалѣнію не надолго. Че-

резъ 6 дней опять новый приступъ. На этотъ разъ гальванокаустика оказалась бесполезной, раздраженіе послѣ нея стало еще сильнѣе. Лишь болѣе невинными средствами (атропинъ, припарки и т. д.) удалось вызвать успокоеніе.

Подобныхъ приступовъ за время пребыванія больного въ лечебницѣ было пять, то болѣе сильныхъ, то болѣе слабыхъ, чѣмъ вышеописанный. Продолжались они отъ 3 до 6 дней, въ промежуткахъ между ними пациентъ чувствовалъ себя довольно хорошо. Послѣ всякаго приступа роговица оказывалась все болѣе занятой язвеннымъ процессомъ, въ началѣ мая язва успѣла захватить и центръ роговицы. До самаго конца наблюденія язва сохранила свою серповидную форму. Одновременно съ приближеніемъ ея прогрессивнаго края къ центру, подвигался впередъ и процессъ рубцеванія у периферіи, такъ что ширина изъязвленной поверхности оставалась всегда болѣе или менѣе постоянной.

Последній приступъ наблюдался 16-го мая и окончился сравнительно быстро. Прижиганіе прогрессивнаго края язвы гальванокаутеромъ мною уже было оставлено послѣ второго раза. Въ виду того, что и другія мѣры (смазываніе іодной настойкой, карболовой кислотой и др.) не приводили къ желательному результату, я уже было рѣшилъ, въ случаѣ повторенія приступа, сдѣлать больному пластическую операцію, состоящую въ прикрытіи изъязвленной поверхности лоскутомъ изъ соединительной оболочки яблока. Но прежде чѣмъ приступить къ названной операціи, я еще въ послѣдній разъ вздумалъ прибѣгнуть къ гальванокаустикѣ и примѣнить ее не въ періодѣ обостренія процесса, какъ это дѣлалъ я раньше по примѣру моихъ предшественниковъ, а выждать для этого моментъ, когда воспалительныя явленія будутъ слабѣе всего выражены. Послѣ предварительной инъстилляціи нѣсколькихъ капель 4% кокаина съ адреналиномъ я прижегъ больному довольно тщательно весь внутренний край язвы и приблизительно еще на $\frac{1}{2}$ —1 мм. прилежащую къ нему роговицу, затѣмъ наконецъ плашмя нѣжно обвелъ разъ все дно язвы, останавливаясь немного дальше на мѣстахъ бывшихъ инъфильтратовъ. Больной перенесъ эту манипуляцію безболѣзненно и къ вечеру чувствовалъ себя уже хорошо. На третій день всякая реакція отсутствовала. Черезъ 6 дней больной былъ выписанъ изъ лечебницы, съ условіемъ носить повязку еще съ недѣлю и при повтореніи болѣзни немедленно явиться обратно въ лечебницу.

Больной снова показался черезъ 4 мѣсяца, чувствовалъ себя здоровымъ и могъ заниматься своимъ ремесломъ. Послѣ выписки изъ лечебницы приступы больше будто не повторялись. При объективномъ изслѣдованіи можно было лишь констатировать диффузное помутнѣніе наружныхъ $\frac{3}{5}$ роговицы, гдѣ при боковомъ освѣщеніи видны были отдѣльныя нестрога ограниченныя сѣроватые точки и штрихи. Въ общемъ помутнѣ-

ние не было очень сильно выражено, и сравнительно легко можно было через него различать цветъ и общій видъ радужки. $V = 0,1$. Тп. Больному была назначена на домъ желтая мазь (3%) для массажа.

Въ январѣ 1908 г. особой переменъ со стороны роговицы констатировать было нельзя, а зрѣніе повысилось до 0,2—0,3. Согласно полученному отъ больного въ маѣ с. г. письму, самочувствіе его хорошее, и глазъ его больше никогда не беспокоилъ.

Описанное заболѣваніе роговицы отличается, какъ по своему виду, такъ и теченію рѣзко отъ обычно наблюдаемыхъ язвенныхъ процессовъ роговой оболочки. Хотя мнѣ и не удалось прослѣдить развитіе язвы съ самаго ея начала, но тѣмъ не менѣе было ясно, что она брала свое начало съ лимба, а оттуда постепенно переходила на остальную роговицу. У лимба, гдѣ процессъ былъ сравнительно давній, замѣчалось рубцеваніе, затѣмъ слѣдовала собственная язва, а самая молодая часть представляла лишь инфильтратъ. Совершенно мѣтко замѣчаетъ *Saemisch* въ своихъ лекціяхъ (*Hillemanns*) по поводу *ulcus corneae rodens*, что при этой язвѣ мы имѣемъ передъ собою болѣзнь одновременно во всѣхъ трехъ ея періодахъ, мы видимъ здѣсь стадію заживленія, аспе и прогресса.

Начинается процессъ у лимба въ видѣ сѣровато-бѣлаго инфильтрата, который скоро распадается и изъязвляется. *Hillemanns* и *Hayashi* видѣли въ нѣкоторыхъ изъ своихъ случаевъ еще образованіе второй язвы, которая впослѣдствіи всегда сливалась съ первой. Образуется, какъ та, такъ и другая, всегда у лимба, что и составляетъ одинъ изъ характерныхъ признаковъ *ulcus corneae rodens*. Развиться язва можетъ въ любомъ мѣстѣ лимба, рѣже, повидимому, съ наружной стороны. Съ лимба язва распространяется дальше, направляясь какъ къ центру, такъ и въ обѣ стороны вдоль лимба. Благодаря свойству распространяться подобнымъ образомъ, язва часто принимаетъ серповидную форму и, сохраняя таковую, можетъ простираться дальше, какъ это и наблюдалось въ моемъ случаѣ. Въ такомъ постоянствѣ формы *Handmann* видитъ даже одинъ изъ признаковъ *ulcus corneae rodens*, съ чѣмъ согласиться нельзя, такъ какъ не у всѣхъ авторовъ ростъ язвы шель такъ равномерно, какъ въ случаяхъ *Handmann*'а или въ моемъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ язва распространялась преимущественно вдоль лимба, такъ что подъ конецъ кольцевидно окружала со всѣхъ сторонъ оставшуюся роговицу. Одинокимъ стоитъ наблюденіе *Gifford*'а, гдѣ язва не ограничилась одной роговицей, а распространялась еще и на склеру, располагаясь подъ конъюнктивой.

Очень скоро послѣ появленія язвы наступаетъ у лимба процессъ рубцеванія, состоящій въ образованіи васкуляризованной лейкоцитозной ткани. Одновременно съ дальнѣйшимъ развитіемъ язвы увеличивается и рубцующаяся поверхность, такъ что ширина изъязвленной поверхности остается болѣе или менѣе постоянной.

Дно язвы довольно ровное и, пока еще не подвергалось каутеризации параллельно къ поверхности роговицы (*Pflüger*), имѣетъ сѣроватый оттѣнокъ, но въ общемъ оно является сравнительно прозрачнымъ. Довольно часто на днѣ язвы попадаются отдѣльные сосуды, которые идутъ съ зажившаго края язвы и пересѣкаютъ ее поперекъ.

Локализуется язва преимущественно въ поверхностныхъ слояхъ роговицы, до прободенія дѣло почти никогда не доходитъ, а если таковое и наблюдалось, то оно скорѣе всего является результатомъ чрезчуръ жестокихъ терапевтическихъ мѣръ, чѣмъ слѣдствіемъ самого болѣзненного процесса (*Hillemanns*).

Патогномоничнымъ для *ulcus corneae rodens* является его *внутренній прогрессивный край*, который лежитъ въ одномъ уровнѣ съ здоровой роговицей и представляется вездѣ подрытымъ проникающей подъ него язвой. Послѣдняя оказывается такимъ образомъ въ крайней внутренней своей периферіи покрытой нависшимъ краемъ, мѣстами, при помощи тонкаго зонда или пинцета онъ можетъ быть часто даже приподнятъ съ расположенной подъ нимъ язвой. Край этотъ представляется мѣстами инфильтрованнымъ и имѣетъ видъ сѣровой линіи, параллельной къ лимбу. Какъ *ulcus corneae rodens*, описаны и такіе случаи, когда собственной язвы и не было видно, а прогрессивный ея край непосредственно примыкалъ къ лейкоцитозной поверхности. Лишь, по приподнятіи послѣдняго, могла быть обнаружена сама язва, которая такимъ образомъ локализовалась исключительно подъ отслоеннымъ поверхностнымъ покровомъ роговицы. На основаніи подобнаго рода наблюденій *Dufour* предлагаетъ для *ulcus corneae rodens* даже названіе подъэпителиальной язвы (*ulcère sous-épithelial*). На отслойку эпителия при *ulcus corneae rodens* обращаютъ особое вниманіе также *Schmidt-Rimpler* и *Pflüger*. Послѣдующія гистологическія изслѣдованія *Hillemanns*'а и *Hayashi* показали, что язва дѣйствительно распространяется поверхностно, но не подъ самымъ эпителиемъ, а глубже; въ составъ же нависшаго прогрессивнаго края язвы помимо эпителия входятъ еще поверхностныя пластинки роговицы. Эпителий этого края представляется набухшимъ, роговичныя пластинки инфильтрованными, *membr. Bow-*

manі отсутствуют. Сперва погибають пластинки, затѣмъ лишь эпителий, вслѣдствіе чего край можетъ иногда казаться состоящимъ изъ одного лишь эпителия.

Развитіе ulcus corneae rodens идетъ, въ отличіе отъ другихъ язвъ роговицы, чаще всего отдѣльными приступами. Картина болѣзни во время этихъ приступовъ рѣзко мѣняется. Въ промежуткахъ между ними язва, несмотря иногда на значительныя ея размѣры, больного особенно сильно не беспокоитъ. Вдругъ, безъ видимой причины появляются сильныя боли съ характеромъ невралгій верхней вѣтви n. trigemini, сопровождающіяся свѣтобоязнью и слезотеченіемъ, которое нерѣдко даетъ о себѣ знать и на другомъ глазу. Отдѣленіе со стороны конъюнктивы отсутствуетъ. Вѣки больного глаза припухаютъ, кожа ихъ становится красноватой. Появляется гиперемія конъюнктивы вѣк и яблока; въ мѣстахъ, прилегающихъ къ язвѣ, выступаетъ еще и рѣсничная инъекція. Дно язвы, до того времени сравнительно прозрачное, дѣлается мутнымъ, мѣстами появляются на немъ инфильтраты; такіе инфильтраты обнаруживаются иногда и на недавно зарубцевавшихся мѣстахъ. Инфильтраты распадаются и даютъ „ulcus in ulcere“ (Saemisch). Объ образованіи подобнаго рода язвъ упоминаютъ, впрочемъ, немногіе (Saemisch, Hillemanns), въ моемъ случаѣ онѣ во время приступовъ появлялись не разъ.

Особенно рѣзки бываютъ измѣненія со стороны прогрессивнаго края. Тогда какъ обыкновенно инфильтрація его не особенно сильно выражена и то лишь мѣстами, во время обостренія процесса онъ весь превращается въ сѣроватую линію, мѣстами то болѣе широкую, то болѣе узкую, постепенно надвигающуюся къ центру. Въ промежуткахъ между приступами я подвиганія края впередъ не могъ констатировать. Сосѣдняя роговица во время приступа также становится слегка мутной. *Nieden* наблюдалъ даже въ такихъ случаяхъ всегда высыпаніе точечныхъ инфильтратовъ въ роговицѣ непосредственно передъ прогрессивнымъ краемъ, которые затѣмъ сливались съ послѣднимъ. Въ моемъ случаѣ замѣтно было еще появленіе въ роговицѣ нѣсколькихъ глубокихъ сосудовъ, идущихъ съ лимба и метлообразно развѣтвляющихся, о чемъ другіе авторы не упоминаютъ. Одновременно съ обостреніемъ язвеннаго процесса измѣняются и болѣе глубокия части глаза. Радужная оболочка можетъ дать всевозможныя картины, начиная съ слабой гипереміи и кончая пластическимъ или серозно-пластическимъ иритомъ и придоциклитомъ. Переднекамерная влага при этомъ становится мутной, иногда хлопьевидной, *Hillemanns* наблюдалъ даже huphaem'u, въ

рѣдкихъ случаяхъ и то въ болѣе позднихъ стадіяхъ язвы авторы видѣли hyphron (*Schmidt-Rimpler, Pflüger, Hayashi*). Что касается два глаза, то офтальмоскопическія измѣненія здѣсь не могли быть обнаружены. Однако, при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи глазъ, удаленныхъ по случаю сильныхъ болей, въ болѣе позднихъ стадіяхъ болѣзни (*Schmidt-Rimpler, Hillemanns, Hayashi*) таковыя иногда были констатированы. *Hillemanns* нашелъ разлитой хоріонидитъ съ выпотомъ въ стекловидномъ тѣлѣ и сѣтчаткѣ, вызвавшимъ даже частичную отслойку послѣдней. Въ случаѣ *Schmidt-Rimpler'a* хоріонидея оказалась безъ особыхъ измѣненій, зато имѣлись ограниченные инфильтраты и кровензліянія въ сѣтчаткѣ вблизи соска. У *Hayashi* измѣненія со стороны глубокихъ частей глаза отсутствовали. Такимъ образомъ при ulcus corneae rodens возможно и заболѣваніе дна глаза, но, повидимому, оно присуще болѣе позднему періоду болѣзни, когда уже дно больше не является доступнымъ для офтальмоскопическаго изслѣдованія.

Теченіе болѣзни весьма хроническое и обыкновенно продолжается отъ 4 до 12 мѣсяцевъ, въ случаѣ *Ogii* язва держалась даже 1 $\frac{1}{3}$ года. Самымъ частымъ исходомъ, даже для леченныхъ случаевъ, является лейкомазное помутнѣніе большей части роговицы съ зрѣніемъ въ предѣлахъ между свѣтоощущеніемъ и счетомъ пальцевъ на близкомъ разстояніи. *Mooren* въ одномъ случаѣ получилъ даже phthisis corneae. Съ теченіемъ времени помутнѣніе можетъ просвѣтлиться, такъ въ случаѣ *Asayama* зрѣніе за полтора года повысилось съ свѣтоощущенія до $\frac{1}{10}$, а *Koll* въ своей диссертациі изъ клиники *Saemisch'a* сообщаетъ случай, гдѣ у 36 лѣтняго пациента, перенесшаго ulcus corneae rodens, „возстановилось даже прежнее зрѣніе“.

Случаи съ такимъ благопріятнымъ исходомъ рѣдки, но вмѣстѣ съ тѣмъ они намъ ясно свидѣтельствуютъ, какъ мы должны быть осторожны съ энуклеаціей, даже еслибъ больной изъ-за сильныхъ болей настаивалъ на ней. Противопоказанной является энуклеація при ulcus corneae rodens и въ виду частаго заболѣванія другого глаза. Въ 36 случаяхъ изъ литературы, гдѣ имѣются указанія и относительно судьбы другого глаза, послѣдній заболѣвалъ 17 разъ, при этомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ расположеніе язвы было симметричное (*Jany, Vernons*). Крайне рѣдко поражались оба глаза одновременно (*Jany, Asayama*), обыкновенно процессъ начинался на другомъ глазу черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, а иногда и лѣтъ послѣ окончанія его на первомъ. Двустороннія язвы протекаютъ, по наблюденіямъ *Nettleship'a*,

тяжелѣе, чѣмъ одностороннія, и ведутъ къ болѣе сильному упадку зрѣнія.

Ulcus corneae rodens—болѣзнь преимущественно пожилыхъ лѣтъ: половина больныхъ находилась въ возрастѣ между 40 и 60 годами, одной четверти было больше 60 лѣтъ, послѣдняя четверть была моложе 40. Самому старшему пациенту было 72 года (*Stevens*), самымъ младшимъ 23 (*Handmann, Grossmann*). Моему больному было 17 лѣтъ, такъ что онъ является самымъ молодымъ изъ всѣхъ описанныхъ случаевъ. Мужчины, повидимому, болѣе предрасположены къ заболѣванію, чѣмъ женщины, такъ изъ 36 больныхъ мужчинъ было 25, а женщинъ 11.

Что касается *причины* заболѣванія, то она пока не извѣстна. Хотя язва по своей клинической картинѣ скорѣе всего заставляетъ предполагать инфекціонное начало, тѣмъ не менѣе изслѣдованія многихъ авторовъ не могли обнаружить специфическаго возбудителя. Они находили всегда микроорганизмы, которые попадаютъ и при другихъ процессахъ рога и конъюнктивы или встрѣчаются на послѣдней и при нормальныхъ условіяхъ. Чаще всего попадались *staphylococcus pyogenes aureus* и *albus*, рѣже стрептококки и диплококки, иногда и бациллы. Попытки вызвать экспериментально на рога кролика *ulcus corneae rodens* прививкой культуръ или частичекъ изъ язвы также не увѣнчались успѣхомъ. *Andrade* въ двухъ случаяхъ находилъ будто бациллы, похожія на *bac. subtilis*, разъ совместно съ *staphylococcus pyog. aug.* Бациллы этотъ образовалъ споры, окрашивался по *Gram*'у, разжижалъ кровяную сыворотку и желатину, на агарѣ вызывалъ густой бѣлый налетъ и на рога кролика временно давалъ инфильтратъ безъ нагноенія. *Andrade* считаетъ этотъ микроорганизмъ возбудителемъ язвы. Однако послѣдующія изслѣдованія авторовъ, въ лицѣ даже такихъ, какъ *Uhthoff* и *Axenfeld*, не могли подтвердить результаты *Andrade*.

Другіе изслѣдователи опять отказываются видѣть въ *ulcus corneae rodens* болѣзнь инфекціоннаго происхожденія. По мнѣнію однихъ, означенная язва является послѣдствіемъ общихъ тяжелыхъ конституціонныхъ аномалій, что конечно не согласуется съ фактомъ заболѣванія язвой молодыхъ, совершенно здоровыхъ лицъ, какъ это было и у насъ. *Ahlström* впервые отмѣчалъ при *ulcus corneae rodens* пониженіе чувствительности, какъ на днѣ язвы, такъ и на неизмѣненной рога. Авторъ поэтому рассматриваетъ язву, какъ некрозъ поверхностныхъ слоевъ рога на почвѣ заболѣванія роговичныхъ нервовъ. Пониженіе чувствительности впоследствии находили также *Vossius, Handmann, Hil-*

lemanns, въ моемъ случаѣ оно также было ясно выражено. Другіе же анестезіи не наблюдали (*Nieden, Schmidt-Rimpler, Kiribuchi, Ogiu*). Противъ предположенія *Ahlström*'а говорить, по мнѣнію *Schmidt-Rimpler*'а, также отсутствіе у *ulcus corneae rodens* всякаго сходства съ невропаралитическимъ кератитомъ при параличѣ *p. trigemini*. *Hillemanns* находилъ тромбы въ сосудахъ поверхностныхъ слоевъ склеры на сторонѣ, соотвѣтствовавшей язвѣ. Означенныя измѣненія, вызываемыя будто неправильной иннервацией, служатъ, по мнѣнію автора, причиною разстройствъ питанія въ рога, которыя въ результатѣ даютъ язву. *Hayashi* означенныхъ измѣненій со стороны сосудовъ ни въ одномъ изъ своихъ препаратовъ не находилъ и считаетъ ихъ случайными. У *Schmidt-Rimpler*'а мы также не находимъ указаній на измѣненія сосудовъ возлѣ лимба. Такимъ образомъ ни одно изъ приведенныхъ мнѣній вполне намъ не можетъ объяснить происхожденіе *ulcus corneae rodens*.

Что касается патолого-анатомическихъ измѣненій при *ulcus corneae rodens*, то относительно нѣкоторыхъ была уже рѣчь. Въ остальномъ изслѣдователи болѣе или менѣе сходятся. Зарубцевавшаяся часть язвы состоитъ изъ утолщеннаго слоя эпителия, мѣстами въ видѣ отростковъ углубляющагося въ подлежащую ткань. Подъ эпителиемъ слѣдуетъ слой новообразованной соединительной ткани, по направленію къ изъязвленной поверхности все утончающійся. Возлѣ самой язвы рубцовая ткань отсутствуетъ и здѣсь имѣется одинъ лишь утолщенный эпителий. Дно язвы представляется въ значительной степени инфильтрованнымъ клѣточными элементами, среди которыхъ полинуклеаровъ мало. Инфильтрація простирается довольно далеко въ глубь, по направленію къ Десцеметовой оболочкѣ все уменьшаясь, до послѣдней однако не доходить. На днѣ язвы, какъ и у ея прогрессивнаго края, о гистологическихъ измѣненіяхъ котораго была уже рѣчь выше, замѣчаются часто сосуды. Не смотря на сильно выраженный процессъ рубцеванія, рога къ нормальной толщинѣ возвращается лишь у лимба, дальше къ центру она навсегда остается немного тоньше прежняго.

Относительно *терапии* пока нельзя сказать ничего особенно утѣшительнаго. Рекомендованы были самыя разнообразныя средства, но къ сожалѣнію очень часто безъ успѣха. Въ послѣднее время *Davidson* совѣтуетъ примѣненіе радія, которымъ онъ будто скоро излечивалъ язву. Чаще всего удавалось остановить язву при помощи гальванокаустики (*Jany, Sattler, Fuchs, Arlt, Nieden, Grossmann* и др.), одни имѣли успѣхъ отъ смазыванія язвы

юдной настойкой (*Koller, Handmann, Hillemanns*), другіе отъ покрытія язвы лоскутомъ изъ конъюнктивы (*Schmidt-Rimpler, Hayashi*) или отъ пересадки кроличьей роговицы (*de Berardinis*) послѣ предварительнаго выскабливанія или прижиганія дна язвы гальванокаутеромъ. Часто однако означенные способы не увѣнчивались успѣхомъ.

По моему мнѣнію, всѣ наши старанія должны быть направлены къ возможно скорому и полному уничтоженію болѣзненнаго очага, ограничиваясь при этомъ не однимъ лишь прогрессивнымъ краемъ язвы. Достижимо оно, можетъ быть, иногда и при помощи юдной настойки, въ другой разъ выскабливаніемъ, но наиболѣе подходящимъ средствомъ для этой цѣли мнѣ кажется гальванокаустика. Для прижиганія слѣдуетъ выбрать моментъ между приступами, когда глазъ меньше всего является раздраженнымъ, и язва обнаруживаетъ наименьшую склонность къ распространенію. Разъ очагъ болѣзни обезвреженъ, дальнѣйшая пластика для остановленія процесса является лишней, въ противномъ случаѣ ни человѣческая конъюнктура, ни ткань животнаго не окажется въ состояніи удержать язву. Въ пользу такого предположенія говорятъ и случаи *Schmidt-Rimpler*'а и *Hayashi*, которые приводятся въ литературѣ, какъ удачно излеченные пластикой. У перваго автора, не смотря на *lege artis* произведенную пластическую операцію, язва не переставала прогрессировать, а остановилась лишь послѣ второй операціи, хотя при перевѣзѣ повязки лоскутъ и оказался сдвинутымъ съ своего мѣста. У *Hayashi* въ одномъ случаѣ операція не была въ состояніи удержать процессъ, въ другомъ, гдѣ результатъ былъ хорошей, лоскутъ послѣ операціи оказался разорваннымъ. Удачный исходъ въ приведенныхъ случаяхъ, какъ видно, меньше всего можетъ быть приписанъ лоскуту, а объясняется, по моему мнѣнію, тѣми мѣрами, которыя предпринимались до операціи для очистки дна язвы (выскабливаніе, гальванокаустика).

Здѣсь же считаю нужнымъ замѣтить, что я отнюдь не являюсь противникомъ пластическихъ операцій на роговицѣ. Производилъ я ихъ неоднократно для покрытія глубокихъ дефектовъ роговицы и ради предотвращенія будущаго выпячиванія послѣдней. При *ulcus corneae rodens* однако процессъ локализуется преимущественно въ поверхностныхъ слояхъ роговой оболочки, и о послѣдовательной эктазиі ея авторы не упоминаютъ.

Исходя изъ вышеннеложенныхъ соображеній, я и остановился на гальванокаустикѣ, выждавъ для производства ея наиболѣе

подходящій моментъ. Какъ видно изъ приложенной исторіи болѣзни, результатъ получился весьма утѣшительный.

ЛИТЕРАТУРА.

- Ahlström*. *Ulcus corneae rodens*. *Klin. Mon. f. Augenh.* 1898, p. 170.
Andrade. *Ulcus rodens della cornea con reporto di uno speciale bacillo*. *Annali di Ottalm.* 1900, p. 654.
Arlt. *Klin. Darst. d. Krankh. d. Aug.* Wien. 1881.
Berardinis de. *L'ulcera rodente della cornea*. *Ann. di Ottalm.* XXXV, fasc. 10—11.
Biber. *Ueber einige seltene Hornhauterkrankungen*. Zürich. In-Diss. 1890, реф. по *Centrbl. f. Aug.* 1891, p. 477.
Bono de. *Sull'ulcera rodente della cornea*. *Clin. oculist.* 1903.
Chesneau. *Patogénie de l'ulcus rodens*. *Rev. gén. d'opt.* 1902, p. 301.
Davidson. *Transact. of the Ophth. Society of the United Kingd.*, XXVI, p. 203, реф. по *Hayashi*.
Dormagen. In. *Diss.* Bonn. 1878.
Dufour. *Sur l'ulcère rongéant de la cornée*. *La clin. opt.* 25. V. 1897.
Emmert. *Sublimat in der Augenheilk.* *D. med. Woch.* II, 34.
Frank. *Diss.* Marburg. 1896 (реф. *Jahresber. f. Ophth.*).
Fuchs. *Lehrb. d. Augenheilk.* 1903.
Gifford. *Kl. Mon. f. Augenh.* XXXVII, p. 103.
Goldzieher. *Wien. med. Wochenschr.* № 24 и *Heidelb. Ophth. Ges.* 1898.
Gottschalk. *Diss.* Bonn. 1889.
Grossmann. *Wien. med. Presse* XXVII, 25 и 28.
Handmann. *Klin. Mon. f. Augenh.* 1902.
Hayashi. *Ueber das Ulcus rodens corneae*. *Klin. Mon. f. Augenh.* 1908, p. 497—514.
Hillemanns. *Das Ulcus corneae rodens*. *Arch. f. Augenheilk.* XL, p. 1—12.
Jany. *Centrbl. f. Augenh.* 1885, p. 162.
Japlot. *Ulcère rongéant de la cornée*. *Th. Paris.* 1872, по *Encyclop. franç. d'ophthalm.*
Koll. *Das Ulcus rodens corneae*. In. *Diss.* Bonn. 1878.
Koller. *Centrbl. f. Augenheilk.* 1895, p. 282.
Krey. *Das ulcus rodens corneae*. *Diss.* Kiel. 1890.
Mooren. *Ophthalm. Beobacht.*, Berlin 1867 и *Mitteilungen aus dem Jahre* 1873, p. 35.
Nettleship. *Ophthalm. Society of the Kingdom* 8, XI, 1901, реф. *Centrbl. f. Augenheilk.* 1901, p. 388 и *Arch. f. Augenheilk.* Bd. XLIV, p. 366.
Nieden. *Arch. f. Augenheilk.* XIV, p. 360 и XV, p. 405. *Heidelb. ophth. Ges.* 1898.
Pflüger. *Heidelb. ophthalm. Ges.* 1898 и *Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte*, 1902 (реф. *Jahresber. f. Ophth.*).
Pihl. *Diss.* 1900. *Stockholm.* реф. *Centr. f. Aug.*
Sattler. *Ophth. Ges. Heidelb.* 1879 и 1898.
Schmidt-Rimpler. *Heidelb. Ophth. Ges.* 1898 и *Arch. f. Augenheilk.* XXXVIII, p. 1.

- Steinheim. Centr. f. Augenh. 1877, p. 99.
Stevens. Kl. Mntsbl. f. Aug. 1903, p. 669.
Uthhoff-Axenfeld. Arch. f. Ophth. XLIV, 1, p. 172.
Vernon Bowater. По Schmidts Jahrb. 1887. p. 54.
Vossius. Heidelb. Ophth. Ges. 1898.
Wachtler. Wien. med. Woch. 1901, по Centr. f. Aug. 1901.
Asayama }
Kiribuchi } по статьѣ Hayashi.
Ogiu }

НѢСКОЛЬКО СЛОВЪ КЪ СТАТИСТИКѢ ПРОИЗВОДСТВА
ИЗВЛЕЧЕНІЯ КАТАРАКТЫ СЪ ПРИДѢКТОМІЕЮ И БЕЗЪ
ПОСЛѢДНЕЙ.

Д-ръ Э. Неезе.

Кіевъ.

Каждый разъ, когда я получаю *Michel's Jahresbericht*, я пересматриваю прилагаемую при немъ статистическую таблицу производимыхъ цѣлымъ рядомъ болѣе или менѣе извѣстныхъ операторовъ глазныхъ операций для того, чтобы убѣдиться, насколько въ борьбѣ между двумя главнѣйшими способами извлеченія катаракты,—т. наз. простымъ, безъ придѣктомійнымъ, и комбинированнымъ, сопряженнымъ съ придѣктоміею,—одинъ изъ этихъ методовъ беретъ верхъ надъ другимъ. При этомъ, результатъ оказывается довольно, на мой взглядъ, неожиданнымъ,—и за послѣдній отчетный, 1906-ой годъ, особенно разительнымъ, почему я и позволяю себѣ обратить вниманіе на этотъ вопросъ.

Если начнемъ съ главныхъ матадоровъ современной офталмологіи, то находимъ, что самый крупный въ Германіи по числу производимыхъ имъ операций—проф. *Michel*, въ Берлинѣ, на 304 экстракціи въ годъ ни одну теперь не дѣлаетъ безъ придѣктоміи.

Слѣдующій за нимъ по числу операций въ Германіи, проф. *Sattler*, директоръ большой городской и университетской клиники въ Лейпцигѣ, на 204 экстракціи въ годъ дѣлаетъ 197 съ придѣктоміею и только 7 безъ придѣктоміи,—что соотвѣтствовало-бы 3, 5 простымъ экстракціямъ на 100 извлеченій вообще.

Затѣмъ *Schmidt-Rimpler*, директоръ большой университетской клиники въ Галле, на 104 комбинированныхъ экстракціи дѣлаетъ тоже только 3 простыхъ.

Тоже *v. Hippel* въ Гёттингенѣ—не болѣе 4-хъ простыхъ экстракцій на 100.

Нѣсколько больше ихъ дѣлаетъ *Leber* въ Гейдельбергѣ, но тоже не болѣе 16-ти на 100.