

## Отчеты Офтальмологических Обществъ.

### Киевское Офтальмологическое Общество.

Годичный отчетъ о дѣятельности Киевскаго Офтальмологическаго Общества за 1910 годъ.

Къ первому января 1910 года, шестого со дня своего основанія, Киевское Офтальмологическое Общество насчитывало въ своемъ составѣ одного почетнаго и 21 дѣйствительнаго члена. Въ теченіе года вновь вступилъ 1 дѣйствительный членъ и одного же Общество потеряло въ лицѣ М. В. Дамскаго за его смертью. Такимъ образомъ, въ новый, 1911-й, седьмой годъ своей дѣятельности, Общество вступаетъ въ прежнемъ численномъ своемъ составѣ, одного почетнаго и 21 дѣйствительнаго члена.

Научная дѣятельность Общества за отчетный годъ выразилась въ 7 собраніяхъ (одномъ годичномъ и шести очередныхъ), въ которыхъ сдѣланы были слѣдующія въ алфавитномъ порядкѣ именъ докладчиковъ сообщенія и демонстраціи.

**Бараць В. Г.**—Обзоръ новѣйшихъ успѣховъ въ области изученія этиологии трахомы.

**Гинзбургъ И. И.**—О причинахъ и происхожденіи криптофтальміи.

**Онъ же.**—Случай пульсирующаго exophthalmus'a (демонстрація).

**Онъ же.**—Случай конъюнктивита Parinaud (демонстрація).

**Леонтовичъ В. В.**—Къ вопросу объ иннерваціи радужной оболочки (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

**Лурье О. Р.**—1) Случай рецидивирующаго паралича n. oculomotorii (демонстрація).

2) Свособразное теченіе ожога глаза сквиңдаромъ (демонстрація).

3) Токсическій параличъ трехъ глазныхъ нервовъ послѣ впрыскиванія алкоголя, при леченіи невралгіи n. trigemini.

**Неезе Э. Н.**—Нѣсколько словъ о родствѣ между трахомою и бленнорреею.

**Рубертъ И. Ю.**—О кистахъ склеры (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

**Проф. Шимановскій А. Ф.**—Нѣсколько словъ относительно удаленія varicis venae ophthalmicae. sup. (съ показаніемъ больной).

Всего 7 сообщеній и 7 демонстрацій.

*Добавленіе къ протоколамъ 43-го и 44-го очередныхъ собраній отъ 5 октября и 23 ноября 1910 года.*

**Проф. А. Ф. Шимановскій.**—По поводу предложенія д-ра Гинзбурга приступить въ данномъ случаѣ къ вырѣзыванію varico-aneurismatis in orbita, я хотѣлъ бы сказать нѣсколько словъ. Хотя я самъ ее предлагалъ въ 1897 г. и затѣмъ выполнялъ нѣсколько разъ вырѣзываніе v. ophthalm. sup., но именно поэтому я съ осторожностью и нѣкоторой сдержанностью отношусь къ этой операціи: она, въ моихъ, по крайней мѣрѣ, рукахъ, давала сравнительно большія разрушенія въ глазницѣ. Одинъ изъ такихъ случаевъ недавней операціи я покажу сейчасъ.

Вообще говоря, я бы въ этомъ случаѣ не снѣшилъ ни съ какой операціей. Судя по числу парализованныхъ нервовъ, нужно думать, что переломъ alae parvae перерѣзалъ, или вродѣ того, всѣ эти нервы, и онъ же былъ причиной разрыва (быть можетъ разрѣза) carotidis inter. in sinus cavern. Поэтому часть protrusionis oculi, должна быть, отнесена насчетъ кровоизліянія въ глазницу. Это послѣднее, вмѣстѣ съ переломомъ alae parvae, дастъ хорошія условія для образованія обширной и плотной костной мозоли, которая лучше всякой перевязки разобцить v. ophthalm. sup. отъ sinus cavern. <sup>1)</sup>

Вообще вырѣзываніе v. ophthalm. sup.—операція не изъ частыхъ.

Считая съ 1805 г. по 1910 г. включительно, всѣ случаи exoph. puls. traumat. опубликованы въ количествѣ 229. (Сюда вошелъ и случай нашей клиники отъ 1903 г., неопубликованный до сихъ поръ. Но не вошли еще 16 случаевъ, о которыхъ я находилъ лишь краткія указанія въ Index medicus). Мы имѣемъ изъ нихъ съ перевязкой art. carotis 122 случая, давшихъ 85 успѣховъ и улучшеній, т.-е. 69,6% улучшеній. По La-

<sup>1)</sup> Lagrange (Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des annexes. T 2. Paris 1904. 559 v. (Editeur Steinheil приводитъ 16 случаевъ exoph. puls. traum., гдѣ въ 8 выжиданіе окончилось успѣхомъ. Gasparrini (по Cnbl. f. p. Aughn. 1906 г., 469 s.) въ случаѣ exoph. puls. idio pott. и Yvert (только по Index medicus 1907) въ случаѣ exoph. puls. лѣчили ихъ съ успѣхомъ вкапываніемъ адреналина. А также случай Orlandini, по Index med. 1905, который ничѣмъ не лечилъ и получилъ выздоровленіе. Rincus'a случай (Zeitschr. f. Augenk. 1907. XVIII Bd.), гдѣ черезъ 10 лѣтъ мальчикъ выздоровѣлъ самостоятельно.

*grange'y* перевязка сонной артерин даетъ 70%, улучшеній, по *Rein-chlin'y*<sup>1)</sup>—68%.

Перевязка *v. ophthalm. sup.*, съ вырѣзываніемъ ея или безъ такового, въ случаяхъ *exoph. puls. traum.* по 1910 г. примѣнялось всего 8 разъ<sup>2)</sup>. Если присчитать сюда и случаи самостоятельные бющаго пучеглазія, то мы будемъ имѣть еще четыре случая: *Noyas'a*, *Woodward'a*, *Головина* (*Zeitschrift. f. Aughk.* 1900 г.) и *Лазарева* („Хирургія“ 1898. III т. 103 стр.), всего 12 случаевъ. Правда, во всѣхъ случаяхъ выпячиваніе глаза, его біеніе и шумы въ головѣ прекращались радикально, но этотъ исходъ сопровождался нарушениями въ дѣятельности отдѣльныхъ органовъ, парезъ — параличъ наружной мышцы у *Головина* и у меня (въ неопубликованномъ случаѣ 1903 г.); въ моемъ случаѣ наблюдался еще *ptosis*, у *Bodon'a* (онъ же *Dollinger'a*) черезъ 16 дней еще наблюдался *mydriasis*.

Значить, въ 25% всѣхъ до сихъ поръ отмѣченныхъ случаевъ перевязки *v. ophthalm. sup.* замѣчаются послѣдовательныя разстройства со стороны нѣкоторыхъ органовъ глазницы. Прежде чѣмъ представить свою больную и еще разъ указать на осложненія, сопровождающія операцию перевязки или вырѣзыванія *v. oph. s.*, я хотѣлъ бы еще сказать по поводу статистики смертности при перевязкѣ *art. carot.*, при *exoph. pulsat.*, которую товарищъ *Гинцбургъ*, по старому, оцѣниваетъ въ 12% (по *Sattler'y*). Мнѣ очень жаль, что онъ не обратилъ никакого вниманія на тѣ соображенія, которыя я высказалъ въ своей статьѣ объ *exoph. pulsat.* въ 1907 г. въ „В. О.“, и которыя низводятъ смертность отъ этой операциі до цифры меньшей чѣмъ 3%. А теперь покажу вамъ случай *varicis v. oph. sup.* (*varicoscele orbitae*, по *Lagrange'y*). Эта женщина 30 лѣтъ, слабенькая, плохой жизни и питанія, обратилась къ намъ весной с. г. изъ-за *varix v. ophthalm.* Когда ей было 12 л., а потомъ 20 л., а все изъ-за одного и того же заболѣванія на глазу оперировали. Уже съ 5 л. у нея замѣчали измѣненія со стороны глаза. Послѣ каждой операциі она отмѣчала на нѣсколько лѣтъ улучшеніе своего состоянія, а потомъ возвратъ прежняго состоянія. Тенерешній возвратъ ставятъ въ связь съ тяжелыми трудами, при слабомъ здоровьѣ и постоянныхъ побояхъ со стороны мужа.

Весной этого года (1 апрѣля 1910 г.) въ клиникѣ ей произведена операция обнаженія *v. ophthalm. sup.* разрѣзомъ по верхне-внутреннему краю глазницы (по *Lettenner'y*), отысканія ея и отрѣзыванія на глубинѣ около 3 с. отъ глазничнаго отверстія. При отдѣленіи венозныхъ узловъ были обнажены внутренняя и верхняя прямая, сухожилие бло-

ковой и подрѣзана (потомъ сшита) внутренняя  $\frac{1}{2}$  сухожилия *levat. palp. sup.*; зрительный нервъ не былъ виденъ. Любопытно: такъ какъ перевязки не удавалось наложить на сосудъ, то *v. ophthalm. sup.*, была просто отрѣзана; кровотеченія ни немедленно, ни послѣдовательно никакого не было. Послѣоперационное теченіе гладкое:  $t^0$  только вечеромъ, въ день операциі, подымалась до 37,5°, а то была ниже. Выписана изъ клиники съ зажившей раной на 12-й день.

Вы изволите видѣть, что сейчасъ не имѣется никакихъ расширеній, принадлежащихъ венамъ глазницы, и глазъ вовсе не выпяченъ; но видъ у больной неурятный изъ-за приспущеннаго вѣка, которое очень плохо и мало подымается; смыканіе глазной щели также затруднено; подвижность глаза рѣзко ограничена; зрачекъ и чувствительность глаза не измѣнены; сосочки въ томъ же видѣ, какъ до операциі, и зрѣніе не хуже (0,3).

Мнѣ кажется, что причиной всѣхъ разстройствъ со стороны праваго глаза, въ данномъ случаѣ, является образованіе рубцовъ въ глазницѣ и вѣкахъ.

Мы имѣли еще 2 случая *varicis v. ophthalmicae* въ клиникѣ: въ 1904 и 1907 г., которые оперировали.

*Первый:* юноша 18 лѣтъ, случай не распознанный въ то время; была предположена глазничная опухоль; сдѣлана операция *Krönlein'a*; никакой опухоли не найдено. Одновременно варикозное расширеніе венъ на вискѣ со стороны большого глаза, которыя были удалены во время операциі. На днѣ глаза до операциі найдены: *maculitis*, *lymphostasis retinae*, въ нѣкоторой степени застойный сосокъ.

Фотографическій снимокъ того времени, съ характернымъ выпячиваніемъ глаза, при нѣсколько наклоненной головѣ, отекомъ вѣкъ и выпячиваніемъ ихъ, въ особенности внутри и особенно на верхнемъ вѣкѣ, говорятъ убѣдительно за *varix v. ophthalmicae*, за что также говорятъ и *varices ar temporal.*

*Второй:* дѣвица, 18 л., имѣла синеватая припухлости, появляющіяся въ верхне-внутреннемъ углу лѣвой глазницы съ ранняго дѣтства; 3 года назадъ, послѣ удара, замѣтила усиленіе развитія опухоли въ лѣвой глазницѣ; 1 $\frac{1}{2}$  г. назадъ потеряла зрѣніе и лѣвый глазъ. Сдѣлана операция по типу представляемой здѣсь больной, но ни перевязать, ни перерѣзать (изъ-за кровоточивости) *v. oph. s.* не удалось; оставлены зажимы на веѣ на 2 дня. Черезъ 2 недѣли больная выписалась въ прекрасномъ состояніи: выпячиваніе глаза и припухлость вѣкъ исчезли, *prima*; подвижность глаза слабая и *ptosis*. И черезъ годъ вѣко не подымается, глазъ же двигается съ ограниченіями. Жаловалась, что были нарывы на этомъ глазу, равно какъ они были будто бы и въ слѣдую-

<sup>1)</sup> По *Jacq'y* въ *The Ophth. Record* 1907. 463 p.

<sup>2)</sup> Также и въ нашемъ неопубликованномъ случаѣ. Ср. также по даннымъ *Eysen'a* (*Ueber die Behandlung des traumat. pols. Exophthalmus.* Berlin 1908 г.).

щемъ (1909) году. *Varices v. ophthalmicae sup. s. varicosae orbitae* вообще—рѣдкія заболѣванія.

*Lagrange* (ор. cit. 1904 г.) ихъ приводитъ 43 случая<sup>1)</sup>. *Meissner*, показывавшій свой случай *exoph. intermittens* въ Вѣнскомъ офтальмологическомъ обществѣ (*Cnbl. f. p. Aughk.* 1908. 475), насчитывалъ всего 40 случаевъ по 1907 г. включительно.

Если я вѣрно пересчиталъ случаи *Lagrange'a*, то послѣ него я нашелъ еще только 6 случаевъ (*Rupprecht'a*, *Klinedinst'a*, *Bichelonn'a*, *Meissner'a*, *März'a* и *Pick'a*, послѣдній на сифилитической почвѣ), что вмѣстѣ съ нашими тремя за столѣтіе составило бы 52 случая).

Еще рѣже *varices v. oph.* подвергались операціи.

*Lagrange* упоминаетъ (ор. с. 250 p.), что *Siebold* въ 1814 г. съ успѣхомъ вырѣзалъ венозную опухоль; затѣмъ, эту операцію повторилъ *Axenfeld* (случай, описанный *Rupprecht'омъ* въ *Kl. Mubl. f. Aughk.* 1909, 47 Bd. ВН. 118 s.) въ 1908 г., при чемъ *Rupprecht* особенно настаиваетъ на качествахъ этого случая: это тромбъ, заростающій ограниченной *varicis venulae*, сообщающей *sin. sphen.* съ *v. oph. sup.* и введшій проф. *Axenfeld'a* и *Killian'a* въ заблужденіе, предположившихъ *miscocle sin. front.*, да нашихъ 3 операціи; если причислить къ операціямъ неудачную операцію по *Krönlein'у* въ случаѣ 1904 г., всего 5 операцій за 100 лѣтъ. Не знаю, чѣмъ объяснить, что при перевязкѣ или вырѣзываніи *v. oph. s.* мы во всѣхъ 3 случаяхъ (считая нашъ случай *exoph. puls. traum.*) были въ сущности незадачливы, особливо по сравненію съ другими авторами.

Это обстоятельство, быть можетъ, зависитъ, съ одной стороны, отъ того, что во многихъ опубликованныхъ случаяхъ обращалось вниманіе на основное страданіе (*exophthalmus* и опухоль), про другія же проявленія болѣзни не стоило-де и говорить; такъ, напр., *Schwalbach* наблюдалъ свой случай лишь 5 дней.

Съ другой стороны, можетъ быть, излишнее рвеніе перевязать или вырѣзать побольше изъ заболѣвшей глазничной вены обуславливаетъ лишніе ушибы тканей, хотя и кажется, что ничего важнаго не разрушаешь; эти ушибы ведутъ къ воспаленіямъ внутриглазныхъ тканей, и образованію въ нихъ рубцовъ.

Нельзя здѣсь не повторить прекрасныхъ замѣчаній *Lagrange'a* (ор. с. 537 s.), высказанныхъ имъ по поводу кажущихся преимуществъ операціи *Krönlein'a* и вообще операцій, проникающихъ въ глазницу черезъ кость или черезъ мягкія только части, а именно: при этомъ можно повредить *n. lacrymalis*, *g. ciliare*, получить *paralysis* или руб-

<sup>1)</sup> Сюда перенесенъ случай *Долженкова* („В. О.“ 1886 г.), который *Lagrange* зачисляетъ въ *exoph. puls.* отд. опухолей.

цовое ограниченіе въ работѣ *m. r. ext.*, *ptosis*, *strabismus* (чаще всего *convergens*).

Припоминая случаи (*Лазарева*, наши), гдѣ не удавалось доходить до вершины глазницы и, тѣмъ не менѣе, одна перевязка или даже пережиманіе *v. oph. sup.* были достаточны, чтобы этотъ сосудъ заросъ пробкой, можетъ быть, будетъ правильнымъ ограничиваться передавливаніемъ или вырѣзываніемъ *v. oph. sup.* не дальше ея середины; тогда, можетъ быть, удастся избавиться отъ неприятныхъ осложненийъ этой операціи, достигающихъ, при всѣхъ 16 случаяхъ, 5 осложненныхъ (т.-е. болѣе 31%). Въ этомъ отношеніи заслуживаютъ вниманія случаи *Bettremieux*<sup>1)</sup> и *Descorpenries*<sup>2)</sup>, у которыхъ одно давленіе на *v. angularis* при *exoph. puls. traumat.* дало успѣхъ. Интересно также сообщеніе *Klinedinst'a*<sup>3)</sup>, излечившаго *varix v. oph.* 4 выпрыскиваніями спирта— по 1—6 капель, съ недѣльными промежутками, въ окружающую опухоль клѣтчатку.

Заканчивая описаніе своего случая *varicis v. oph. sup.*, считаю заслуживающимъ вниманія указать на вѣроятную причину этого заболѣванія. *Lagrange* высказывается, что, несмотря на заявленія самихъ больныхъ на полученіе ими ушибовъ (какъ и въ показанномъ мною случаѣ), основа должна заключаться въ неправильности развитія сосудистой системы данной глазницы.

Дѣйствительно, у этой нашей больной имѣется очень красивое уклоненіе въ ходѣ вены на сосочкѣ зрительнаго нерва, а именно: верхняя вена сѣтчатки огибаетъ  $\frac{2}{3}$  сосочка снаружи и вливается въ нижнюю вену. У юноши, наблюдавшагося нами въ 1904 г., имѣлись варикозныя расширенія вены виска той же стороны. Кромѣ того, всѣ трое показываютъ, что имѣютъ свое заболѣваніе съ раннихъ дѣтскихъ лѣтъ.

Протоколъ 45-го (голичнаго) собранія Киевскаго Офтальмологическаго Общества, 25-го января, 1911 года, въ глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: предсѣватель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Румшиевичъ*, бібліотекаръ *М. М. Козловскій* и секретарь *В. Г. Барацъ*, члены Общества: *П. К. Бельковский*, *А. В. Буллець*, *И. Г. Гене*, *И. И. Гинзбургъ*, *А. А. Говсневъ*, *О. Р. Лурье*, *Н. С. Рахисъ*, *И. Ю. Рубертъ*, *Р. Я. Соколовскій* и проф. *А. Ф.*

<sup>1)</sup> „An. d'Ocul.“ 1909 г. CXLI T. 28—33 p.

<sup>2)</sup> „Bull. Soc. de med. du Nord.“ 1908 г. Lille (только по ind. med.).

<sup>3)</sup> „The Ophth. Record“ 1910 г. 26 p.

Шимановскій и гости-врачи: М. Н. Казановъ, С. А. Лурье, П. В. Мазюкевичъ, П. К. Рутковский, С. М. Теръ-Арутюнянцъ и П. И. Шафранъ.

1. Проф. А. Ф. Шимановскій показалъ случай пересадки передняго отдѣла глазного яблока.

Можно и здѣсь повторить, что ничто не ново подъ луной: если и не вполне, то все же предлагаемая вашему вниманію операція во многихъ чертахъ сходна съ продѣланной уже 30 сличкомъ лѣтъ назадъ *Romer'*омъ. И вообще, вопросъ о восстановленіи прозрачности въ потерявшей ее роговицѣ занимаетъ умы врачей уже свыше столѣтій. Такъ, по словамъ *Volode'a* <sup>1)</sup>, *Pellier de Quengsy* еще въ 1789 г. сдѣлалъ предложеніе медицинскому факультету вшивать въ помертвѣвшую роговицу стеклянную пластинку, а въ 1818 г. *Reisinger* срѣзалъ роговицу у кролика, а потомъ опять пришелъ ему же съ усмѣхомъ, почему и предлагалъ эту операцію испытать на людяхъ. Любопытно, что и въ Россіи тоже давно занимались пересадкой роговицы: *Strauch* изъ Петербурга въ 1840 г. предложилъ даже двойной ножъ, чтобы можно было вырѣзывать точные куски роговицы, удаляемой и пересаживаемой. Этимъ (и другимъ) указаніемъ на необходимость точнаго соответствія пересаживаемой части съ мѣстомъ пересадки воспользовался *v.-Hippel*, который въ этихъ цѣляхъ изобрѣлъ свой трепанъ. Указаніемъ другого человѣка, *Walther'a*, о необходимости сохраненія десметовой оболочки въ матерней роговицѣ, еще въ 1840 г., онъ также воспользовался и въ настоящее время для случаевъ не сплошного (во всю толщ) помутнѣнія роговицы, съ сохраненіемъ хотя бы части передней камеры. Операція *v.-Hippel'*а, устанавливается такъ: трепанъ, неполное просѣканіе матерней роговицы и лоскутъ изъ всѣхъ тканей пересаживаемой роговицы.

Остается большая и, пожалуй, наиболѣе важная группа помутнѣній роговицы, гдѣ она вся мутна, сращена съ радужкой и выпячена. Въ этихъ случаяхъ, какъ это рѣшительно подчеркнул самъ *v. Hippel* на гейдельбергскомъ съѣздѣ, еще въ 1889 г., его способъ пересадки не годится. Для нихъ, по-моему, подходит типъ операціи *Romer'a* <sup>2)</sup>: срѣзывать всю помутнѣвшую роговицу съ радужкой, удалить хрусталикъ; на мѣсто срѣзанной класть прозрачную роговицу, которая обрѣзывается съ каемкой бѣлочной оболочки и пришивается 6 швами. Поскольку

<sup>1)</sup> *Technique chirurgicale* въ „Encyclopedie française d'Ophtalm.“ 1910 г. Т. 9 261—265 pp. и *Trucet Pansier*—„Histoire de l'Ophtalmologie à l'école de Montpellier du XII au XX siècle.“ 1907. 262 p.

<sup>2)</sup> *Kl. Mobil. f. p. Aughk.* 1878 г. 35 s.

мнѣ извѣстно, операція *Romer'a* не нашла подражателей, да и удачной она не была, какъ и другія его пересадки. Операція человѣческой роговицы, которую я произвелъ у данной больной, устанавливалась въ своихъ чертахъ не на основаніи литературныхъ данныхъ, а на основаніи личнаго опыта и соображеній.

Пересадками роговицы на человѣческой глазъ я занимаюсь съ 1893 г. <sup>1)</sup> По настоящее время я сдѣлалъ ихъ только 3 раза, считая пересадку полностью во всю роговицу. Двѣ причины главнымъ образомъ мѣшали дѣлать эти операціи чаще: первая — это тяжкая обмачивость этой операціи: на первыхъ порахъ она подаетъ сличкомъ большія надежды, чтобы потомъ приводить оператора въ отчаяніе своей неудачей; вторая — это трудность располагать надлежащимъ матеріаломъ для пересадки. Этимъ послѣднимъ, я считаю, можетъ быть, лишь человѣческой же глазъ и, по возможности, той же стороны, на какой нужно пересадить роговицу.

Понятно, что вылуценіе глаза съ пригодной роговицей, вообще говоря, можетъ быть лишь рѣдкой случайностью (у меня первый разъ — абсолютная глаукома, второй разъ — ракъ соединительной глазного яблока), тѣмъ болѣе рѣдко при 3000 больныхъ ежегоднаго клиническаго оборота.

Пересадки роговицы на кроликахъ, еще болѣе первая моя пересадка на человѣческомъ глазъ приводили меня къ мысли, что приживленіе роговицы цѣликомъ возможно, если ее пришить возможно тщательно, чтобы она была неподвижна, и обезпечить для нея существованіе передней камеры; убѣжденіе относительно точности пересадки, можно сказать, всеобщее среди всѣхъ, работавшихъ по пересадкамъ роговицы.

Поэтому, во второмъ случаѣ (живущемъ и до сихъ поръ) я (1906 г.) срѣзалъ у больной съ увядшими бѣлыми роговицами, свѣжаго сравнительно происхожденія (три года назадъ отъ оспы), весь передній отдѣлъ глаза, по параллели — тотчасъ за рѣсничнымъ тѣломъ. Такой же отдѣлъ съ другого, сейчасъ, вылуценнаго глаза цѣликомъ, съ хрусталикомъ, радужкой и рѣсничнымъ тѣломъ, былъ пересаженъ на глазъ больной и пришитъ склера къ склерѣ 9 шелковинками. Соединительная оболочка матерняго глазного яблока была, по надлежащемъ отдѣленіи, стянута наглухо кисетнымъ швомъ надъ пересаженнымъ отдѣломъ глаза.

Къ сожалѣнію, необходимой точности въ приложеніи пересаживаемаго передняго отдѣла я и въ этомъ случаѣ не добился: я имѣлъ вылуценнымъ правый глазъ, а пересаживалъ на лѣвый; затѣмъ, по

<sup>1)</sup> См. статью *Хвальского*. въ „В. О.“ за 1896 г. 123 стр.

трудности операции и, может быть, не полной внимательности, пришлось сшить пересаживаемую часть съ почвой такъ, что роговица снизу образовала вертикальную складку.

Какъ и въ первый разъ, и здѣсь, во второмъ случаѣ, роговица не отторглась; но тогда какъ въ первомъ случаѣ она ежилась, мутѣла на первыхъ порахъ, почти безъ образованія сосудовъ, а склера матерняго глаза срасталась въ рубецъ подъ роговицей, во второмъ — пересаженная роговица вся проросла сосудами, слилась съ окружающей почвой безъ перерыва (исключая складки); послѣ впусканія атропина, на 8-й день послѣ операции, появилось въ передней камерѣ обильное кровотеченіе; черезъ 4 недѣли послѣ операции роговица, казалось, начинаетъ вновь свѣтлѣть и становилась глаже. Но тѣмъ не менѣе, черезъ 2½ мѣсяца и во второмъ случаѣ дѣло закончилось увяданіемъ глаза съ сохраненіемъ свѣтоощущенія; правда, въ первомъ случаѣ, въ это время, отъ пересаженной роговицы осталась небольшая пуговка молочно-бѣлаго цвѣта, величиной въ чечевичное зерно, во второмъ — роговица представлялась мертвой пластинкой въ 7—8 м.м. въ поперечникѣ, съ сосудами, повидимому, съ еще сохраняющейся передней камерой и чувствительностью къ прикосновенію.

Вообще и все теченіе этого случая мнѣ казалось настолько болѣе благоприятнымъ, чѣмъ первый, что я рѣшилъ на тѣхъ же основаніяхъ, но съ лучшей техникой повторить эту операцию. Вопросъ остановился на матеріалѣ, откуда взять роговицу.

Относительно кожи я имѣлъ уже давній опытъ, что взята 2—3 часа назадъ отъ человѣка, она можетъ прижить на новомъ мѣстѣ. Не безъизвѣстенъ разсказъ объ одномъ швейцарцѣ, принесшемъ свое отсѣченное ухо въ карманѣ къ врачу, и тотъ его, съ успѣхомъ, пришилъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ отсѣченія. Такимъ образомъ, нѣкоторыя ткани, лишеныя кровообращенія, остаются живыми въ теченіе нѣсколькихъ часовъ безъ такового. Тогда оставалось допускать, что ткани и отдѣльные органы у умершаго могутъ сохранять свою жизнеспособность въ теченіе нѣкотораго времени послѣ смерти. Въ этомъ отношеніи для меня играли роль разсказы, что у труповъ находили ногти и волосы отросшими; но всего болѣе поразительнымъ для меня являлось указаніе д-ра *Бобовича* <sup>1)</sup> и *де-Мезера* <sup>2)</sup>, что нервныя клѣтки мозга и внутри сердечныхъ нервныхъ узловъ подъ микроскопомъ, изслѣдованныя черезъ сутки послѣ смерти, остаются почти одинаковыми, какъ и прижизненно взятая. Много позже сходное указаніе дѣлаютъ

<sup>1)</sup> Д-ръ *Бобовичъ*. Изъ патолого-анатомич. института проф. *Высоковича*. — Къ вопросу о патолого-гистологическихъ измѣненіяхъ внутри-сердечныхъ частей. 1901. Кіевъ.

<sup>2)</sup> Посмертныя измѣненія нервныхъ клѣточекъ. Оттуда же. Кіевъ. 1900.

*Legendre'e et Minol* \*) о сравнительной устойчивости ткани спинно-мозговыхъ узловъ внѣ организма. Къ этому, конечно, нужно присоединить и опыты съ вырѣзаннымъ изъ тѣла сердцемъ, сохранявшимъ свою жизнь спустя сутки и болѣе, послѣ его вырѣзыванія изъ организма.

Поэтому я рѣшилъ испробовать для пересадки роговицу отъ возможно свѣжаго трупа, то-есть черезъ ½—1 часъ послѣ смерти, тѣмъ болѣе, что въ это время я познакомился со статьей *De-Micas'a* (Rec. d'Ophthalm. 1906), въ которой онъ приводитъ указаніе *Nysten'a*, что фибры радужной оболочки остаются чувствительными къ гальванизациі въ теченіе часа послѣ смерти животнаго. Если радужная могла жить въ теченіе 1 часа послѣ смерти, то роговица, ткань большей выносливости чѣмъ радужная, казалось, должна была тѣмъ вѣрнѣе сохранять свою жизнеспособность.

Но почти 4 года прошло прежде, чѣмъ мнѣ удалось найти товарища, который могъ рискнуть удовлетворить мою просьбу: дать свѣжеумершаго для извлеченія у него глаза. Какъ извѣстно, наши врачебныя законы воспрещаютъ умершаго считать трупомъ раньше истеченія сутокъ, но пользоваться трупной роговицей этого времени я уже не рисковалъ. Кромѣ того, и не всякій умершій могъ быть пригоденъ для моей надобности. Я просилъ не старше 40 лѣтъ и не моложе 15 лѣтъ; умереть долженъ былъ не отъ заразныхъ болѣзней, по возможности, не истощенный субъектъ. Должны были увѣдомить за 3½ часа до смерти въ теченіе опредѣленнаго времени сутокъ, соответствующаго дѣятельности въ глазной клиникѣ.

Все эти условія создали то положеніе, что мнѣ удалось получить свѣжій трупный глазъ лишь 2 января 1911 года, и то пришлось взять глазъ отъ старухи 55 лѣтъ, умершей отъ старческаго истощенія, и не черезъ ½ часа послѣ смерти, а черезъ 2 часа слишкомъ, а самую пересадку сдѣлать лишь почти черезъ 3 часа послѣ смерти.

Все эти обстоятельства я считалъ и считаю неблагоприятными, но все же рискнулъ сдѣлать пересадку. Вылущенный трупный глазъ до времени пересадки содержался въ обезпложенномъ физиологическомъ растворѣ комнатной температуры.

Показываемая больная *Елена О—ко*, 14 лѣтъ, тщедушная, плохого питанія и строенія, ждетъ въ клиникѣ операции съ 12 октября 1910 г. Ослѣпла съ 3 лѣтъ отъ рожденія. Теперь: *oc. d. leucoma corneae adhaerens totale*,  $V = \frac{1}{\infty}$ ; *oc. s. Atrophia bulbi et corneae*,  $V = 0$ . Nystagmus. Операция произведена, *ex tempore*, 2 января 1911 г., подъ хлороформомъ (истрачено 34,0), длилась 1 ч. 10 м. Предварительное

\*) Въ *Société de Biologie*. 24 дек. 1910 г.

выпрыскиваніе подъ кожу 0,5 куб. с. 1% sol. morphii muriat. съ 0,1% scopolamini muriat.

Соединительная оболочка трупнаго праваго глаза срѣзана вся до limbus; всѣ мягкія ткани надъ бѣлочной оболочкой сострижены къ экватору, на разстояніи до 1 с. отъ limbus corneae. На разстояніи около 7—8 м.м. отъ края роговицы, поперечникъ трупнаго глаза былъ измѣренъ циркулемъ, а затѣмъ на этомъ же разстояніи глазъ былъ разрѣзанъ на двѣ части: переднюю съ роговицей и частью склеры, радужкой, рѣсничнымъ тѣломъ, хрусталикомъ и прилежащей частью стекловидною и заднюю. Въ обоихъ отдѣлахъ измѣненія не замѣчалось. Зрачокъ трупнаго глаза, бывший до перерѣзки глаза около 5 м.м., послѣ нея замѣтно сталъ шире, передняя же камера осталась одинаковой какъ до перерѣзки, такъ и послѣ, и доходила на глазъ до 4 м.м. глубины отъ вершины роговицы.

Затѣмъ была отдѣлена соединительная глаза у больной, тоже на разстояніи около 1 с. Кзади отъ limbus и непосредственно впереди прикрѣпленія прямыхъ мышцъ глаза по окружности, поперечникъ которой совпадалъ съ поперечникомъ круговой линіи разрѣза трупнаго глаза, срѣзалъ весь передній отдѣлъ. Тотчасъ изъ глаза потекла соломеннаго цвѣта жидкость, осталось всего около  $\frac{1}{3}$  болѣе густого стекловиднаго тѣла, на которомъ лежали мазки крови, ихъ не удалось снять безъ опасности сорвать вмѣстѣ съ ними и стекловидное тѣло. Сосудистая оболочка и сѣтчатка какъ въ оперируемомъ глазу, такъ и въ трупномъ отрѣзкѣ съжились, такъ что склера обнажилась отъ нихъ м.м. на 2.

Трупный отрѣзокъ былъ посаженъ на живой глазъ такимъ образомъ, что мѣста прикрѣпленій сухожилій соотвѣтствовали другъ-другу, и пришить къ нему склера за склеру 18 шелковинками (№ 1), причемъ склера передняго отрѣзка накладывалась поверхъ склеры матерняго глаза. Швы клались въ такомъ порядкѣ: сначала въ вертикальномъ меридіанѣ, потомъ въ горизонтальномъ, затѣмъ также въ двухъ взаимно-перпендикулярныхъ меридіанахъ, дѣлящихъ углы между предыдущими меридіанами пополамъ и т. д. При такомъ порядкѣ накладыванія швовъ, мнѣ казалось, легче удержать точное соотвѣтствіе въ частяхъ пересаживаемаго отдѣла и почвы.

Примѣчательно: передняя камера пересаживаемой части осталась до конца операціи полной, безъ измѣненія.

Затѣмъ conjunctiva bulbi больной собрана была кисетнымъ швомъ и стянута наглухо надъ роговицей. На оба глаза давящая повязка. Неподвижное лежаніе въ постели. Къ сожалѣнію, тотчасъ послѣ операціи у больной нѣсколько разъ рвота пищей. 1-я перевязка черезъ

5 дней; вѣки выпячены впередъ, какъ обычно; особыхъ воспалительныхъ явленій не замѣчается.

На 9-й день кисетный шовъ разошелся, обнаживъ на 7 м.м. въ поперечникѣ пересаженную роговицу, которая прозрачна и зеркальна, камеры нѣтъ, балки радужной видны, нѣсколько расплывчаты, зрачекъ не отличалъ.

Черезъ 5 дней позже кисетный шовъ еще больше разошелся, такъ что пересаженную роговицу видно на 8—9 м.м. въ поперечникѣ. Она нѣсколько мутновата, но зеркальна, выпукла и блестяща; передняя камера около 1 м.м., балки радужной видны рѣзче; chemosis и покраснѣніе conjunctiv'ы bulbi еще держится. Отдѣляемое соединительнаго мѣшка слизистое, въ небольшомъ количествѣ.

На 20-й день камера полная; роговица мутновата, есть небольшія поверхностныя ссадины, виденъ внутренній край зрачка, онъ широкъ, катаракта несомнѣнно; сверху conjunctiva bulbi приросла къ роговицѣ до области верхняго зрачковаго края.

Еще черезъ 2 дня роговица глаза прозрачнѣе, виденъ зрачковый край и снаружи; катаракта видна отлично.

Въ указанные только дни дѣлали перевязку съ jodoform'енной мазью.

Все время больная заявляла, что ничего не видитъ правымъ глазомъ.

Сегодня, на 23-день послѣ операціи вы видите эту роговицу; о ея прозрачности и гладкости можете судить по тому, что видна не только полная передняя камера съ радужкой и зрачковымъ краемъ (кромѣ верхняго), но видна даже задняя камера по той тѣни, которую бросаетъ радужная на ясно видимую катаракту. Соединительная оболочка глаза приросла повсюду къ роговицѣ, почти не отека и мало красна. Больная сейчасъ порадовала меня, несомнѣнно обнаруживъ свѣтоощущеніе. Роговица, однако, нечувствительна.

Такимъ образомъ, вы изволите видѣть, что трупная человѣческая роговица, пришитая къ живому глазу спустя 3 часа послѣ смерти, не отторгается какъ мертвое тѣло, а, напротивъ, срастается съ нимъ; передняя камера, отсутствовавшая на первыхъ порахъ послѣ операціи и начавшая образовываться 14 дней спустя, теперь возстановилась полностью; что свидѣтельствуетъ либо о возстановленіи — хотя бы и въ незначительной степени — отправления рѣсничнаго эпителия и др. частей увеае, либо же, minimum, о закрытіи щели между матернимъ глазомъ и пересаженнымъ отрѣзкомъ и направленіи потока влаги изъ задняго, живущаго отдѣла глаза, въ передній, трупный, что также возможно лишь при сохраненіи путями, по ходу тока, своихъ жизненныхъ свойствъ, хотя бы и въ небольшихъ размѣрахъ.

Но, несмотря на такое сравнительно отрадное состояніе пересаженной части, я показываю больную въ Обществѣ теперь, ибо, къ моему величайшему горю, я почти увѣренъ, что нынѣ живущая, пересаженная передняя часть трупнаго глаза позже погибнетъ.

Какая тому причина?

Считаю, что нѣкоторый отвѣтъ можетъ дать на этотъ вопросъ сопоставленіе всѣхъ трехъ моихъ пересадокъ роговицы.

Первый разъ (см. *Хвальтскаго* \*) въ 1893 г. я пересаживалъ одну лишь роговицу съ каймой ея соединительной оболочки и пришивалъ эту послѣднюю къ соединительной матеряго глаза небольшимъ числомъ швовъ (4). На 19-й день послѣ операциі пересаженная роговица молочно-бѣлаго цвѣта; на 34-й—окно въ вырѣзанной бѣлковой роговицѣ закрылось, края его стянулись и срослись, роговица поверхъ скрючилась, мутна, съ сосудами.

Во второй разъ въ 1906 г. роговица была обезпечена камерой, бѣлочная оболочка лоскута была сшита съ таковою же матеряго глаза 9 швами, однако, лоскутъ внизу образовалъ складку; вся пересаженная роговица, благодаря кisetному шву, положенному на соединительную оболочку глаза больной, была погружена въ тканевую жидкость, обезпечена отъ высыханія, зараженія и всякаго рода насилій со стороны мѣшка соединительной оболочки глаза, по крайней мѣрѣ, въ теченіе недѣли послѣ операциі. Вообще черезъ недѣлю прозрачна, видна радужная. Къ сожалѣнію, впущенъ былъ атропинъ, послѣ котораго послѣдовало кровоизліяніе, выполнившее переднюю камеру; кромѣ того, перевязка дѣлалась чуть ли не ежедневно, роговицу и область рѣсничнаго тѣла испытывали на чувствительность всякую перевязку. Почему роговица уже съ 8 дня стала мутнѣть и изъязвляться; на 16-й день она съ трудомъ просвѣчивается; на 22-й день она мутна, неровна, *rappus*, хотя порою кажется, что помутнѣніе уменьшается. На 35-й день послѣ операциі границы пересаженнаго съ почвой не отличимы, *keratitis interstitialis*, но съживанія роговицы нѣтъ, хотя она уже значительно площе прежняго.

Такимъ образомъ, несмотря на усложненіе самого способа операциі пересадки роговицы (просто роговица, передній отдѣлъ глаза и таковой же отъ трупа), только техника дѣла—большее число швовъ, а значитъ лучшее прилаживаніе лоскута къ почвѣ, больше покоя оперированному глазу послѣ операциі, дали въ настоящемъ случаѣ наилучшій исходъ по сравненію съ предыдущими двумя разами, что касается только состоянія роговицы; кромѣ того, несомнѣнно слѣдуетъ считать, что во второмъ случаѣ питаніе пересаженной роговицы было

\*) „В. О.“ 1896 г. о пересадкѣ роговицы.

лучше обезпечено, чѣмъ въ первый разъ, ибо ея состояніе было лучшимъ и длилось оно дольше перваго раза.

Значеніе техническихъ условій операциі, точности въ прилаживаніи лоскута по линіи обрѣза, всѣми признано и имѣетъ наилучшее выраженіе въ предложеніи *A. von Hippel'a*—пользоваться для пересадки трепаномъ.

Другое обстоятельство, весьма важное въ дѣлѣ приживленія пересаженной роговицы, это возможно меньшее зараженіе раны и лоскута. На это обращаетъ вниманіе еще *Wagenmann* въ 1888 г., и необходимость наименьшаго зараженія намъ извѣстна со временъ свободныхъ пересадокъ кожи и слизистой, ея же въ щепетильной степени требуетъ и *Carrel* \*) для замѣстительныхъ пересадокъ кусковъ сосудовъ.

Затѣмъ, тотъ же *Wagenmann* отмѣчаетъ значеніе сохраненія эндотелія на пересаживаемой роговицѣ, чтобы избѣжать ея помутнѣнія. Съ этой цѣлью я считаю необходимымъ пересаживать роговицу съ передней камерой, что требуетъ въ дѣйствительности пересадки всего передняго отдѣла глаза, въ которомъ лишнимъ, можетъ быть, является хрусталикъ.

Наконецъ, послѣднее обстоятельство, на которое еще никто не указывалъ, и которое, по-моему, имѣетъ огромное значеніе для жизни пересаживаемой роговицы, обрекая ее пока, при данныхъ условіяхъ, на дальнѣйшую гибель. Это обстоятельство есть невропаралитическое состояніе свободно пересаживаемой ткани въ теченіе, иногда, долгаго времени послѣ пересадки. Тѣ ссадины и помутнѣнія роговицы, которыя развиваются въ ней въ дальнѣйшемъ послѣоперационномъ теченіи, удивительно напоминаютъ собою *keratitis neuroparalitica*.

Достаточно ли при этомъ однихъ благопріятныхъ условій питанія, при которыхъ, наконецъ, возстановится нервная дѣятельность роговицы resp. всего передняго отдѣла глаза, или же мы должны озаботиться инымъ какимъ-либо образомъ о скорѣйшемъ возстановленіи чувствительности пересаживаемыхъ тканей,—въ настоящій моментъ не рѣшусь высказаться. Но, что одни условія пересаживаемой ткани и защита ея отъ вѣшнихъ воздѣйствій благотворны для нея, это видно изъ трехъ моихъ случаевъ; за это говоритъ ежедневный опытъ свободныхъ кожныхъ пересадокъ и слизистой оболочки и, наконецъ, опыты *Villord'a et Tavernier'a* \*\*) со шиваніемъ почекъ у того же животнаго но въ другое мѣсто; опыты *Capelle* \*\*\*) и *Stich'a* \*\*\*\*), съ пересадкой щитовидной железы и почки, именно: у этихъ авторовъ почки и щитовидная железа

\*) *Revue de Chirurgie*. 1910. 41 т. 989 p.

\*\*) *La presse med.* 29 juin 1910. № 52.

\*\*\*) *Berl. kl. Wochschr.* 1908. XLV. 2012 s.

\*\*\*\*) *Cutbl. f. Chirurgie* 1908. 35. Jahrg. № 46. 1366 s.

не измѣняли никакихъ своихъ качествъ, при условіи, если ихъ пересаживали, сшивая питающіе эти органы сосуды съ сосудами той почвы, на которую ихъ переносили.

Какъ бы тамъ ни было, я, однако, думаю, что данный, вамъ представляемый, случай позволяетъ принять, что нѣкоторыя части тѣла продолжаютъ жить даже 3 часа послѣ смерти и что онѣ могутъ прирастать къ тѣлу живущаго; къ такимъ тканямъ принадлежитъ, между прочимъ, и глазъ, по крайней мѣрѣ его передній отдѣлъ, и что поэтому должно ходатайствовать, передъ кѣмъ слѣдуетъ, о разрѣшеніи врачамъ въ необходимыхъ случаяхъ и за ихъ судебной отвѣтственности, пользоваться частями умершаго не позже  $\frac{1}{2}$ —1 часа послѣ смерти. Заграничные врачи этимъ правомъ уже пользуются (*Lexer, Kausch*).

Второй выводъ это тотъ, что роговица отъ человѣка, даже его свѣжаго трупа, прирастаетъ на пересаженномъ мѣстѣ; если она потомъ мутнѣла у меня въ двухъ первыхъ случаяхъ и, вѣроятно, помутнѣетъ и въ третьемъ, то это обстоятельство особаго порядка, требуетъ особыхъ мѣропріятій и во всякомъ случаѣ, какъ справедливо говоритъ *Фейшинъ* \*) еще въ 1867 г., возможность приживленія пересаживаемой роговицы *per primam* могла бы подлежать большому сомнѣнію, чѣмъ возстановленіе ея прозрачности.

Замѣчу въ концѣ, что вопросъ о пользованіи тканями умершаго для приживленія ихъ живущему разрабатывается болѣе усердно послѣдніе 23 года (*Bergemann, Lexer, Capelle, Kausch*); но *Иванова* \*\*) еще въ 1890 г. пересаживала кожу съ трупа на язвы, еще раньше ея, въ 1888 г., *Barthes* дѣлалъ то же; оба съ успѣхомъ.

Что касается роговицы, то и ее брали для пересадокъ съ трупа *Fuchs* въ 1894 г., и *Königshofer* и *Plowier* въ началѣ сороковыхъ годовъ прошлаго столѣтія; первый пересаживалъ на людей, а вторые на животныхъ.

Если я показываю, въ сущности, незаконченное дѣло, то это потому, главнымъ образомъ, чтобы привлечь желающихъ къ этому, повидимому, вовсе не безнадежному предпріятію пересадки роговицы.

Д-ръ *А. В. Биллеъ* выражаетъ сомнѣніе въ возможности сохранить въ подобномъ случаѣ зрѣніе, въ виду безусловно неизбѣжной отслойки сѣтчатки.

II. Д-ръ *И. Ю. Рубертъ* прочелъ докладъ о сочувственномъ воспаленіи глаза (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

*Докладчикъ*, разбирая всѣ предложенныя теоріи о происхожденіи сочувственнаго воспаленія, находитъ, что мнѣнія изслѣдователей

еще сильно расходятся, и ни одна изъ теорій вполне объясняетъ патогенеза названнаго страданія. Извѣстный свѣтъ на сущность сочувственнаго воспаленія проливаютъ патолого-анатомическія изслѣдованія послѣдняго времени.

*Fuchs* изслѣдовалъ микроскопически 200 глазъ, удаленныхъ, отчасти ради предупрежденія развитія симпатическаго воспаленія на другомъ, отчасти уже при развившемся. Въ 35 случаяхъ означенный авторъ могъ констатировать совершенно своеобразную картину хроническаго увеита. Эти случаи соответствовали какъ разъ тѣмъ, гдѣ дѣло дошло уже до сочувственнаго воспаленія на другомъ или развилось таковое послѣ энуклеаціи. На основаніи сказаннаго *Fuchs* предлагаетъ называть упомянутое воспаленіе *симпатизирующимъ*.

Въ остальныхъ случаяхъ, не осложнившихся сочувственнымъ воспаленіемъ, имѣлся *септический эндофтальмитъ*, обычно наблюдающійся послѣ сквозныхъ раненій яблока. При эндофтальмитѣ заболѣваютъ оболочки, выстилающія полости глаза, какъ радужка, рѣсничное тѣло, по преимуществу ихъ ретинальный покровъ, и сѣтчатка, между тѣмъ какъ заболѣваніе хороидеи не обязательно и, если таковое наступаетъ, то лишь во вторую очередь. Эндофтальмитъ носитъ гнойный или фибринозный характеръ, экссудатъ отъ воспаленныхъ оболочекъ отлагается или на поверхность послѣднихъ, или въ полости глаза, въ переднюю камеру и стекловидное тѣло.

При *симпатизирующемъ* воспаленіи наблюдается хроническое пролиферирующее воспаленіе всей увеальной оболочки, при чемъ чаще всего бываютъ поражены всѣ три части ея радужка, рѣсничное тѣло и хороидея. Воспаленіе имѣетъ, то очаговый, то болѣе разлитой характеръ; главный контингентъ клѣточныхъ элементовъ составляютъ одноклеточныя грануляціонныя клѣтки, среди которыхъ встрѣчаются эпителиодныя, расположенныя, то въ одиночку, то по нѣскольку вмѣстѣ, и исполненскія. Въ болѣе позднихъ стадіяхъ грануляціонные элементы даютъ рубцовую ткань, распада же никогда не наблюдается. Довольно часто грануляціонные элементы проявляютъ наклонность къ прорастанію сосудовъ, направляясь при этомъ вдоль прободящихъ эту оболочку склеры, направляясь на наружной поверхности яблока, грануляціонная ткань можетъ разрастаться и давать опухолевидныя образованія. По зрительному нерву или его оболочкамъ процессъ не распространяется дальше, не проявляетъ онъ также наклонности переходить на сѣтчатку, и, вообще, въ полости глаза не свойственно этому процессу также давать выпотъ на поверхности оболочекъ. Въ случаяхъ, гдѣ таковой наблюдается, имѣется смѣшанная инфекция, съ возбудителями эндофтальмита, а подобное явленіе наблюдается нерѣдко.

Изслѣдовать *второй глазъ Fuchs'у* лично не посчастливилось. Та-

\*) „Воен.-Мед. Ж.“ 1867 г. Ст. 11 стр.

\*\*) „Хирург. Вѣстникъ“. 1890 г.

кихъ изслѣдованій, сдѣланныхъ другими авторами, *Fuchs* насчитываетъ 8; съ препаратами этихъ случаевъ ему удалось ознакомиться, при этомъ патологическая картина соответствовала той при симпатизирующемъ воспаленіи.

*Докладчикъ*, на основаніи 13 гистологически имъ изслѣдованныхъ глазъ со сквозными раненіями, гдѣ 3 раза наблюдалось сочувственное воспаленіе на другомъ глазу, можетъ подтвердить вышеизложенный взглядъ *Fuchs'a* о существованіи специфической патолого-анатомической картины на первомъ глазу. Два раза процессъ имѣлъ болѣе разлитой характеръ и имъ были поражены, въ болѣе ими менѣе одинаковой степени, всѣ три отдѣла сосудистаго тракта, при чемъ послѣдній представлялся значительно утолщеннымъ. Помимо круглыхъ, мелкихъ одноядерныхъ и плазматическихъ клѣтокъ, въ большомъ изобиліи наблюдались эпителиодныя и исполинскія клѣтки. Въ третьемъ случаѣ оказалась захваченной лишь хоріоидея, въ видѣ отдѣльныхъ очаговъ, съ болѣе слабоокрашивающимся центромъ, состоящимъ изъ эпителиодныхъ клѣтокъ и интенсивно окрашивающейся периферіей изъ одноядерныхъ круглыхъ элементовъ; исполинскія клѣтки отсутствовали. Эксудата нигдѣ на поверхности не замѣчалось, равно и оболочки, прилегающія къ сосудистой, рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не обнаруживали. Въ остальныхъ 10 случаяхъ гистологическая картина рѣзко отличалась отъ упомянутой въ означенныхъ трехъ и подходила то болѣе, то менѣе подъ септическій эндофтальмитъ.

Результаты, добытые *Fuchs'омъ*, большого практическаго значенія пока имѣть не могутъ, но въ теоретическомъ отношеніи, по мнѣнію докладчика, они заслуживаютъ большого вниманія: съ ними мы должны будемъ считаться впредь, при нашихъ экспериментальныхъ работахъ. Лишь то толкованіе относительно сочувственнаго воспаленія будетъ имѣть силу, которое будетъ зиждиться на соответствующемъ анатомическомъ субстратѣ.

III. Прочитаны отчеты секретаря, казначея и бібліотекаря О-ва за 1910 годъ.

Въ административной части засѣданія, подъ предѣлательствомъ д-ра И. Г. Гене, произведены выборы Правленія на 1911 годъ, при чемъ закрытою баллотировкою большинствомъ голосовъ оказался избраннымъ весь прежній составъ, а именно: предѣлателемъ д-ръ М. Е. Мандельштамъ, товарищемъ предѣлателя К. О. Румшевичъ, казначеемъ Э. Н. Неезе, секретаремъ В. Г. Бараць и бібліотекаремъ М. М. Козловскій.

Въ ревизіонную комиссію избраны д-ра: В. В. Леонтовичъ, И. Ю. Рубертъ и Р. З. Соколовскій.

Протоколь 46-го очереднаго собранія Киевскаго Офтальмологическаго Общества, 22-го февраля 1911 года, въ Глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: Предѣлатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предѣлателя *К. О. Румшевичъ*, казначей *Э. Н. Неезе*, секретарь *В. Г. Бараць*, Члены Общества: *П. К. Белыовскій*, *А. В. Бьялевъ*, *И. И. Гинзбургъ*, *А. А. Говсьевъ*, *В. В. Леонтовичъ*, *О. Г. Льбова*, *Н. С. Рахлсь*, *Ю. А. Рубертъ*, гости-врачи: *Д. П. Диблеръ*, *Капановъ*, *Теръ-Арутюнянцъ*, *П. И. Шафранъ* и оптикъ *А. П. Шереметьевъ*.

Заслушанъ и утвержденъ протоколь предыдущаго 45-го (годичнаго) собранія отъ 25-го января, текущаго года.

I. Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* представилъ случай *Lymphom-conjunctiv'a*.

Д-ру *А. В. Бьялеву* не вполне ясно, почему докладчикъ относитъ свой случай къ лимфоматозному поражению, а не къ трахомѣ или другому фолликулярному поражению, напр., золотушному. Величина фолликуловъ незначительна. Самъ Б. наблюдалъ случай трахомы съ необыкновенно крупными фолликулами.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ*. Данный случай очень рѣзко отличается отъ картины *conjunctiv'a Parinaud*, а потому и выдѣленъ отдѣльно. Что это не трахома, доказываетъ быстрое исчезновеніе безъ леченія. Случай отличается и отъ трахомы и отъ *conjunctiv'a Parinaud*. Направляется мысль о туберкулезномъ поражении. Въ этомъ направленіи производится изслѣдованія.

Д-ръ *И. Ю. Рубертъ* находитъ отличительные признаки, приводимые докладчикомъ противъ трахомы неубѣдительными. Быстрое излѣченіе ничего не доказываетъ: и трахома, иногда, скоро исчезаетъ безъ леченія. Тутъ необходимо выяснитъ патолого-анатомическую сущность. Прежде фолликулы разсматривали, какъ грануляціонныя образованія, затѣмъ ихъ стали относить къ лимфомамъ, теперь *Goldeicher* снова настаиваетъ на грануляціонномъ ихъ характерѣ. Лично Р. кажется, что трахома есть процессъ смѣшанный, въ которомъ участвуютъ какъ грануляціонный, такъ и лимфоидный процессъ.

Д-ръ *В. Г. Бараць* въ приведенномъ случаѣ усматриваетъ новое доказательство, что фолликулъ не есть ничто специфичное для трахомы.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* настаиваетъ на самостоятельной формѣ даннаго заболѣванія, на основаніи совокупности признаковъ, а именно: 1) односторонности пораженія, 2) быстраго исчезновенія безъ леченія, 3) характернаго вида фолликуловъ и 4) характернаго пораженія роговицы.

II. Д-ръ *Н. С. Рахлсь* сдѣлалъ краткое сообщеніе по вопросу о связи между трахомою и паренхиматознымъ кератитомъ и представилъ случай такого заболѣванія.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* отмѣчаетъ, что вопросъ о связи между трахомою и паренхиматознымъ кератитомъ представляетъ значительный интересъ также и въ судебное-медицинскомъ отношеніи, когда возникаетъ споръ объ отвѣтственности за паренхиматозный кератитъ, развивающійся вслѣдъ за полученнымъ поврежденіемъ. Лично д-ръ *Г.* не допускаетъ самостоятельнаго развитія такого кератита послѣ ушиба, безъ предшествованія конституціоннаго этиологическаго момента: *lues'a* или туберкулеза, а потому и отвергаетъ отвѣтственность за его развитіе послѣ травмы.

Д-ръ *В. Г. Баранъ*, напротивъ, всецѣло признаетъ такую отвѣтственность, ибо ничѣмъ нельзя доказать, что безъ полученія толчка, въ видѣ травмы, кератитъ непременно развился бы самъ собою, даже при наличности конституціоннаго предрасположенія.

Д-ръ *И. К. Бельовскій* высказывается противъ отвѣтственности за развитіе паренхиматознаго кератита послѣ травмы.

Д-ръ *В. В. Леонтовичъ* спрашиваетъ, увѣренъ ли докладчикъ, что въ его случаѣ не было кератита уже до травмы. Слабымъ пунктомъ, говорящимъ противъ связи съ травмой, оказывается въ данномъ случаѣ появленіе кератита и на второмъ глазу. Что касается отвѣтственности, то люди виновны даже въ томъ случаѣ, если не помогаютъ, а тѣмъ болѣе, если способствуютъ заболѣванію.

Д-ръ *Н. С. Рахлисъ* удостовѣряетъ, что видѣлъ представленную большую накануне получения ею травмы, и кератита тогда у нея не наблюдалось. Что касается заболѣванія кератитомъ также и второго глаза, то для этого предложено объясненіе *Perlio*—вазомоторное раздраженіе и, благодаря этому, измѣненіе въ составѣ питательныхъ жидкостей. *Roemer* и *Wessely* изслѣдовали въ виду этого водянистую влагу въ больномъ и здоровомъ глазу, опредѣляя въ ней количество бѣлка, по разницы не находили.

Д-ръ *И. Ю. Рубертъ* допускаетъ предположеніе, что спирохеты могутъ долго оставаться въ роговичной ткани бездѣтельными, а отъ толчка, получаемого вслѣдствіе травмы—оживляются.

III. Д-ръ *А. А. Говсѣевъ*. Нѣсколько словъ къ вопросу о рефлекторномъ опущеніи верхняго вѣка (*Reflector ptosis Gowers'a*).

Въ одномъ изъ послѣднихъ засѣданій Кіевского Офтальмологическаго Общества, а именно 24 ноября 1910 г., докторъ *Берманъ* сообщалъ о глазныхъ параличахъ, наблюдаемыхъ, какъ осложненіе, послѣ глубокихъ вивискиваній спирта, съ терапевтической цѣлью, при невралгій тройничнаго нерва. Высказываясь по этому поводу, я, между прочимъ, позволилъ себѣ обратить вниманіе на возможность наступленія, при указанныхъ условіяхъ, временнаго *ptosis'a*, въ качествѣ чисто рефлекторнаго явленія, при раненіи *n. trigemini*, какъ это наблюдалъ *Longet* въ своихъ

экспериментахъ надъ животными. Проф. Шимановскій, присутствовавшій въ томъ же засѣданіи, отнесся къ моему заявленію скептически, выразивъ нѣкоторое сомнѣніе въ вѣрности сдѣланнаго мною указанія, въ частности—и моеѣ ссылки на опыты знаменитаго французскаго физиолога прошлаго столѣтія. По словамъ проф. Шимановскаго, если встрѣчаются какіе-нибудь рефлекторные параличи, то развѣ только при истеріи или при сходныхъ съ нею душевныхъ состояніяхъ; что же касается рефлекторныхъ параличей глазныхъ мышцъ въ зависимости отъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ, то такіе факты мой уважаемый оппонентъ находилъ странными и на основаніи литературныхъ данныхъ недопустимыми. Съ другой стороны и докладчикъ, д-ръ *Берманъ*, заявилъ, что ему также не приходилось встрѣтить въ доступной ему литературѣ указанія на возможность глазныхъ параличей упомянутого типа, хотя, прибавилъ онъ, по странному совпаденію, въ описанномъ имъ случаѣ терапевтическаго поврежденія тройничнаго нерва какъ разъ наблюдался *ptosis*.

Въ виду этихъ возраженій, могущихъ, при извѣстномъ освѣщеніи, набросить тѣнь, если не на мою добросовѣстность,—я вѣрю, что мои уважаемые оппоненты были далеки отъ такого намѣренія,—то во всякомъ случаѣ на доброкачественность моей памяти, я прошу у васъ позволенія привести нѣкоторыя доказательства въ пользу моихъ утвержденій.

Въ обширномъ, очень извѣстномъ въ свое время руководствѣ *Longet* „*Traité de Physiologie*“ par F. A. Longet, deuxième édition, Paris, 1860, содержится указаніе, правда, общаго характера, но все же съ достаточной опредѣленностью устанавливающее тотъ фактъ, что при экспериментальной перерѣзкѣ тройничнаго нерва у животныхъ, произведенной какъ самимъ авторомъ, такъ и нѣкоторыми его предшественниками, ими наблюдались, въ видѣ осложненій, параличи двигательныхъ глазныхъ нервовъ. Такъ на страницѣ 482 и 483, описывая свои опыты надъ кроликами, у которыхъ онъ перерѣзывалъ особеннымъ, *ad hoc* изобрѣтеннымъ инструментомъ чувствительный корешокъ *n. trigemini*, *Longet*, въ согласіи съ *Herbert-Mago* и *Magendie*, констатируетъ наступленіе весьма важныхъ результатовъ со стороны глаза той же стороны, а именно: неподвижность зрачка, вѣкъ и глазного яблока, каковыя расстройства являлись непосредственно послѣ операціи, тогда какъ еще болѣе важныя нарушенія, главнымъ образомъ интересовавшія въ то время экспериментаторовъ—трофическія измѣненія въ глазу—развивались постепенно, съ теченіемъ времени. У *Magendie* эффектъ операціи описанъ болѣе картинно: „*Le globe de l'oeil*“, говоритъ онъ, „*semblait avoir perdu tous ses mouvements; l'iris était fortement contracté et immobile*“—рѣчь идетъ о кроликахъ; у собакъ и кошекъ зрачекъ, напротивъ, расширяется: „*enfin l'oeil semblait un oeil artificiel placé derrière des paupières*

идеть о заторможеніи функціи, прекращеніи движеній, о расслабленіи мышцы и даже о ея параличѣ. Примѣры истерическихъ параличей не могутъ уяснить вопроса, такъ какъ, будучи психогенными по натурѣ, они возникаютъ скорымъ путемъ—черезъ посредство эмотивныхъ пред-*prévées de mouvement*.<sup>\*\*</sup>). Сколько времени существовали послѣ перерѣзки тройничнаго нерва у животныхъ глазные параличи, объ этомъ *Лонже* не сообщаетъ; только относительно сокращенія и неподвижности зрачка онъ замѣчаетъ, что это расстройство было временное („*n'ont été que temporaires*“).

Въ частности, относительно паралича мышцы, поднимающей верхнее вѣко, въ связи съ перерѣзкой тройничнаго нерва, свѣдѣній въ упомянутомъ сочиненіи *Лонже*, единственномъ, имѣвшемся въ моемъ распоряженіи, не приводится. Но что этотъ параличъ рефлекторнаго происхожденія принадлежитъ къ фактамъ, установленнымъ опытами *Лонже* надъ животными, за это ручается авторитетъ *Gowers'a*. Ссылаясь на эти опыты и нѣкоторыя клиническія наблюденія, англійскій невропатологъ устанавливаетъ особую, рефлекторную форму паралича поднимающей вѣки мышцы—*reflex Ptosis*. „*In very rare cases*“, пишетъ онъ въ своемъ курсѣ нервныхъ болѣзней,—„*irritation of the fifth nerve has been observed to cause transient drooping of the eyelid, which must be referred to inhibition of the centre for the muscle*“<sup>\*\*</sup>). Онъ не сомнѣвается въ томъ, что рефлекторный *ptosis*, который наблюдалъ *Лонже*, вызывался раздраженіемъ волоконъ *n. trigemini*, при ихъ перерѣзкѣ „*no doubt from the irritation of the fibres by the section*“. Кромѣ экспериментальныхъ данныхъ, *Gowers* приводитъ и наблюденіе, показывающее, что *ptosis*, при отсутствіи другихъ вызывающихъ причинъ, можетъ явиться результатомъ болѣе въ области развѣтвленія тройничнаго нерва. Такъ, въ одномъ случаѣ, *ptosis* наступилъ нѣсколько часовъ спустя послѣ извлеченія коренного зуба верхней челюсти у женщины 50 лѣтъ. Параличъ прерывался приступами клоническихъ судорогъ въ мышцѣ, поднимающей верхнее вѣко, длившимися, каждый въ отдѣльности, по нѣсколько секундъ. Постепенно *ptosis* съ этими явленіями ослабѣвалъ, а къ 5 дню исчезъ, хотя еще нѣкоторое время существовала болѣзненность по ходу вѣтвей *n. trigemini*.

Спрашивается, какъ объяснить происхожденіе подобныхъ рефлекторныхъ параличей. Съ понятіемъ рефлекса мы привыкли соединять переходъ возбужденія отъ чувствительнаго нерва на двигательный, результатомъ чего является какое-либо движеніе, сокращеніе мускула, какое-нибудь выдѣленіе, и проч. Но въ разсматриваемомъ случаѣ дѣло

\* ) Tome IV, p. 176 de son *Journal de physiologie expérimental*. Цит. у *Лонже*.

\*\* ) A Manual of Diseases of the nervous System by W. R. Gowers. M. D. F. R. 3 p. 186.

ставленій и другихъ тормозящихъ психическихъ факторовъ. Мы ближе подойдемъ къ пониманію интересующихъ насъ явленій, если вспомнимъ, что въ нервной системѣ заложены не только механизмы, возбуждающіе дѣятельность, но и тормозящіе ихъ функціи, и что послѣдніе, также какъ и первые, дѣйствуютъ рефлекторнымъ путемъ, т.-е. ихъ дѣйствіе возбуждается раздраженіемъ чувствительныхъ нервовъ. Между раздраженіемъ глаза и расслабленіемъ *m. levatoris palpebrae superioris* существуетъ, кажется, несомнѣнная физиологическая связь. Это потому, что въ актъ закрыванія вѣкъ, являющійся столь частымъ слѣдствіемъ раздраженія вѣточекъ *n. trigemini*, входитъ не одно только сокращеніе круговой мышцы глаза, но и расслабленіе мышцы, поднимающей верхнее вѣко (*Gowers*). И это вовсе не случайность. Можно сказать, что подобныя сочетанія раздраженія съ торможеніемъ мышцы не только не являются рѣдкостью, но скорѣе составляютъ общее правило. Достаточно напомнить, что при всякомъ цѣлесообразномъ движеніи сокращеніе группы мышцъ идетъ рядомъ съ расслабленіемъ антагонистовъ.

Фактъ этотъ прочно установленъ *Sherington'омъ* и *Hering'омъ* и *Mann'омъ*. Расслабленіе антагонистовъ, при напряженіи агонистовъ, наглядно демонстрируется на слѣдующемъ опытѣ. Пассивно согнутая въ тылѣ стопа должна давить внизъ на препятствіе, т.-е. субъекта заставляютъ сдѣлать активное сильное подошвенное сгибаніе: при этомъ сейчасъ видно, что разгибатели стопы и пальцевъ расслабляются.

Мы наблюдаемъ это явленіе, какъ при сознательныхъ, такъ и при автоматическихъ движеніяхъ, требующихъ извѣстной силы и быстроты дѣйствія; напротивъ, гдѣ требуется точная дозировка и размѣренность дѣйствія, а также, гдѣ дѣло идетъ о фиксаціи сустава (*Hering*)—тамъ приходятъ въ движеніе и антагонисты. Вотъ почему нѣтъ ничего невѣроятнаго въ томъ, что расслабленіе антагонистовъ должно имѣть мѣсто при всѣхъ болѣе или менѣе сложныхъ рефлексахъ, отличающихся силою и машинообразною стереотипностью дѣйствія. Возможно, напр., что ударомъ по *lig. patellae* вызывается не только рефлекторное сокращеніе четырехглавого мускула, но одновременно съ нимъ и расслабленіе сгибателей колѣна.

Факты, въ родѣ рефлекторнаго *ptosis'a*, показываютъ, кромѣ того, что при очень сильныхъ раздраженіяхъ возможны не только переходъ сокращенія соотвѣтствующей мускулатуры въ тоническій и клоническій спазмъ, но и параличъ антагонистовъ, включенныхъ въ ту же рефлекторную дугу: не только, напр., *tic convulsif* въ области *n. facialis*, этотъ частый спутникъ прозопагій, но также параличъ вѣтвей глазодвигательнаго нерва.

Вотъ тѣ разъясненія, которыя, мнѣ кажется, могутъ служить отвѣтомъ на возраженія проф. Шимановскаго по вопросу, лишнему

научного и практического интереса. Между осложнениями, констатируемыми в наше время послѣ впрыскиванія спирта вѣ вещество тройничного нерва, и явлениями, наступавшими вслѣдъ за перерѣзкой того же нерва вѣ экспериментахъ старыхъ авторовъ, оказывается такое сходство, которое нельзя считать случайнымъ безъ точнаго доказательства. Только опыты надъ животными, съ впрыскиваніемъ спирта при тѣхъ условіяхъ, при какихъ это дѣлается у людей съ лечебной цѣлью, могли бы рѣшить этотъ вопросъ и вмѣстѣ съ тѣмъ, вообще, пролить свѣтъ на происхождение рефлекторныхъ параличей двигательныхъ нервовъ глаза, параличей, которые встрѣчаются на практикѣ, быть можетъ, чаще, чѣмъ мы думаемъ.

IV. Оптикъ А. П. Шереметьевъ показалъ, а) новый типъ двуфокальныхъ очковыхъ стеколъ „Telegic“.

б) Тонометръ собственной конструкціи.

Д-ръ Э. Н. Неезе по собственному опыту удостовѣряетъ, что бифокальные стекла не вполне удовлетворяютъ цѣли. Самъ страдая гиперметропіею съ пресбіоіею, онъ пробовалъ на себѣ же бифокальные стекла вѣ видѣ очковъ, весьма старательно для него приготовленныхъ вѣ магазинѣ Сентера. Были испробованы стекла, вѣ которыхъ пограничная линія была обращена вогнутою стороною вверхъ, и стекла, гдѣ она была обращена вогнутою стороною внизъ. Но какъ вѣ томъ, такъ и вѣ другомъ случаѣ неудобство заключается вѣ томъ, что пограничная линія, всегда проходя черезъ зрачковую область, при смѣщеніи вдаль и при передвиженіяхъ, придаетъ предметамъ впечатлѣніе волнистости, чѣмъ вызываетъ ощущеніе непріятнаго. Лучше всего стекла переносятся при спокойномъ положеніи корпуса: напр., при сидѣчемъ положеніи вѣ креслѣ на балконѣ, когда удается, безъ примѣси непріятныхъ ощущеній, читать книгу сквозь нижнія стекла и смотрѣть на улицу сквозь верхнія. Удовлетвореннымъ оказался тоже живописецъ съ гиперметропіею и пресбіоіею: сидя на стулѣ и не дѣлая большихъ передвиженій, онъ могъ удобно различать болѣе отдаленный свой объектъ сквозь верхнія стекла и одинаково хорошо различать изображаемое имъ на болѣе близкомъ полотнѣ и мольбертѣ, сквозь нижнія стекла очковъ. Вообще же обыкновенныя даже выпуклыя, такъ называемыя перископическія (половинныя) стекла, оказываются весьма удобными для живописцевъ-пресбіоповъ.

Относительно тонометровъ д-ръ Неезе обращается къ гг. товарищамъ съ вопросомъ, примѣнялъ ли кто изъ нихъ ихъ вѣ практикѣ методически? Провѣрялъ ли кто изъ нихъ на дѣлѣ показанія проф. Stock'a согласно которымъ, по систематическимъ наблюденіямъ вѣ Фрейбургской клиникѣ надъ цѣлымъ рядомъ нормальныхъ и глаукоматозныхъ глазъ, при посредствѣ тонометра Schiötz'a, даже при глаукомѣ

простой, гдѣ пальцами *никакого* не замѣчалось отступленія вѣ напряженности глаза,—при помощи тонометра всегда и обязательно констатировалось несомнѣнное увеличеніе внутри глазного давленія? Ибо если это наблюденіе будетъ подтверждено и другими изслѣдователями, то всякое усовершенствованіе тонометровъ, вѣ смыслѣ практичности ихъ примѣненія, съ величайшимъ удовлетвореніемъ будетъ встрѣчено и офтальмологами-практиками. Имѣя возможность достаточно рано констатировать несомнѣнное увеличеніе внутри глазного давленія точнымъ и объективнымъ способомъ, мы, конечно, будемъ имѣть достаточно основаній приступить къ производству придектоніи вѣ болѣе ранній періодъ и съ болѣе твердою рѣшимостью, чѣмъ это бывало до сихъ поръ при glaucoma simplex.

Д-ръ А. В. Биллевъ 4 года назначаетъ уже стекла uni-bifo. Правильно приготовленные и хорошо центрированные они для близорукихъ безусловно удобны; для дальнорукихъ же и пресбіоповъ они менѣе подходящи, такъ какъ приходится смотрѣть при ходьбѣ—внизъ, чрезъ нижнія болѣе сильныя стекла, предназначенныя для работы вблизи, а потому и не подходящія для зрѣнія вдаль. Вѣ этихъ случаяхъ необходимо изловчаться смотрѣть чрезъ верхнія части стеколъ.

Д-ръ И. Ю. Рубертъ, по поводу показаннаго новаго тонометра, напоминаетъ, что прежнія системы ихъ Fick'a и Маклакова основаны были на уплощеніи, а не на вдавливаніи роговицы. Тонометръ Fick'a имѣетъ то большое неудобство, что на немъ in situ нельзя было различать дѣлений скалы. Вѣ настоящее время недостатокъ этотъ устраненъ вѣ модификаціи Лифшица. Инструментъ Шереметьева имѣетъ значительное преимущество вѣ томъ, что получается полное уплощеніе. Недостатокъ его — большое число пружинокъ и рычаговъ. Необходимо провести съ нимъ сравнительныя тонометрическія измѣренія, съ изученнымъ уже тонометромъ Fick'a. Тонометръ Schiötz'a очень простъ, но изученъ только самимъ авторомъ. Многочисленныя изслѣдованія помощью тонометра Маклакова произведены Engelmann'омъ.

Предсѣдатель поблагодарилъ докладчика за интересную демонстрацію.

Вѣ Административной части за сѣданія закрытою баллотировкою единогласно избраны вѣ дѣйствительные члены Общества д-ръ Петръ Владиміровичъ Мазюковичъ и Сергій Михайловичъ Теръ-Арутюнянцъ.

Протоколъ 47-го очередного собрания Киевскаго Офтальмологическаго Общества, 26-го апрѣля 1911 года, въ глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: Предсѣдатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Румшевичъ*, казначей *Э. Н. Неезе*, библиотечарь *М. М. Козловскій*, секретарь *В. Г. Баранъ*, члены Общества: *П. К. Бельовскій*, *И. И. Гинзбургъ*, *Н. С. Рахмисъ*, *И. Ю. Рубертъ*, *Р. Я. Соколовскій*, *С. М. Теръ-Арутюнянъ* и проф. *А. Шимановскій*, гости-врачи: *Гуковскій*, *Кагановъ*, *И. Е. Шостакъ*, *П. И. Шафранъ*, *Л. А. Юкельсонъ*.

Заслушанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго 46-го собранія отъ 22 февраля, 1911 года.

I. Д-ръ *И. Е. Шостакъ* представилъ случай пересадки жира въ глазницу послѣ ея *eventrat'ции* и предложилъ на обсужденіе вопросъ, насколько въ косметическихъ цѣляхъ способъ этотъ можетъ быть признанъ удовлетворительнымъ.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* напоминаетъ, что вопросъ о пересадкѣ жира уже дебатировался въ литературѣ. Она предлагалась при рубцевомъ сморщиваніи. Въ данномъ случаѣ говоритъ о рубцеваніи еще рано; неизвѣстно, насколько жиръ разсосется. Условія для этого здѣсь лучше, чѣмъ по отношенію къ парафину. Что касается способа закрытія дефектовъ послѣ *eventrat'ции*, то довольно хорошіе результаты даетъ зашиваніе вѣкъ, пересадка по *Thurch'у* и т. п.

Д-ръ *К. О. Румшевичъ* полагаетъ, что здѣсь, можетъ быть, рѣчь не о всасываніи жира, а объ его атрофіи: если въ данномъ случаѣ пересаженное количество жира уменьшится, то эффектъ будетъ съ косметической точки зрѣнія недуренъ. Пересадка по *Thursch'у* также даетъ хорошіе результаты.

Проф. *А. Шимановскій* указываетъ, что въ офтальмологіи пересадка жира уже довольно давно практикуется, и по этому вопросу накопилась уже довольно порядочная литература. Въ данномъ случаѣ говорить объ эффектѣ преждевременно.

II. Д-ръ *К. О. Румшевичъ* сдѣлалъ сообщеніе о тератомахъ роговицы.

Извѣстно, что раньше всѣхъ дермоидовъ поверхности яблока и соединительной оболочки были описаны дермоиды въ области *limbus* наиболѣе частые, и занимающіе обыкновенно лишь незначительную часть поверхности роговицы. Но уже *Graefe* въ одномъ случаѣ наблю-

дать, что дермоидъ занималъ почти всю поверхность роговицы. *Iris* была сращена съ роговицей, хрусталикъ отсутствовалъ. Въ случаѣ *Gallenos'a* дермоидъ тоже занималъ почти всю роговицу и, кромѣ сальныхъ и потовыхъ железъ, наблюдавшихся и раньше, въ немъ оказались гроздевидныя железа и хрящъ. Въ случаяхъ *Bernheimer'a* и *Cohn'a* дермоидъ занималъ большую половину поверхности роговицы, при отсутствіи передней камеры и сращеніи *iris* съ роговицей. Въ первомъ случаѣ замѣчалась также жировая ткань, во второмъ—гроздевидныя железы.

Въ случаѣ, наблюдавшемся реф. у 18-лѣтней дѣвушки, замѣчалась блѣдно-розоваго цвѣта стафилома роговицы (5 мм. въ центрѣ выше уровня), занимавшая всю ея поверхность, за исключеніемъ верхней узкой полоски, которая все же представлялась помутнѣвшею. Кнаружи и кнутри стафилома распространялась за предѣлы *limbus*, книзу же доходила до переходной складки. Измѣненія замѣчены были тотчасъ по рожденіи. Глазъ былъ энуклеированъ съ косметическою цѣлью.

Въ *limbus* кверху не оказалось никакихъ измѣненій. На 1,5—2 мм. отъ края, въ эпителии обнаруживалось строеніе, свойственное кожѣ; вскорѣ появлялись, правда, довольно слабо развитыя сосочки. Такимъ образомъ уже въ области уцѣлѣвшей полости роговицы имѣлось строеніе кожи. Съ переходомъ въ стафилому эпителии весьма значительно утолщался (до 20 слоевъ и болѣе) сосочки становились болѣе правильными, въ нихъ замѣчались не только сосуды, но даже нервы. Далѣе, кнутри, пучки соединительной ткани принимали направленіе параллельное поверхности и, перекрещиваясь между собою, образовали подъ эпителиемъ слой около 2 мм. толщины, затѣмъ кнутри отирались пучки, образовавшіе сѣтъ, въ которыхъ помѣщались дольки жировой ткани. Затѣмъ еще глубже замѣчалась тонкая волокнистая оболочка, составлявшая продолженіе наиболѣе внутреннихъ слоевъ склеры. Въ ней замѣчалась обильная мелкоклеточная инфильтрація, при чемъ клетки образовали иногда отдѣльные узелки. Внутреннюю поверхность ея покрывала Десцеметова оболочка, покрытая нормальнымъ эндотелиемъ. Въ толщѣ передней волокнистой оболочки замѣчались луковиды многочисленныхъ мелкихъ волосковъ (*lanuge*) и весьма немногочисленныхъ, болѣе крупныхъ. Сопутствовавшія волоскамъ сальныя железы были рудиментарны и сохраняли эмбриональное строеніе. Гораздо глубже, часто уже въ перегородкахъ жировой ткани, замѣчались немногочисленныя потовыя железы. Недалеко отъ верхняго края встрѣчались железы, весьма похожія на слезныя, снабженныя даже *Heidenhain'овскими* тѣльцами. Такимъ образомъ ткань, замѣнявшая собою роговицу, представлялась въ видѣ липодермоида. Кожная железа была болѣе

развита, нежели въ случаяхъ аналогичныхъ *Emmert'a*, *Berheimer'a* и *Cohn'a*, въ которыхъ вовсе не замѣчалось потовыхъ железъ. Впрочемъ, не слѣдуетъ упускать изъ вида, что для точнаго изслѣдованія строенія дермоидовъ необходимо приготовленіе серіи препаратовъ, ибо помѣстныя образованія могутъ быть присущи лишь весьма незначительной области.

Какъ упомянуто уже выше, въ случаяхъ, въ которыхъ дермоидъ занималъ почти всю роговицу, замѣчались также нѣкоторыя измѣненія со стороны передней камеры и радужной оболочки, само же яблоко въ общемъ было сохранено. Исключеніе составляетъ развѣ случай *Lodata*, въ которомъ, кромѣ колобомы радужки (кверху и кнаружи) замѣчался также въ нѣкоторой степени *microphthalmus*. Если затѣмъ обратимъ вниманіе на гистологическое строеніе дермоидовъ, края роговицы, занимающихъ всю ея поверхность, то окажется, что оно въ обоихъ случаяхъ идентично, сверхъ того, между обоими формами тератомъ замѣчаются переходныя ступени.

Но имѣется также цѣлый рядъ наблюденій, въ которыхъ при дермоидахъ, замѣнявшихъ собою роговицу, глазное яблоко было совершенно разрушено. Сюда относятся случаи *Manfred'a*, *Wagenmann'a*, *Sojrasjo*, *Hanke* и *v.-Hippel'a*. Поэтому дермоиды, совершенно одинаковые по строенію, могутъ занимать: незначительное мѣсто въ области *limbus*, значительную часть роговицы, всю роговицу и, наконецъ, также само глазное яблоко, которое въ такомъ случаѣ совершенно теряетъ свое строеніе. Что касается происхожденія тератомъ роговицы, реф. полагаетъ, что они обуславливаются сращеніемъ поверхности глазного пузыря съ амниономъ. Тератомы въ области *limbus* развиваются, вѣроятно, въ болѣе позднемъ періодѣ, на 2-мъ мѣсяцѣ зародышевой жизни. Но при этомъ необходимо развитіе воспалительнаго процесса въ роговицѣ. Указанія на наличность такого процесса имѣются какъ въ моемъ случаѣ, такъ и въ другихъ, подробнѣе описанныхъ. Если процессъ ограничивается лишь небольшими мѣстами на *limbus*, могутъ развиваться наиболѣе обыкновенныя краевые дермоиды. Если же воспалительный процессъ занимаетъ значительную поверхность роговицы, или же всю ея поверхность—обширныя тератомы. Развитіе тератомъ, сопровождающихся значительнымъ разрушеніемъ глазного яблока, возможно объяснить или распространеніемъ воспалительнаго процесса въ роговицѣ на глубокія части яблока, или же ненормальнымъ ходомъ развитія. Последнее можетъ обуславливаться тѣмъ обстоятельствомъ, что между стѣнкою первичнаго глазного пузыря и наружнымъ зародышевымъ листкомъ, въ періодъ перехода первичнаго глазного пузыря во вторичный, видѣруется настолько толсто мезодермальный слой, что образованіе вторичнаго пузыря становится фактически невозможнымъ,

оставшіеся же неиспользованными элементы наружнаго зародышеваго листка пріобрѣтаютъ свойства кожи и переходятъ въ образованіе, которое разрушаетъ нѣжный первичный глазной пузырь.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ*, не раздѣляя взгляда *Hippel'a*, будто тѣ большіе дермоиды, которые разрушаютъ глазъ и содержатъ въ себѣ хрусталикъ, не могутъ быть объяснены амниотическими сращениями, а должны имѣть другое происхожденіе, напротивъ, всецѣло присоединяется къ мнѣнію докладчика, что и большіе и малые дермоиды должно быть одного и того же происхожденія — путемъ амниотическихъ сращеній. Разница здѣсь лишь количественная. Подтверженіемъ этому служить одновременная наличность другихъ врожденныхъ аномалій развитія.

Предсѣдатель поблагодарилъ докладчика за его крайне интересное сообщеніе.

III. Д-ръ *П. И. Шафранъ* сообщилъ о случаѣ первичнаго марантического тромбоза *sinus cavernosi*.

Протоколъ 48-го очереднаго собранія Киевскаго Офтальмологическаго Общества, 24-го мая 1911 года въ глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: Предсѣдатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Румшевичъ*, казначей *Э. П. Неезе*, секретарь *В. Г. Барацъ*, члены общества: *П. К. Бельговскій*, *И. И. Гинзбургъ*, *А. А. Говсеевъ*, *О. Р. Лурье*, *О. Г. Льбова*, *Н. С. Разлисъ*, *Р. Я. Соколовскій*, *С. М. Теръ-Арутюнянцъ* и проф. *А. Д. Шимановскій*, гости-врачи *П. А. Кучеренко*, *А. Е. Лурье*, *Я. И. Таборійскій* и *П. И. Шафранъ*.

Заслушавъ и утвердивъ протоколъ предыдущаго 47-го очереднаго собранія отъ 26-го апрѣля т. г.

I. Гость д-ръ *П. А. Кучеренко* сдѣлалъ сообщеніе „Къ вопросу о морфологій трахомныхъ тѣлецъ и ихъ діагностическомъ значеніи“. Съ демонстраціею микроскопическихъ препаратовъ.

II. Гость д-ръ *Я. И. Таборійскій* сообщилъ „О клиническихъ формахъ трахомы въ связи съ вопросомъ о *Prowazek-Halberstaedter'овскихъ* включеніяхъ“ и представилъ относящіеся сюда препараты.

Предсѣдатель поблагодарилъ обоихъ докладчиковъ отъ имени общества за ихъ интересныя сообщенія, бесѣда по поводу которыхъ отложена за позднимъ временемъ до слѣдующаго засѣданія.

Протоколъ 49-го очередного собрания киевскаго офтальмологическаго общества, 25-го октября 1911 года, въ глазной лѣчебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: Предсѣдатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Румиевичъ*, казначей *Э. Н. Неезе*, библиотекарь *М. М. Козловскій*, секретарь *В. Г. Барацъ*; члены Общества: *П. К. Бельговскій*, *А. В. Биллевъ*, *О. Р. Лурье*, *О. Г. Льбова*, *П. В. Мазюкевичъ*, *Н. С. Рахлисъ*, *П. Ю. Рубертъ*, *Р. Я. Соколовскій*, *С. М. Теръ-Арутюнянцъ* и проф. *А. Ф. Шимановскій*; гости-врачи *И. К. Рушковскій*, *М. Ф. Казановъ*, *П. П. Шафранъ*.

Заслушанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго 48-го очередного собрания отъ 24 мая, 1911 года.

**I. Проф. А. Ф. Шимановскій** демонстрировалъ случай *residua membranarum embryonalium praeparillaris et periparillaris ocs.* Гимназистъ 16 л., Борисъ К—въ, съ  $\frac{1}{2}$  года замѣтилъ, что лѣвымъ глазомъ видитъ плохо и потому обратился въ глазную клинику Университета св. Владимира, 20 октября, 1911 г. При изслѣдованіи оказалось: правый глазъ E,  $v=1$ , 25; поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе безъ измѣненій; лѣвый глазъ близорукъ M—10 D.,  $v=\frac{3}{200}$ , стекла зрѣнія не улучшаютъ, поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе (на моткахъ) не представляютъ измѣненій; на днѣ глаза на мѣстѣ соска имѣется желтовато-красное пятно, величиной въ  $\frac{1}{3}$  обычныхъ размѣровъ соска съ выходящими изъ него сосудами; вся остальная область соска и прилежащая часть сѣтчатки, на протяженіи 2—3 поперечниковъ соска, представляется сѣровато-зеленоватаго цвѣта, по окраинѣ цвѣтъ менѣе насыщенъ, болѣе зеленоватаго цвѣта, и съ мелкой лучистостью, какъ въ плавникѣ рыбъ, рассыпается въ видѣ нѣжныхъ волоконцевъ зеленоватаго цвѣта; въ главной толщѣ своей на соскѣ и вокругъ него пятно не обнаруживаетъ правильнаго волокнистаго строенія, сосуды соска частью прячутся въ бѣломъ полѣ, частью видны; тогда ясно можно отличить бѣловатая полоски того же вещества, что и все поле, но параллельныя ходу сосудовъ; тамъ, гдѣ сосуды имѣютъ поперечное къ ходу нервныхъ волоконъ направленіе, эти поперечныя полосы придаютъ всему полю нѣсколько шахматный видъ.

Если офтальмоскопировать въ прямомъ видѣ, то впереди бѣлаго поля видны рѣзко-бѣлыя, блестящія точки, въ родѣ холестеринныхъ, но онѣ оказываются соединенными между собою нѣжными нитями, состоящими изъ болѣе мелкихъ блестящихъ узловатостей, и связанными съ тою тканью, которая составляетъ поле измѣненія глазнаго дна. Macula

lutea сжужена и охвачена съ 3-хъ сторонъ (кромѣ наружной) этимъ образованіемъ.

(На основаніи необычнаго цвѣта этой ткани на соскѣ и прилежащей сѣтчаткѣ, отчасти на основаніи большихъ размѣровъ и сплошнаго измѣненія, главнымъ же образомъ на основаніи того, что полоски въ этомъ бѣломъ полѣ проходятъ не только согласно ходу волоконъ зрительнаго нерва въ сѣтчаткѣ, но и поперекъ, а также вслѣдствіе нитчатости строенія блестящихъ помутнѣній въ стекловидномъ тѣлѣ и ихъ связи съ описываемымъ измѣненіемъ на глазъ, я полагаю, что мы имѣемъ дѣло не со striae medullares retinae, а съ обширными остатками зародышевой соединительной ткани, входящей въ глазъ вмѣстѣ съ arteria hyaloidea, при образованіи вторичнаго глазнаго пузыря. (Ср. рисунки 265, 266 и 268 въ Encyclopédie française T. 2, 1905 г. Paris. 418, 419 и 420, статья v. *Duyse'a*—„Elements de tératologie de l'oeil“, а также стр. 419—4-й видъ неправильныхъ скопленій соединительной ткани, остатковъ art. hyaloid).

Д-ра *М. Е. Мандельштамъ* и *К. О. Румиевичъ* допускаютъ, что наблюдающая въ этомъ случаѣ офтальмоскопическая картина можетъ быть обусловлена сохранившеюся мозговидною обкладкою нервныхъ волоконъ.

Съ этимъ готовъ согласиться и д-ръ *Биллевъ*, хотя картина и представляется ему необычною для такого рода аномалии, но все же возможно ее отнести къ рѣдкой ея формѣ.

**II. Онъ же** представилъ случаи пересадки передняго отдѣла глаза (демонстр.).

1. Первый случай—это больная, которую я имѣлъ честь показывать въ Обществѣ въ январѣ мѣсяцѣ, сего года, по поводу пересадки всего передняго отдѣла глаза, взятого для больной отъ умершей старухи.

Вы хорошо помните то высоко-отрадное впечатлѣніе, какое производила эта пересадка на 23 день послѣ операциі. Состояніе глаза въ то время мною уже описано въ томъ сообщеніи.

Теперь картина не та.

Я тотъ разъ говорилъ, что спѣшу вамъ показать случай въ его блестящемъ состояніи, ибо, къ сожалѣнію, сильно опасаясь, что въ дальнѣйшемъ картина пересаженной части совершенно измѣнится къ худшему. Опасенія оправдались вполнѣ: хотя свѣтоощущеніе и осталось на этомъ глазу, хотя очертанія пересаженной части почти безслѣдно слились съ матерней почвой, а пересаженная роговица еще нѣсколько просвѣчиваетъ, такъ что сѣроватый отблескъ радужной виденъ, однако весь глазъ рѣзко уменьшенъ, а самая роговица плоска, сплошь представляетъ сѣтевидную муть пропитыванія и распада и не чувствительна.

2. Второй случай—также женщина 39 л., которой 5 лѣтъ назадъ такимъ же способомъ, какъ и у предыдущей больной, я пересадилъ

передний отдѣлъ глаза на лѣвый глазъ; матерьялъ для пересадки взятъ съ праваго глаза, вылуценнаго у больной съ ракомъ въкъ. Первые дни и въ этомъ случаѣ пересаженная часть вызвала надежды, которыя однако затѣмъ рухнули, и теперь мы имѣемъ также увядшій глазъ, потерявшій и свѣтоощущеніе въ послѣдніе 2 года; пересаженная часть имѣетъ совершенно выраженный видъ рубца.

3. Наконецъ, третій случай—молодой человекъ Стефанъ М—ковъ, слѣпой съ 3-хъ лѣтъ и имѣющій бычій глазъ на правой сторонѣ. 7 мѣсяцевъ назадъ, въ клиникѣ, я ему сдѣлалъ пересадку роговицы уже по измѣненному способу, но отъ живого человека, у котораго глазъ былъ вылуценъ часа за 3 до пересадки. Какъ видите, лѣвый глазъ, который до операціи представлялъ staph. antic. и также съ нѣкоторымъ растяженіемъ всего глаза, имѣетъ видъ весьма близкій къ обычному: выпячиванія нѣтъ, роговица имѣетъ правильныя округлыя очертанія, вполне точныя, на большей части она прозрачна, въ особенности въ верхне-внутренней половинѣ, гдѣ отчетливо видна радужная; существованіе передней камеры можетъ быть опредѣлено около  $\frac{1}{4}$  м.; зрачка не видно, повидимому, онъ заросъ; роговица въ срединѣ и въ направленіи къ ниже-наружной половинѣ довольно мутна, не прозрачна, остальная прозрачная часть также представляетъ нѣжную сѣть помутнѣній, видныхъ особливо въ луну Zeiss'a-Westin'a; поверхность роговицы довольно гладка, такъ что офтальмометромъ, хотя и съ трудомъ (очень мѣшаетъ nystagmus), радиусъ кривизны опредѣляется около 9 м. (37 D). Роговица нечувствительна (рефлекса на смыканіе нѣтъ, хотя М—ковъ заявляетъ, что чувствуетъ прикосновенія). Пересаженная часть склеры отличается нѣкоторой аспидностью своего цвѣта отъ остальной части бѣлочной оболочки. Ни о какомъ увяданіи глаза и рѣчи быть не можетъ. Свѣтоощущеніе, по словамъ больного, теперь лучше прежняго. Роговица производитъ впечатлѣніе, что послѣ придектоміи можно получить форменное зрѣніе. Т. ос. s.—18 мм. по Schiötz'y и 12 мм. по Fick'y—Ливинцу.

Ни одна изъ до сихъ продѣланныхъ мною пересадокъ роговицы не дала такого успѣха, какъ въ данномъ случаѣ, и я полагаю справедливымъ заявить, что вопросъ о пересадкѣ всей роговицы съ сохраненіемъ ея прозрачности долженъ считаться положительно рѣшеннымъ, хотя пока и этотъ удачный случай, правда, еще не рѣшилъ вопроса о форменномъ зрѣніи, ибо у больного нѣтъ зрачка и какъ его удастся сдѣлать, это вопросъ будущаго.

Въ предыдущемъ сообщеніи по этому же вопросу я касался причинъ, почему пересаживаемыя роговицы погибаютъ. Для даннаго случая я долженъ объяснить, почему роговица въ послѣднемъ случаѣ не погибла.

Такъ какъ во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ пересаживаемая роговица со склерой первоначально не погибли, не отторгались, а вросли въ ткани, на которыя онѣ пересаживались, погибли же потомъ, при общемъ увяданіи всего глаза, которое, по всѣмъ видимостямъ, должно было быть отнесено насчетъ слабой или вовсе прекратившейся дѣятельности рѣсничнаго тѣла (новопосаженнаго), а, можетъ быть, также и на счетъ рубцеванія обрѣзаннаго матерьяго рѣсничнаго тѣла, то въ этомъ случаѣ М—кова я рѣшилъ нѣсколько спростить операцію: не срѣзая всего передняго отдѣла глаза, я снялъ съ него только бѣлочную оболочку и роговицу, оставивъ на мѣстѣ рѣсничное тѣло и часть радужной, а остатки мутнаго хрусталика въ  $\frac{3}{4}$  с. въ поперечникѣ выбросилъ вонъ. Бѣлочная оболочка была обрѣзана за предѣлами рѣсничнаго тѣла, сосудистая же съ сѣтчаткой были разрѣзаны въ 2—3 мѣстахъ на протяженіи 2—1 и меньше мм., при чемъ стекловидное только выпячивалось въ эти прорѣзы, но ни одной капли его не было потеряно; склера легко отдѣлялась отъ рѣсничнаго тѣла тупымъ способомъ—ножницами—на всемъ протяженіи и только въ срединѣ стафиломы пришлось припаянную къ ней радужную обрѣзать ножницами же; въ такомъ зрачкѣ лежалъ сморщенный мертвый хрусталикъ. Такъ какъ сосудистая матерьяго глаза не была перерѣзана и, напротивъ, оставалось живое, его собственное рѣсничное тѣло, то условія питанія для пересаживаемой части и выдѣленія водянистой влаги казались болѣе благоприятными, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ; поэтому въ пересаживаемой части рѣсничное тѣло являлось лишнимъ, и я его обрѣзалъ, но такъ, что радужная осталась прикрѣпленной къ бѣлочной оболочкѣ, при помощи сухожилія рѣсничнаго тѣла. Хрусталикъ пересаживаемой части также былъ удаленъ. Швы, по прежнему, были положены на бѣлочную оболочку по меридіанамъ въ количествѣ 17; поверхъ пересаженной части—соединительная была стянута кистетнымъ швомъ.

Глазъ, послужившій для пересадки, былъ до пересадки за 3 часа вылуценъ (изъ-за саркомы глазницы) въ Кирилловской больницѣ и оттуда привезенъ въ физиологическомъ растворѣ, въ наружномъ карманѣ пальто. Слизистая на немъ была обрѣзана до лимба. Передний отдѣлъ былъ обрѣзанъ за рѣсничнымъ тѣломъ на параллели, поперечникъ которой былъ ровень (опредѣленіе циркулемъ) поперечнику будущаго обрѣза на глазу для пересадки. По вылуценный глазъ былъ правый, а пересаживать пришлось на лѣвый, ибо онъ былъ менѣе растянутъ. Внутренняя и наружная части пересаживаемаго отдѣла и матерьяго глаза были одинаковы, но пришлось верхъ поставить книзу и наоборотъ.

На этотъ разъ пересаживаемая роговица была заготовлена раньше обрѣза матерьяго глаза и сохранялась въ тепловатомъ физиологическомъ растворѣ. Въ послѣоперационномъ теченіи болевья явленія были

ничтожны, слѣдовательно, циклить былъ незначительный и увяданія глаза не наступило, хотя и ниже обычнаго.

Этому именно обстоятельству, сохраненію рѣсничнаго тѣла, я и приписываю большое значеніе въ дѣлѣ сохраненія роговицы и передней камеры въ данномъ случаѣ, при тщательномъ шитьѣ (въ первомъ своемъ случаѣ въ 1893 г. я вовсе не касался рѣсничной области, а срѣзалъ только бѣльмо, но роговица погибла, ибо не была хорошо пришита и въ пересаживаемой части не было передней камеры).

Д-ръ М. Е. Мандельштамъ признаетъ результаты въ этомъ послѣднемъ случаѣ болѣе или менѣе утѣшительными, такъ какъ сохранились прозрачные участки роговицы, и благодаритъ докладчика отъ имени Общества какъ за интересныя демонстраціи, такъ и за ту настойчивость, которую онъ проявляетъ въ этомъ направленіи.

Д-ръ Н. С. Рахмисъ напоминаетъ о работѣ Magitot, предложившаго способъ сохранять глазъ въ живомъ состояніи.

III. Д-ръ К. О. Румшевичъ сдѣлалъ сообщеніе о тератомахъ орбиты.

1-й случай, у 18-лѣтней дѣвушки лѣвое глазное яблоко слегка выпячено и смѣщено книзу и кнутри. Изъ орбиты удалена опухоль, въ большемъ поперечникѣ въ 1,5 см. въ меньшемъ въ 1 см. Она оказалась кистой съ кашицеобразнымъ содержимымъ—жира, клѣтки верхней кожицы, мелкіе волоски, крупные волосы. Задняя, меньшая часть, имѣла видъ кожи поросшей волосами, задняя большая—слизистой оболочки. Въ кожной части наименѣе былъ развитъ слой верхней кожицы; зернистый слой не представлялся сплошнымъ. Основныя клѣтки иногда только имѣли кубическую форму. Слой кожныхъ сосочковъ вовсе не имѣлось. Кожный слой имѣлъ неодинаковую толщину. Луковицы мелкиихъ волосковъ помѣщались въ поверхностномъ слоѣ кожи, луковицы толстыхъ волосъ—гораздо глубже. Сальныя железы были слабо развиты, потовыя большею частью перерождены. Замѣчались пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ и нервовъ. Въ эпителиальномъ слоѣ часто замѣчались трещины, сквозь которыя содержимое кисты попадало въ окружающую ткань. Передняя стѣнка кисты по строенію напоминала грануляціонную ткань, клѣтки представлялись круглыми или продолговатыми, часть съ характеромъ эпителиондныхъ. Во внутреннихъ слояхъ межклѣточной ткани почти не замѣчалось, въ наружныхъ она уже принимала волокнистый характеръ, кромѣ того, замѣчались еще клѣтки треугольной формы, очень большія, съ желтоватою окраскою, съ крупнымъ, рѣзко очерченнымъ ядромъ съ ядрышкомъ и многочисленными толстыми развѣтвленными отростками. Онѣ совершенно напоминали гангліозныя клѣтки, кромѣ того въ веществѣ ткани повсюду имѣлись волосы, со всѣхъ сторонъ окруженные гигантскими клѣтками

разнообразной формы. Кисты были фиксированы къ лобно-скуловому шву посредствомъ перемычки. Последняя состояла изъ обыкновенной волокнистой соединительной ткани.

2-й случай. II. С. 4-лѣтняя дѣвочка. Правое яблоко слегка смѣщено книзу и кнутри. Опухоль была фиксирована посредствомъ тонкаго шурка, къ мѣсту соединенія рѣсничной кости съ лобною. Диаметръ 1 см.; оказалась кистой; содержимое такое же, какъ въ первомъ случаѣ. Задняя стѣнка имѣла видъ кожи, передняя—слизистой оболочки. Первая представляла строеніе кожи, впрочемъ безъ потовыхъ железъ. Въ глубокихъ слояхъ кожи, въ срединѣ, на незначительномъ протяженіи замѣчались мелкія кисты, выстланныя цилиндрическимъ или плоскимъ эпителиемъ возлѣ шурка, фиксировавшаго кисту къ кости, замѣчалась кучка клѣтокъ круглыхъ или продолговатыхъ съ очень крупными ядрами и съ многочисленными сильно развѣтвленными отростками. Онѣ ничѣмъ не отличались отъ клѣтокъ невроглии. По соедѣству имѣлись также пучки гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Строеніе передней стѣнки вполне соответствовало строенію передней стѣнки въ первомъ описанномъ здѣсь случаѣ. Въ обоихъ случаяхъ опухоль была замѣчена, тотчасъ послѣ рожденія, но затѣмъ нѣсколько увеличилась въ объемѣ.

Первый подробный трактатъ о дермоидахъ орбиты представилъ Berlin въ 1 м. изданіи руков. Graefe и Saemisch. Весьма важно замѣчаніе Lagrange'a, что онѣ вовсе не находятся въ связи съ кожей, но зато весьма часто прикрѣпляются къ костямъ орбиты посредствомъ тонкихъ шурковъ. Содержимое обыкновенно кашицеобразное, иногда совершенно похоее на жидкое масло.

Строеніе дермоида первый призналъ въ нихъ Lebert Vassaux и Braca впервые обративъ вниманіе на то обстоятельство, что не вся стѣнка представляетъ строеніе кожи. Kuntze и Pfalz находили часть стѣнки состоявшею изъ грануляціонной ткани. Mitwalsky, изслѣдуя одинъ случай дермоида орбиты и многочисленные случаи дермоидовъ края орбиты, только въ 5 нашелъ цѣльную кожную стѣнку, въ остальныхъ она состояла, большею частью, изъ грануляціонной ткани. По его мнѣнію, гигантскія клѣтки составляютъ нераздѣльную часть этой ткани, однако едва ли возможно сомнѣваться въ томъ, что развитіемъ своимъ она обязана только присутствію въ ткани волосъ.

Весьма важны слѣдующія наблюденія: Lagrange нашелъ однажды въ стѣнкѣ дермоидной кисты невроглию; Mitwalsky—островокъ галинаго хряща и костную клѣтку, а подлѣ нея типическую гангліозную клѣтку, окруженную слизистой тканью. Van-Duyse тоже наблюдалъ гангліозныя клѣтки. Изъ наблюдавшихся реф. случаевъ, въ одномъ найдены были пучки мышечныхъ и нервныхъ волоконъ и гангліозныя клѣтки, въ другомъ—мелкія кисты и невроглия.

Ясно, что болѣе обстоятельныя изслѣдованія обнаружили въ этихъ дермоидахъ болѣе сложное строеніе, особенно же подчеркиваетъ реф. находеніе въ нихъ не только гангліозныхъ клѣтокъ, но даже неврогліи, ибо этимъ намѣчаетъ связь ихъ съ центральной нервной системой.

Въ случаяхъ *Lawson'a*, *Courant*, *Broer* и *Weigert'a* и *Lagrange'a* тератомы имѣли весьма сложное строеніе, а въ послѣднемъ случаѣ она находилась въ связи съ мозгомъ и состояла, повидимому, изъ неврогліи. *Eveickii* описалъ опухоль орбиты, состоящую изъ неврогліи, давшей послѣ операциі рецидивъ со строеніемъ дермоида, но мы имѣемъ и другія наблюденія. Тоже *Mefeld* описалъ опухоль орбиты, снабженную какъ бы конечностью, *Nirpel*—весьма сложную опухоль, состоящую изъ хряща, кисты, кожи, мышцъ, железистой ткани и лимфатическихъ фолликуловъ, окружавшихъ рудиментарное яблоко. Наконецъ *Misuo* описалъ, насколько извѣстно реф., единственный случай, въ которомъ тератома орбиты представлялась въ видѣ изрядно развитого зародыша съ рудиментарными конечностями и головою ацефала, помѣщавшагося даже въ полости, напоминавшей амниотическую. Онъ опредѣлилъ его какъ: *orbitoragus parasiticus*. Однако ясно, что онъ представляетъ только наивысшую ступень цѣлаго ряда тератонидныхъ образованій, высшею ступеню которыхъ являются такъ называемые дермоиды орбиты.

Возвращаясь еще разъ къ дермоидамъ орбиты, слѣдуетъ упомянуть, что еще въ 1852 году *Verneuil* производилъ дермоиды орбиты отъ кожного покрова лобно-челюстной щели. Затѣмъ *Helsche* (1860) примѣнилъ къ нимъ теорію *Remak'a*. Но въ такомъ случаѣ мы имѣли бы хотя намеки на связь этихъ образованій съ кожей. На дѣлѣ, однако, мы видимъ другое — въ болѣе точно описанныхъ случаяхъ замѣчена была связь ихъ съ костями, вѣрнѣе съ костными швами, посредствомъ какъ бы *sui generis ligamentum suspensorium*. Если къ этому факту прибавимъ доказанное въ нихъ присутствіе неврогліи то ясно, что теорія вичиванія кожныхъ элементовъ съ поверхности теряетъ всякое значеніе.

Намъ остается обратиться къ раннему періоду развитія зародыша. Если при образованіи мозговой трубки нѣкоторые элементы верхняго листка останутся съ нею въ связи, то, при развитіи первичныхъ глазныхъ пузырей, они могутъ проникнуть вмѣстѣ съ ними въ область будущей орбиты. Въ дальнѣйшемъ процессѣ развитія, послѣ образованія вторичнаго глазного пузыря, развивающаяся вокругъ послѣдняго сосудистая сѣтка — будущая сосудистая оболочка, легко можетъ отдѣлится приставшіе элементы верхняго листка отъ пузыря, а въ такомъ случаѣ онъ будетъ помѣщаться свободно въ ткани орбиты. Онъ можетъ остаться, равнымъ образомъ, и въ связи съ пузыремъ, а въ такомъ случаѣ дермоидъ будетъ сращенъ съ мышцами, съ яблокомъ и даже съ зрительнымъ нервомъ. А такіе случаи наблюдались неоднократно.

*Профессору А. Ф. Шимановскому* знакомъ принадлежащій д-ру Левицкому препаратъ орбитальной кисты, микроскопическіе срѣзы котораго наводятъ на мысль о вторичномъ глазѣ. Подобныя аномаліи говорятъ въ пользу очень ранняго происхожденія такихъ образованій, когда нѣтъ еще и мозговыхъ трубокъ, а только ямки, но все же нужно помнить, что они бываютъ различнаго типа.

*Д-ръ К. О. Руминовичъ* добавляетъ, что нѣкоторыя наблюдавшіяся имъ кистовидныя образованія находились въ прямой связи съ мозгомъ.

Протоколъ 50-го очереднаго собранія Киевскаго Офтальмологическаго общества, 22-го ноября 1911 года, въ глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: Предсѣдатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Руминовичъ*, казначей *Э. Н. Неезе*, секретарь *В. Г. Барацъ*, члены Общества: *И. П. Гинзбургъ*, *М. А. Левитскій*, *В. В. Леонтовичъ*, *О. Г. Льбова*, *И. В. Мазюкевичъ*, *Н. С. Рахмисъ*, *И. Ю. Рубертъ*, *Р. Я. Соколовскій* и проф. *А. Ф. Шимановскій*; гости-врачи *А. Е. Лурье* и *И. И. Шафранъ*.

Заслушанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго 49-го собранія отъ 25-го октября, с./г.

**І. Д-ръ М. А. Левитскій** представилъ больного съ изъязвленіемъ роговицы, которое докладчикъ склоненъ отнести къ рѣдко встрѣчающейся формѣ *ulcus rodens corneae*. Особенно интересуетъ докладчика мнѣніе собранія насчетъ наилучшаго способа леченія въ такихъ случаяхъ.

*Д-ръ И. П. Гинзбургъ* съ своей стороны признаетъ, что представленный случай дѣйствительно есть *ulcus rodens*, а что касается вопроса о леченіи, то совѣтуетъ примѣнить пересадку на роговицу соединительной оболочки по *Kuhnt'у*, такъ какъ самъ остался очень доволенъ полученнымъ отъ нея, въ одномъ такомъ случаѣ, результатомъ.

*Д-ръ К. О. Руминовичъ* видѣлъ хорошіе результаты отъ выскабливанія острой ложечкою.

*Д-ръ М. Е. Мандельштамъ* часто наблюдалъ почти безслѣдное заживленіе подобныхъ язвъ, при мирномъ леченіи ихъ.

*Д-ръ Э. Н. Неезе* также склоняется, на основаніи личнаго опыта, въ пользу благоприятнаго прогноза.

*Д-ръ И. Ю. Рубертъ* наблюдалъ почти тождественный съ представленнымъ случай и очень долго съ нимъ провозился, примѣнилъ всѣ медикamentозныя средства, прижиганія гальванокаутеромъ; въ періодъ затишья подумывалъ и о *Kuhnt'овской* операциі; не хотѣлъ возражать

противъ нея, но считаетъ всего важнѣе удалить все больное; быть можетъ благотворный эффектъ этой пластики долженъ быть отнесенъ на счетъ предварительнаго выскабливанія. *Kuhnt'овская* пересадка сама по себѣ, какъ таковая, можетъ преслѣдовать здѣсь другую цѣль—предупрежденіе стафиломы. Прогнозъ по литературнымъ даннымъ далеко не благопріятенъ *quo ad visum*.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* тоже считаетъ, что *ulcus rodens corneae* всегда заживаетъ непрозрачнымъ рубцомъ. Что же касается предполагаемаго д-ромъ Рубертомъ значенія въ этихъ случаяхъ *Kuhnt'овской* пересадки, то она недостаточна для предупрежденія *staphyloмы*, такъ какъ пересаженная *conjunctiva* атрофируется.

II. Д-ръ *И. Ю. Рубертъ* сдѣлалъ докладъ объ эмболии центральной артеріи сѣтчатки (съ демонстраціей препаратовъ).

Клиническая картина, наблюдающаяся послѣ внезапнаго закрытія просвѣта *art. centr. ret.* весьма типична и всѣмъ достаточно извѣстна. Впервые описалъ ее *A. v. Graefe* въ 1859 г. и распозналъ ее какъ эмболию центральной артеріи сѣтчатки. Послѣ того клинически эмболия діагностировалась довольно часто, гистологически изслѣдовано однако всего лишь 25 такихъ глазъ.

Почта во всѣхъ этихъ случаяхъ закрытіе просвѣта было подтверждено и микроскопическимъ изслѣдованіемъ, тѣмъ не менѣе, дѣйствительная причина закупорки можетъ быть установлена лишь въ очень немногихъ случаяхъ. Въ большинствѣ изъ нихъ, болѣе старыхъ, процессъ организаціи уже постольку успѣлъ продвинуться впередъ, что дифференцировать между эмболомъ, тромбомъ и эндартеритомъ представляется невозможнымъ, въ другихъ случаяхъ препаратъ явно пострадалъ отъ трупныхъ измѣненій, наконецъ, нѣкоторые случаи неточно описаны и недостаточно изслѣдованы. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, гдѣ причина закупорки ясна, авторы никогда не находили занесенной пробки, а закрытіе просвѣта всегда было обусловлено мѣстнымъ процессомъ, либо эндартеритомъ, либо тромбозомъ. Поэтому новѣйшіе авторы (*Naab, Reimar, v. Michel, Harms* и др.) считаютъ существованіе эмболии названной артеріи пока не доказаннымъ, возможности ея однако не отрицаютъ.

*Рубертъ* приводитъ случай, гдѣ у 41-лѣтняго чиновника на 10 день послѣ гастростоміи, сдѣланной по случаю стеноза пищевода, вдругъ ослѣпъ лѣвый глазъ. Проф. *Шимановскимъ* офтальмоскопически была констатирована картина эмболии *art. centr. ret.* На 5 день *exitus*. Глазъ этотъ вполнѣ былъ изслѣдованъ гистологически докладчикомъ. Какъ разъ у мѣста дѣленія *art. centr. ret.* на соскѣ просвѣтъ ея оказался вполнѣ выполненнымъ почти гомогеннымъ, гиалинизированнымъ образованиемъ, по периферіи котораго наблюдалось начало вростанія эндотелия.

На основаніи полного отсутствія какихъ-либо измѣненій со стороны сосудовъ и невозможности наступленія полной гомогенизаціи въ тромбѣ за 5 дней, авторъ рассматриваетъ означенное образование какъ гиалинизированный тромбъ, возникшій въ болѣе отдаленной части сосудистой системы и занесенный оттуда въ *art. centr. ret.* токомъ крови. Локализация пробки у мѣста дѣленія артеріи и моментальное наступленіе слѣпоты безъ предвѣстниковъ служатъ дальнѣйшимъ подтвержденіемъ предположенія автора, Патолого-анатома *Aschoff* и *Высоковича*, видѣвшіе всю серію препаратовъ, оказались солидарными съ авторомъ. Такимъ образомъ существованіе настоящей эмболии *art. centr. ret.* въ смыслѣ *v. Graefe* должно считаться доказаннымъ. Случай автора выясняетъ также (въ противоположность раньше описаннымъ изъ болѣе старыхъ стадій) характеръ измѣненій, наблюдающихся со стороны дна глаза въ начальномъ періодѣ вообще закупорки артеріи. Измѣненія эти заключаются въ отекъ соска и внутреннихъ слоевъ сѣтчатки и въ перерожденіи какъ самихъ нервныхъ элементовъ, такъ и нейрологіи. Означенныя измѣненія составляютъ и анатомическій субстратъ офтальмоскопически видимой бѣлесоватости сѣтчатки. Красное пятнышко въ области желтаго пятна соотвѣтствуетъ *foveol. centr.* и происходитъ благодаря просвѣчиванію хороидеи.

Предсѣдатель, прежде чѣмъ приступить къ преніямъ, счелъ долгомъ поблагодарить отъ имени Общества докладчика за его крайне интересное сообщеніе.

Д-ръ *И. И. Гинзбургъ* придаетъ должное значеніе вопросу о строеніи пробки въ описанномъ случаѣ и спрашиваетъ докладчика, къ чему онъ относитъ упоминаемую имъ гомогенную массу. Вѣдь за четыре дня гиалинизация не могла зайти такъ далеко, чтобы реакція на фибринъ оказалась отрицательной; это послѣднее обстоятельство указываетъ лишь, что гиалинизация началась въ другомъ мѣстѣ, а самый эмболъ все же кровяной.

Докладчикъ вполнѣ соглашается съ этимъ выводомъ, такъ какъ самъ же и указалъ на это въ своемъ докладѣ.

Въ административной части засѣданія закрытою баллотировкою большинствомъ голосовъ избраны въ дѣйствительные члены Общества докторъ Павелъ Псааковичъ Шафранъ.

Протоколъ 51-го очереднаго собранія Киевскаго Офтальмологическаго Общества, 20-го декабря 1911 года, въ глазной лечебницѣ д-ра Мандельштама.

Присутствовали: предсѣдатель *М. Е. Мандельштамъ*, товарищъ предсѣдателя *К. О. Румисовичъ*, казначей *Э. Н. Неезе*, секретарь *В. Г. Барацъ*, члены Общества *И. К. Белмоускій*, *И. И. Гинзбургъ*, *Н. С.*



существенно, ибо и у зародышей отложение пигмента находится въ тѣсной связи (у позвоночныхъ) съ развитіемъ кровеносной системы. Уже въ 1870 году *Langhaus* замѣтилъ, что красные кровяные шарики, по выходѣ изъ сосудовъ поглощаются красящимъ веществомъ крови и затѣмъ превращаются въ пигментъ, а наблюденія свои онъ сдѣлалъ именно на пигментированныхъ опухоляхъ глазного яблока.

Весьма важную роль въ пигментныхъ и хоріонидальныхъ саркомахъ играютъ также клѣтки пигментнаго эпителия сѣтчатки. Пролиферацію его наблюдалъ уже *Fuchs*; по *Leber* онѣ проникаютъ въ вещество опухоли. *R. Kerchbaumer* наблюдала, что въ веществѣ опухоли онѣ теряютъ свою форму, становятся круглыми; пигментные молекулы тоже принаравливаются къ молекуламъ клѣтокъ саркомы.

Проникновеніе элементовъ эпителия въ саркоматозную ткань реф. удалось наблюдать въ 4 случаяхъ; они смѣшались съ саркоматозными элементами, постепенно теряя свою форму и типическій видъ молекулы. Особенно былъ порази теленъ 12-й случай, въ которомъ элементы эпителия замѣчались не только въ предѣлахъ яблока, но сквозь отверстіе въ склерѣ проникали на далекое разстояніе въ заглазничную часть опухоли.

Стало-быть, пигментный эпителий сѣтчатки самъ по себѣ можетъ служить источникомъ пигментаціи хоріонидальныхъ саркомъ. Но роль его этимъ не ограничивается. *V.-Nippel* впервые доказалъ, что клѣтки его обладаютъ способностью поглощать желѣзо изъ окружающихъ частей и перерабатывать его въ пигментъ. Дѣятельность эту онѣ обнаруживаютъ не только въ бѣлыхъ саркомахъ, но и въ меланотическихъ.

Что касается виѣшней формы клѣтокъ, то реф. только въ одномъ изъ своихъ случаевъ нашелъ исключительно круглыя клѣтки, въ двухъ—такъ называемыя веретенообразныя, во всѣхъ же остальныхъ всегда имѣлись два вида клѣтокъ. Въ центрѣ опухоли клѣтки обыкновенно имѣли круглую форму, въ периферіи (подъ склерой)—веретенообразную.

Что касается измѣненій, вызываемыхъ развитіемъ хоріонидальной саркомы въ другихъ отдѣлахъ глаза, то на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить измѣненіе, обусловливаемое глаукоматознымъ процессомъ.

Далѣе слѣдуютъ некрозы въ окружающихъ частяхъ и въ самой опухоли. Въ двухъ случаяхъ найдены были настоящія костныя бляшки.

Что касается измѣненій въ сѣтчаткѣ, то почти во всѣхъ случаяхъ реф. въ ней найдено было кистозное перерожденіе, при срастаніи съ опухолью; ядерные слои сохраняются дольше другихъ, но за то измѣняется ихъ взаимное соотношеніе. Они рѣдко располагаются параллельно, иногда одинъ слой исчезаетъ или же на разрѣзѣ замѣчается какъ бы складка, иногда замѣчается также расщепленіе отдѣльныхъ слоевъ. Сѣтчатка часто подвергается растяженію, при чемъ поддержи-

вающія волокна представляются необыкновенно длинными. Въ одномъ случаѣ препапиллярной саркомы, сѣтчатка была продырявлена опухолью. Въ другомъ аналогичномъ случаѣ сѣтчатка оставалась въ веществѣ опухоли, въ видѣ сурка длиной въ 8 м.м.

Въ одномъ случаѣ найдены были надрывы сѣтчатки возлѣ височнаго края зрительнаго нерва, въ другомъ разрывъ сѣтчатки возлѣ *огае retinae*.

Пораженіе сѣтчатки самой опухолью наблюдалось только въ двухъ случаяхъ. Особенно способствуютъ ему расщепленіе ядерныхъ слоевъ и кистозное перерожденіе сѣтчатки.

Особаго вниманія заслуживаетъ одинъ случай (9-тый), въ которомъ при  $V=0,2$ , при полномъ отсутствіи глаукоматозныхъ явленій и при размѣрахъ саркомы цилиарнаго тѣла всего лишь въ 1 м.м., найдено было разрастаніе опухоли въ трехъ направленіяхъ: 1) въ склеру (фокусъ въ 1,5 см.); 2) въ подконъюнктивальную область, вокругъ вены (фокусъ въ 1,2 см.) и въ перихоріонидальное пространство (фокусъ въ 1 см.).

Въ преніяхъ по поводу этого доклада приняли участіе д-ра *Мандельштамъ*, *Гинзбургъ*, *Рахлисъ*, *Теръ-Арутюнянцъ* и *Шафранъ*.

Въ административной части, засѣданія произведена была закрытая баллотировка въ члены Общества д-ровъ *Эммануила Ефимовича Каганова* и *Ивана Казиміровича Рушковскаго*, при чемъ оба они оказались избранными единогласно.