

Объ операциі катаракты по даннымъ глазной кли- ники казанскаго университета за десять лѣтъ.

Д-ра А. Г. Агабабова.

Въ послѣднее время при глазныхъ операціяхъ вообще и при извлеченіи катаракты въ частности стало обнаруживаться большое стремленіе примѣнять консервативные методы. Къ такому должно быть отнесено и извлеченіе катаракты безъ придектومیи. Если, не смотря на это, мы рѣшаемся опубликовать результаты операціи по методу G r a e f e, т. е. съ придектоміей, то лишь въ той надеждѣ, что сообщеніе это не будетъ лишнимъ и запоздалымъ. По крайней мѣрѣ, какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей, на сколько возможно было убѣдиться лично во время пребыванія тамъ, методъ этотъ имѣетъ еще полное право гражданства, а потому необходимо съ нимъ считаться и сообразоваться при сужденіяхъ о значеніи какого-либо новаго или различныхъ видоизмѣненій имѣющагося уже метода. Безъ сомнѣнія, наиболѣе желательнымъ методомъ будетъ такой, который даетъ лучшіе результаты и менѣе всего измѣняетъ видъ и форму органа. Съ этой стороны операція извлеченія катаракты безъ придектومیи болѣе заманчива, такъ-какъ сохраняется правильная форма зрачка и, по заявленію приверженцевъ этого метода, получается лучшее зрѣніе. Не подлежитъ сомнѣнію и то, что при этомъ методѣ наблюдается и больше осложнений, какъ извѣстно, еще со времени введенія операціи извлеченія линзы.

Послѣ обнаруженія перваго радикальнаго метода операціи катаракты знаменитаго французскаго офталмолога D a v i e l ' я, предложившаго какъ общій способъ оперативнаго лѣченія катаракты—извлеченіе ея черезъ доскутннй разрѣзъ въ роговицѣ, прошло уже около 150 лѣтъ. Но на ряду съ блестящими результатами, которые получались отъ метода D a v i e l ' я, стало обнаруживаться и много неблагоприятныхъ исходовъ, вслѣдствіе осложнений, какъ во время операціи, такъ и при заживленіи раны.

Естественное стремленіе хирурговъ избѣжать эти печальные случаи вызвало рядъ видоизмѣненій въ способѣ D a v i e l ' я, конечнымъ

результатомъ которыхъ явился методъ Graefe—извлечение линзы съ придектomieй черезъ такъ называемый линейный разрѣзь въ роговицѣ. Способъ этотъ, предложенный какъ болѣе совершенный, долженъ былъ дать, казалось, результаты лучшіе, чѣмъ предъидущій, и случаи неблагопріятные могли наблюдаться скорѣе какъ исключеніе.

На самомъ дѣлѣ потеря зрѣнія послѣ этой операціи стала встрѣчаться сравнительно нѣсколько рѣже, но все же не въ столь маломъ количествѣ, чтобы считать результаты отъ нея совершенно достаточными; такъ что ожиданія окулистовъ и отъ этого способа оправдались далеко не вполне.

Послѣ того, какъ намъ стала извѣстна причина нагноенія раны все вниманіе врачей было обращено на антисептическое, а затѣмъ, и асептическое веденіе операціи и послѣоперационнаго періода. Значеніе же того или иного метода операціи въ этомъ отношеніи, само собой, должно было отойти на второй планъ; при чемъ зіяніе раны, выпаденіе стекловиднаго тѣла и другіе неблагопріятные моменты операціи стали считаться лишь условіями, способствующими болѣе легкому инфицированію раны заразными началами.

Въ виду этого одни окулисты обратились снова къ прежнему, почти уже совершенно оставленному методу Daviel'я, и убѣдились что, видоизмѣнивши нѣсколько этотъ сравнительно болѣе простой способъ, можно также получать довольно удовлетворительные результаты; благодаря этому они стали самыми горячими приверженцами его и въ настоящее время даже заявляютъ, какъ напр. Рапaс, что и самъ Graefe, если-бы дожилъ до этого антисептическаго періода оперативнаго леченія, навѣрное въ числѣ первыхъ вернулся бы къ способу Daviel'я. Во время бесѣды о методахъ экстракціи Рапaсъ высказывался такъ: „чтобы быть безпристрастнымъ, попробуйте 10 операцій произвести съ irid. и 10 безъ нея, и вы убѣдитесь, что лучшіе результаты даетъ extr. безъ iridect“.

Но такое мнѣніе не совсѣмъ справедливо, судя, по крайней мѣрѣ, по заявленію многихъ окулистовъ. Изъ нашихъ соотечественниковъ можемъ указать, кромѣ нѣкоторыхъ клиницистовъ, на женщину-врача Серебренникову, которая (см. Вѣст. Офт. за 1891 годъ), испыталъ тотъ и другой методъ, находитъ методъ Graefe лучшимъ. Д-ръ Вагнеръ (см. Вѣст. Офт. за 1892 годъ) также предпочитаетъ извлечение линзы производить съ придектomieй.

Многіе же окулисты производятъ операцію почти одинаково часто какъ съ придектomieй, такъ и безъ нея. Наконецъ, нѣкоторые, оперируя безъ придектomieи, накладываютъ лигатуры на края corneae или conjunctivla'наго лоскута.

Однимъ словомъ, въ методахъ операцій катаракты стала гос-

подствовать дѣйствительно полная анархія, отъ которой мы не можемъ избавиться, вѣроятно, еще очень долго.

Дѣло въ томъ, что и въ классическихъ методахъ какъ Daviel'я, такъ и Graefe имѣются довольно крупныя недостатки. Правда, въ типическомъ видѣ они почти не примѣняются теперь, но за то отъ такихъ же недостатковъ далеко не свободны и всевозможныя ихъ видоизмѣненія.

Если мы сравнимъ, такъ сказать, современные методы между собой, то мы должны будемъ признать, что они представляютъ собственно смѣшанныя или переходныя формы между классическими методами. Такъ, напр., мы не замѣтимъ въ нихъ строгой разницы въ формѣ разрѣза роговицы, такъ какъ у большинства операторовъ она не представляется ни строго лоскутной, ни линейной. Самый разрѣзъ большинство окулистовъ проводятъ въ верхней периферіи corneae по sclero-corneальной линіи, и слѣд., какъ по положенію, такъ отчасти по формѣ и величинѣ занимаетъ средину между строго лоскутнымъ и линейнымъ разрѣзами. Затѣмъ, если мы примемъ во вниманіе и то, что ножъ Graefe признанъ наиболѣе удобнымъ при всѣхъ методахъ операціи катаракты, то мы придемъ къ заключенію, что существенная разница въ методахъ заключается только въ томъ, производится-ли операція съ придектomieй, или безъ нея. Но и въ этомъ отношеніи не нужно забывать, что приверженцы экстракціи безъ придектomieи считаютъ необходимымъ все таки прибѣгать къ ней, особенно въ такихъ случаяхъ, какъ напр. при выпаденіяхъ радужной оболочки изъ раны и трудномъ ея вправленіи, затѣмъ, при помутненіяхъ задней капсулы; при чемъ эта операція производится ими тотчасъ послѣ экстракціи. Передъ экстракціей же, слѣд. обычнымъ путемъ, она производится при осложненныхъ катарактахъ, чаще всего при заднихъ синехіяхъ радужной оболочки.

Но такъ какъ послѣ операціи, прошедшей безъ всякихъ осложнений, спустя нѣкоторое время все таки наблюдается выпаденіе iridis и довольно часто, то нѣкоторые въ предупрежденіе этого производятъ небольшую периферическую придектomieю (Pflüger въ Боннѣ и нѣкоторые американскіе врачи).

Другіе же, какъ напр. проф. K u h n t (въ Königsberg'ѣ) около 30—40% всѣхъ случаевъ производятъ простую экстракцію т. е. безъ придектomieи, при извѣстныхъ-же показаніяхъ считаютъ необходимымъ примѣнять въ 60—70% комбинированную, т. е. съ придектomieей, но очень узенькой.

Точно также проф. F u c h s простую экстракцію считаетъ показанной далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Оба метода примѣняетъ также проф. Czernak въ Прагѣ, при чемъ iris для подрѣзыванія выводитъ изъ раны кручкомъ.

По мнѣнію же проф. *Naab'a* послѣ простой экстракціи почти всегда приходится производить дисцизію вторичной катаракты.

Нѣкоторые окулисты въ предупрежденіе выпаденія *iridis* и отчасти зараженія раны накладываютъ, какъ упомянуто, лигатуры на края раны (*Kalt* и *Suarez de Mendoza*). Во всякомъ случаѣ *prolapsus iridis* и вторичная катаракта довольно крупные недостатки и ихъ однихъ достаточно, чтобы эту простую экстракцію считать далеко не такой простой и легкой, какъ называютъ ея приверженцы.

Ежели уже стремиться къ ограниченію наминки *corneae* и *iridis* и введенія инструментовъ въ переднюю камеру, то въ этомъ отношеніи наиболѣе подходящимъ и простымъ нужно считать методъ *Trousseau*, который всю операцію экстракціи производитъ при помощи одного только инструмента—ножа Грефе.

Въ экстракціи же катаракты съ придектomieй неблагоприятными моментами считаютъ частые случаи кровоизліянія въ переднюю камеру, *irido-cyklitis*, затѣмъ, вслѣдствіе неправильной формы зрачка, оптическіе и косметическіе недостатки.

Въ виду этого нѣкоторые окулисты, вмѣсто вырѣзыванія складки радужной оболочки во всю ея вышину, производятъ лишь такъ называемую сфинктеротомію, или же придектomieю въ возможно малыхъ размѣрахъ.

Другіе, какъ напр. *Landolt*, въ интересахъ возможно полного выведенія кортикальныхъ слоевъ линзы и во избѣжаніе *prolapsus iridis* примѣняетъ широкую придектomieю, какая обычно рекомендуется при главкомѣ.

При такомъ разнообразіи способовъ операціи катаракты, а также при различныхъ и подчасъ противорѣчивыхъ мнѣніяхъ о каждомъ изъ нихъ, скоро не можетъ быть рѣшенъ вопросъ, какому изъ методовъ должно быть отдано предпочтеніе. Но, если возможно будетъ доказать, что они не обладаютъ большими преимуществами другъ передъ другомъ, тогда желательно по крайней мѣрѣ выработать показанія къ примѣненію того или другаго изъ нихъ въ извѣстныхъ случаяхъ.

На сколько великъ интересъ къ выясненію этихъ вопросовъ, можно отчасти судить по тому, что проф. *Knapp* на нѣсколькихъ международныхъ конгрессахъ дѣлалъ доклады объ операціи катаракты, при чемъ, пропагандируя извлеченіе линзы безъ придектomieи, онъ тутъ же сообщалъ и полученные имъ результаты отъ этой операціи. Намъ представляется, что для болѣе или менѣе безпристрастнаго рѣшенія указанныхъ выше вопросовъ будетъ удобнѣе всего сопоставлять результаты операціи по различнымъ методамъ на основаніи возможно большаго количества случаевъ. Въ виду этого съ своей стороны мы и предлагаемъ къ имѣющимъ

уже свѣдѣніямъ присоединить и тѣ данныя объ операціяхъ катаракты, которыя мы могли получить изъ матеріала Казанской клиники.

Съ 1889 по 1899 годъ въ глазной клиникѣ Казанскаго Университета всѣхъ случаевъ съ поражениемъ хрусталика наблюдалось 2648, изъ которыхъ въ 114 была уже раньше произведена операція катаракты ¹⁾. Слѣдовательно, за вычетомъ этихъ случаевъ афакіи однихъ катаральныхъ больныхъ останется 2534, или по отношенію ко всему количеству глазныхъ больныхъ 6,6%. Эту величину для нашего района нужно считать уже постоянной, такъ какъ и въ прежніе года катаракта наблюдалась именно въ 6% всѣхъ случаевъ, какъ можно судить по даннымъ въ „Офтальмологическихъ наблюденіяхъ“ проф. Адамюка.

Въ различныхъ степеняхъ развитія катаракта встрѣчалась на обоихъ глазахъ около 70%, а на одномъ глазѣ около 30% и большею частью (около $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ) у русскихъ, нѣсколько менѣе $\frac{1}{3}$ у татаръ, затѣмъ у чувашъ и весьма незначительный % у остальныхъ національностей ²⁾. Наибольшее количество больныхъ приходилось на долю лицъ крестьянскаго сословія 66%, и мѣщанскаго 20,2%, остальные (13%) распредѣлялись между

¹⁾ Здѣсь приведены такіе случаи афакіи, когда оперативная помощь болѣе не могла быть примѣнена: такъ, въ 47 случаяхъ имѣлась афакія на обоихъ глазахъ, а въ 67 случаяхъ при афакіи на одномъ глазѣ въ другомъ имѣлись такія пораженія его, какъ leucoma cor. adh. com., atrophia corneae, atrophia bulbi и др. Случаевъ же афакіи на одномъ глазѣ и катаракты на другомъ было 140; они будутъ рассмотрѣны въ числѣ катарактальныхъ больныхъ.

| катаракта | муж. | оба | прав. | лѣв. | всего | } | 2543 |
|-----------|------|-----|-------|------|-------|---|------|
| | | 933 | 255 | 203 | 1391 | | |
| | жен. | 857 | 137 | 149 | 1143 | | |
| афакія | муж. | 23 | 25 | 12 | 55 | } | 114 |
| | жен. | 19 | 22 | 8 | 49 | | |
| | | | | | | | 2648 |

²⁾ Русскихъ (1097 м., 886 ж.) всего 7983, татаръ (337 м., 279 ж.) всего 610, евреевъ 12, поляковъ 8, французовъ 2, нѣмцевъ 13, армянинъ (1) и турокъ 1.

лицами духовнаго званія, военными, чиновниками, дворянами, купцами и т. д. ¹⁾).

Помутнёніе линзы у всѣхъ этихъ больныхъ представлялось различнаго происхожденія и характера.

Такъ, подъ вліяніемъ воспаленія глаза, преимущественно радужной оболочки, слѣд. отъ мѣстныхъ причинъ, катаракта наблюдалась у 48 лицъ, причемъ въ половинѣ случаевъ она была на правомъ глазѣ и только въ 5 случаевъ на лѣвомъ, остальные же 19 случаевъ на обоихъ глазахъ. Замѣчательно, что такая воспалительная катаракта встрѣчалась больше всего у мужчинъ.

Сравнительно больше случаевъ катаракты было подъ вліяніемъ ушиба, именно у 85 лицъ, при чемъ $\frac{2}{3}$ изъ нихъ наблюдались на правомъ (53) и только $\frac{1}{3}$ на лѣвомъ глазѣ, на обоихъ же всего въ 7 случаяхъ; но и этой формой опять-таки страдали больше всего мужчины. Къ мѣстнымъ же причинамъ нужно отнести и глаукоматозное страданіе глазъ, при которомъ катаракта наблюдалась чаще, чѣмъ при предъидущихъ формахъ, т. е. у 156 лицъ, но это состояніе больше чѣмъ въ половинѣ случаевъ было на обоихъ глазахъ (см. таб. на стр. 131).

Въ количествѣ случаевъ глаукоматозной катаракты у мужчинъ и у женщинъ нѣтъ существенной разницы, но есть нѣкоторое различіе между правымъ и лѣвымъ глазомъ, что впрочемъ скорѣе всего можетъ зависѣть отъ особенностей въ развитіи катаракты, чѣмъ отъ глаукомы, на сколько мы можемъ судить по крайней мѣрѣ по полученнымъ нами раньше даннымъ о глаукомѣ за 10 лѣтъ (см. въ В. О. въ 1896 г., кн. I).

Совершенно иное отношеніе мы встрѣчаемъ въ случаяхъ катаракты, развившейся подъ вліяніемъ травмы. Здѣсь количество случаевъ у мужчинъ въ $6\frac{1}{2}$ разъ больше, чѣмъ у женщинъ, и затѣмъ на правомъ глазѣ катаракта вдвое чаще, чѣмъ на лѣвомъ. Надо думать, что въ условіяхъ жизни больше моментовъ къ травмамъ глазъ и хрусталика у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, каковы, напр., рубка дровъ, ушибы головы и глазъ при переноскѣ тяжестей, за-

¹⁾ Распредѣленіе всѣхъ больныхъ съ пораженіемъ хрусталика (2648) по званіямъ.

| | крест. | мѣщ. | духов. | воен. | чинов. | дво- рлянь | куп- цовъ | Учащие и уча щіеся | лица мед. зван. | ка- зак. | изъ богад. |
|-------------|--------|-------|--------|-------|--------|---------------|--------------|--------------------------|-----------------------|-------------|---------------|
| ко- лич. | 1753 | 534 | 96 | 96 | 67 | 41 | 19 | 12 | 16 | 7 | 7 |
| % | 66,6% | 20,2% | 3,6% | 3,6% | 0 | к | о | л | о | 6,5% | |

дѣваніе глазъ кнутомъ, напр., у извощиковъ и т. п.; затѣмъ, правая сторона туловища и особенно лица выставляется сравнительно чаще и правая рука находится въ большемъ движеніи, чѣмъ лѣвая.

Подобная же разница хотя и слабѣе замѣтна и въ количествѣ случаевъ воспалительной катаракты, но тутъ нельзя судить о вліяніи воспаления на тотъ или другой глазъ, главнымъ образомъ, потому, что воспалительныя явленія въ глазу могли сами быть результатомъ травмы, на что въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются указанія и въ анамнестическихъ данныхъ.

Затѣмъ, въ довольно большомъ количествѣ случаевъ встрѣчалась особенно въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ такъ называемая врожденная катаракта.

Всѣхъ такихъ случаевъ было 116, при чемъ помутнѣніе большею частью было выражено почти въ одинаковой степени въ обоихъ глазахъ, и лишь въ 19 оно болѣе выступало въ правомъ, а въ 4 въ лѣвомъ глазѣ.

Сюда же слѣдуетъ отнести 12 случаевъ слоистой катаракты, наблюдавшейся на обоихъ глазахъ, по 5 сл. у мужчинъ и женщинъ, въ остальныхъ же двухъ поясокъ помутнѣнія выступала довольно рѣзко только на лѣвомъ глазѣ, тогда какъ правый представлялся почти совершенно прозрачнымъ.

Затѣмъ, на обоихъ же глазахъ преимущественно у лицъ мужскаго пола была *cataracta polaris anter.* въ 10 сл. и у женщины въ 1 сл. На одномъ же глазѣ безъ особеннаго различія въ количествѣ у мужчинъ и женщинъ въ 22 случаяхъ (у лицъ различнаго возраста).

| | Воспал. | | | травм. | | | главко-мат. | | | прирожденная. | | | | | | luxata. | | c. secund. | | | nig. | gys. | | | | | |
|-----------------------------|----------|------|-----|--------|------|-----|-------------|------|-----|---------------|------|--------|------|---------|------|---------|------|------------|-------|------|------|------|---|------|-----|-----|-------|
| | прав. | лѣв. | оба | прав. | лѣв. | оба | прав. | лѣв. | оба | сплошн. | | zonul. | | polaris | | прав. | лѣв. | оба | прав. | лѣв. | | | | оба | | | |
| | | | | | | | | | | прав. | лѣв. | прав. | лѣв. | прав. | лѣв. | | | | | | | | | | | | |
| Мужчинъ . | 15 | 3 | 11 | 46 | 23 | 3 | 25 | 9 | 53 | 5 | 3 | 60 | — | 1 | 5 | 8 | 7 | 10 | 3 | 1 | 3 | 7 | 2 | 1 | | | |
| Женщинъ . | 9 | 2 | 8 | 7 | 2 | 4 | 27 | 11 | 31 | 14 | 1 | 33 | — | 1 | 5 | 6 | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 | 2 | 1 | | | всего |
| | 48 | | | 85 | | | 156 | | | 116 | | | 12 | | | 33 | | | 8 | | 15 | | | 3 | 4 | 480 | |
| % ко всему кол. катар. 2534 | около 2% | | | 3,4% | | | 6% | | | | | | 6,4% | | | | | | 0,35 | | 0,6 | | | 0,28 | 19% | | |

Cataracta luxata (8 сл.) и только въ одномъ лѣвомъ глазѣ; у женщины наблюдался 1 случай, остальные всѣ у мужчинъ, при чемъ 3 было на обоихъ глазахъ.

Чтобы закончить описаніе различныхъ формъ катаракты, наблюдавшихся за это время въ клиникѣ, нужно сказать еще о 3 сл. *cataracta nigra*, 3 сл. *arydosilicida*, известковая 4 сл. и *cataracta secundaria* 15 сл.

Всѣ приведенные выше случаи воспалительной травматической и глаукоматозной катаракты, затѣмъ *catar. luxata*, *secundaria nigra* и прирожденной съ присоединеніемъ перечисленныхъ выше формъ ея, получимъ въ общемъ по отношенію ко всему количеству случаевъ катаракты менѣе 20%.

Остальные же 80% будутъ составлять случаи выраженного въ большей или меньшей степени, такъ сказать, сплошнаго помутнѣнія вещества линзы. Изъ нихъ только въ 5 случаяхъ можно указать, что такое помутнѣніе образовалось подъ вліяніемъ общаго страданія организма: въ двухъ катаракта стала обнаруживаться послѣ тифа, въ двухъ при *diabet'* и въ одномъ при *albuminurii*; во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ нельзя было найти никакихъ данныхъ для выясненія причины этой болѣзни.

Въ этомъ отношеніи не далъ намъ опредѣленныхъ указаній и возрастъ больныхъ, что впрочемъ и слѣдовало ожидать, такъ какъ въ настоящее время можно считать вполне уже признаннымъ, что нѣтъ прямой зависимости появленія катаракты отъ возраста.

По мнѣнію проф. Schoen'a болѣе всего предрасполагаетъ къ образованію катаракты гиперметропическая и астигматическая рефракція глаза. Въ подтвержденіе этого онъ приводитъ результаты своихъ изслѣдованій надъ 1200 катарактальными больными, у которыхъ онъ находилъ такую аномалію рефракціи въ 71% случ. Но взглядъ этотъ врядъ-ли можетъ считаться правильнымъ или, по крайней мѣрѣ, примѣнимымъ всюду.

По крайней мѣрѣ у насъ, если и преобладаетъ дѣйствительно Н-ческая рефракція, за то катаракта почти въ $\frac{3}{4}$ всѣхъ случаевъ (изъ 2534 въ 1753) наблюдается среди крестьянъ, у которыхъ по роду ихъ дѣятельности, какъ бы ни была слаба ихъ рефракція, нѣтъ необходимости въ усиленныхъ аккомодативныхъ напряженіяхъ. Можно было бы скорѣе предположить, что какъ образованіе катаракты, такъ и самая аномалія рефракціи зависятъ отъ одной и той же причины, именно, отъ неправильнаго или недостаточнаго развитія глаза. Во всякомъ случаѣ и при такихъ сравнительно однообразныхъ условіяхъ жизни, какъ у нашихъ крестьянъ весьма трудно прослѣдить тѣ причины, которыя вызываютъ или по крайней мѣрѣ способствуютъ помутнѣнію линзы.

Въ глазахъ, пораженныхъ катарактой, наблюдались различныя страданія *corneae*—сравнительно чаще *leucoma*, затѣмъ болѣзни сосудистой и сѣтчатой оболочекъ и особенно часто—соединительной оболочки, какъ-то трахома въ различныхъ періодахъ развитія, гнойные и простые катарры и, наконецъ, пораженія слезныхъ путей.

Въ случаяхъ катаракты на одномъ глазѣ, на другомъ была афакія въ 140 сл., глаукома (38); затѣмъ также измѣненія въ *corneae*, въ видѣ *leucoma simpl.*, *adhaer.*, *staphyloma* и *atrophia*, всего въ количествѣ 105 сл.; далѣе—сосудистой оболочки: *atrophia chor.*, *occlusio pup.* всего 46 сл., сѣтчатки (*R. pigm. 3*) и *atrophia* всего глазного яблока (16 сл.). Зрѣніе при всѣхъ этихъ пораженіяхъ, за исключеніемъ афакіи и 2 сл. *Ret. pigm.*, совершенно отсутствовало.

| афакія | глаук. | <i>leucoma simpl.</i> | <i>adhaer.</i> | <i>staphyl.</i> | <i>atroph. corn.</i> | <i>atroph. chor.</i> | <i>occlus pup.</i> | <i>Retin. pigm.</i> | <i>atr. bulbi</i> |
|--------|--------|-----------------------|----------------|-----------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------------|
| 140 | 38 | 77 | | 3 | 25 | 6 | 40 | 3 | 16 |

Что касается леченія катаракты, т. е. операціи ея, то она предлагалась преимущественно въ случаяхъ полной ея зрѣлости, т. е. когда больные не могли обходиться безъ посторонней помощи и у нихъ оставалось зрѣнія въ количествѣ всего нѣсколькихъ двухсотыхъ или даже имѣлось лишь свѣтоощущеніе.

Такого рода больныхъ было 1350 человекъ, т. е. болѣе половины всего количества катарактальныхъ, и изъ нихъ у 1044 наблюдалась такая почти вполнѣ созрѣвшая катаракта на обоихъ глазахъ и только у 306 на одномъ, тогда какъ другой глазъ былъ въ зрѣнію совершенно не способенъ, вслѣдствіе имѣвшихся въ немъ указанныхъ выше измѣненій.

Но и изъ этого количества, въ виду крайняго недостатка помѣщенія, могли быть приняты въ клинику всего 819 ч. (419 м. и 400 ж.), которымъ было произведено 1139 операцій.

Въ глазной клиникѣ отдѣльной операціонной комнаты не имѣется и всѣ операціи на глазномъ яблокѣ, не требующія общей наркотизаціи больного, производятся въ палатахъ на кровати. Предварительно какъ помѣщеніе (т. е. полъ, подоконники и двери), такъ и кровати больныхъ моются при помощи горячей воды съ мыломъ и съ примѣсью карболовой кислоты или сулемы. Больные, принятые въ клинику, моются сначала, какъ это дѣлается всюду, въ ваннѣ, а затѣмъ уже въ чистомъ клиническомъ бѣльѣ вводятся въ палату; въ день операціи они вторично принимаютъ ванну.

Приготовленія къ операціямъ больныхъ, оператора и его помощниковъ, далѣе инструментовъ и перевязочнаго матеріала, заключаются въ слѣдующемъ: приблизительно часа за два до операціи conjunctival'ный мѣшокъ и глазное яблоко у больного промываются дезинфицирующей жидкостью при помощи гуттаперчеваго балона ¹⁾; части же, окружающія глазъ, т. е. кожа вѣкъ и лица вымываются нѣсколько разъ при помощи зеленого мыла и также дезинфицирующей жидкости, при чемъ особенное вниманіе обращается на рѣсницы и края вѣкъ. Затѣмъ, для уменьшенія раздраженія глазъ тутъ же внашивается въ conjunctiva'льный мѣшокъ растворъ *sosain'a*, который примѣняется потомъ еще два или три передъ операціей приблизительно черезъ каждые пять минутъ. Далѣе уже на вѣки накладываются комки смоченной (асептической) ваты и этимъ заканчиваются приготовленія операціоннаго поля.

Все инструменты, требующіеся къ операціи (за исключеніемъ роговыхъ ложекъ и пластинокъ), кипятятся въ растворѣ соды, а затѣмъ перекладываются въ эмалированный тазикъ (съ крышкой), въ который налить 95% растворъ спирта. Отсюда передъ самой операціей они снова перемѣщаются въ чистый (асептич.) стаканъ съ растворомъ *lysol'a* съ *solveol'emъ*.

Перевязочный же матеріалъ, т. е. вата и бинты подвергаются дѣйствию высокой температуры до 100° въ продолженіи 1 или 1½ часа.

Лекарственныя вещества, т. е. *sosain*, *atropin* и др., растворяются передъ операціей въ свѣже-прокипяченной дистиллированной водѣ.

Операторъ и помощники въ день операціи принимаютъ обыкновенно ванну, а передъ самой операціей моютъ тщательно руки и особенно пространство подъ ногтями теплой водой съ помощью мыла и щетки; затѣмъ, обсушивши руки асептическими полотенцами, надѣваютъ бѣлые асептическіе халаты.

Такіе же халаты надѣваютъ служитель и сидѣлки въ палатахъ.

Операціи производятся всегда въ присутствіи студентовъ обыкновенно въ воскресенье, такъ какъ въ этотъ день они свободны отъ занятій и могутъ, кромѣ того, приходить въ возможно чистыхъ костюмахъ. Операція извлеченія линзы, когда имѣется катаракта на обоихъ глазахъ, производится большею частью сначала на правомъ глазѣ и всегда самимъ профессоромъ; если же, по заживле-

¹⁾ Для промыванія операціоннаго поля и для перевязокъ въ качествѣ дезинфицирующаго жидкости примѣнялись раньше 2% растворъ *natri benzoici*, 1:6000 растворъ трехлористаго іода, 1:5000 сулемы; въ настоящее же время пользуются для этой цѣли растворомъ двуцианистой ртути 1:2000.

ни этого глаза, больной пожелает оперироваться и на другомъ, то эта операція предоставляется обыкновенно ординатору, а затѣмъ и студентамъ, послѣ того какъ они приобретутъ нѣкоторый навыкъ послѣ достаточнаго количества упражненій на глазахъ животныхъ.

По окончаніи операціи глазъ атропинизируется, рана присыпается іодоформомъ и затѣмъ на оба глаза накладывается антисептическая повязка.

Такимъ образомъ здѣсь приходится придерживаться, на сколько возможно въ глазной хирургіи, антисептическаго метода; примѣненіе же асептики въ строгомъ смыслѣ почти невозможно, какъ въ виду крайней загрязненности самой клиники, такъ и главнымъ образомъ въ виду того, что у большинства катарактальныхъ больныхъ имѣются хроническія катарры слезныхъ путей, соединительной оболочки и особенно трахома.

Послѣ операціи больные остаются въ лежачемъ положеніи около сутокъ; первая повязка смѣняется черезъ двое сутокъ, если въ глазѣ нѣтъ никакихъ явленій раздраженія или боли, а затѣмъ уже ежедневно. При правильномъ заживленіи раны на 7 сутки повязка снимается и на глаза надѣваются темные консервы Graefe кромѣ того для защиты оперированнаго глаза отъ избытка свѣта (бокового), онъ прикрывается сверху (асептической) бѣлой полотняной косынкой, которая имѣетъ то преимущество передъ зонтами, что она обходится дешевле и при надобности легко дезинфицируется.

Менѣе строгій послѣоперационный режимъ соблюдается послѣ дисцизии и придектомии, которыя также примѣняются при катарактѣ.

Дисцизия катаракты производилась обыкновенно у молодыхъ лицъ не выше 25—30 лѣтъ, при чемъ у нѣкоторыхъ, если зрачекъ закрывался остатками, ее приходилось повторять черезъ 3—4 недѣли по два и даже по три раза.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда остатки долго не всасывались и они были довольно плотные, такъ что нельзя было рассчитывать на правильное и скорое ихъ рассасываніе, тогда они удалялись черезъ небольшой разрѣзъ въ согнеа, произведенный треугольнымъ ножомъ. Послѣ этой операціи, во избѣжаніе сильнаго раздраженія набухшими массами линзы и воспаленія радужной оболочки и цилиарнаго тѣла, глазъ сильно атропинизируется и накладывается также бинокулярная повязка.

За все указанное время дисцизия была произведена на 66 глазахъ.

Iridectomy применялась при *cataracta zonularis* и затѣмъ с. *polaris*, при чемъ эта операція производилась большею частью кнутри и книзу, такъ что черезъ прозрачныя периферическія части линзы больные могли въ достаточной степени пользоваться своимъ зрѣніемъ. Всѣхъ такихъ операцій произведено 15.

Далѣе иридектомія была произведена еще въ тѣхъ случаяхъ, когда кромѣ катаракты имѣлась еще глаукома на одномъ глазѣ или когда катаракта имѣлась на одномъ, безъ всякихъ слѣдовъ въ немъ глаукомы, на другомъ же глазѣ этотъ процессъ былъ выраженъ довольно рѣзко и въ немъ имѣлось еще зрѣніе. Вотъ въ такихъ случаяхъ иридектомія была произведена одновременно на обоихъ глазахъ у 11 лицъ и 10 на одномъ (5 прав. и 5 лѣв.), слѣд. на 32 глазахъ.

Наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда у больного былъ одинъ только глазъ способный къ зрѣнію, и онъ былъ пораженъ катарактой, то всегда на этомъ глазѣ операція извлечения катаракты производилась въ два приема, т. е. сначала такъ называемая предварительная иридектомія по Моогену, а затѣмъ уже, *minimum* черезъ 2—3 недѣли, извлекалась линза. Эти операціи переносились очень хорошо; незначительное же раздраженіе въ глазѣ и даже *iritis*, которыя наблюдались особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда зрѣніе и въ другомъ глазѣ вслѣдствіе воспаленія было потеряно, все таки скоро уступали леченію и оканчивались благополучно. Такихъ операцій произведено въ 75 случ.—31 пр. и 44 лѣв.

Если же присутствіе незрячаго глаза могло вредно повліять на заживленіе раны или на зрѣніе другого катарактальнаго глаза, какъ напр. при *atrophia bulbi dolorosa*, *glaucoma absol.* и т. д., то такой глазъ предварительно удалялся помощью энуклеаціи, а затѣмъ уже операція катаракты на другомъ глазѣ производилась опять-таки въ два приема. Случаевъ энуклеаціи одного глаза передъ экстракціей катаракты на другомъ было всего три. Не смотря на то, что каждый такой больной подвергался операціи три раза, т. е. энуклеаціи одного глаза, затѣмъ предварительной иридектоміи и экстракціи катаракты на другомъ, всѣ операціи протекали вполне благоприятно и послѣ извлечения линзы получалось достаточное зрѣніе.

За исключеніемъ приведенныхъ случаевъ у всѣхъ остальныхъ катарактальныхъ больныхъ было произведено извлечение линзы по комбинированному методу Graefe, т. е. съ иридектоміей, при чемъ разрѣзъ роговицы проводился обыкновенно въ верхней ея периферіи. Только въ 5 случаяхъ разрѣзъ былъ сдѣланъ книзу, такъ какъ въ 3 случаяхъ больные сильно закатывали глаза вверху и фиксационнымъ пинцетомъ нельзя было установить ихъ правильно, а въ двухъ—имѣлась обширная *leucoma corneae* и оставался прозрачнымъ только небольшой участокъ роговицы какъ разъ въ верх-

немъ ея отдѣлѣ. Послѣ извлеченія катаракты удалялись остатки карткальныхъ слоевъ линзы легкимъ давленіемъ на роговицу черезъ нижнее вѣко. Затѣмъ узенькимъ шпателемъ вправлялась игла, глазъ атрофинизировался и затѣмъ накладывалась повязка на оба глаза. Многіе окулисты, изъ опасенія инфицировать рану роговицы, избѣгаютъ очищать переднюю камеру тутъ же послѣ экстракціи. Опытъ же показываетъ, что если рѣсницы и края вѣкъ промывать возможно тщательно, то опасность зараженія раны въ значительной степени умалется, а между тѣмъ при такомъ выведеніи остатковъ удастся получить столь чистый зрачекъ, что сравнительно рѣдко приходится производить вторичную дисцизію.

Всѣхъ экстракцій произведено 951 у 761 человѣка, при чемъ въ 190 случаяхъ операція произведена на обоихъ глазахъ.

Какъ во время операціи, такъ и при заживленіи раны наблюдались нѣкоторыя осложненія. 1) Прежде всего многіе указываютъ на частые случаи кровоизліянія въ переднюю камеру. Правда, методъ Graefe въ противоположность простому методу экстракціи, долженъ быть названъ кровавымъ, но обычно крови появляется очень незначительно, въ количествѣ нѣсколькихъ капель, и вскорѣ прекращается. Сравнительно больше выступаетъ крови въ случаяхъ застоя внутри глаза, особенно при главкомѣ. Однако и при такомъ состояніи не наблюдалось ни одного случая, чтобы присутствіе крови въ передней камерѣ служило препятствіемъ къ проведенію операціи *lege artis*; большею частью въ главкоматозныхъ глазахъ послѣ операціи остается въ передней камерѣ нѣсколько капель крови, но она впослѣдствіи постепенно рассасывается. Случаевъ же послѣдовательнаго кровотеченія черезъ 3 часа послѣ операціи наблюдалось два, изъ нихъ въ одномъ главкоматозномъ глазѣ послѣ придектومیи, произведенной на обоихъ глазахъ, при чемъ на другомъ имѣлась катаракта при нормальной тензіи, и въ другомъ случаѣ—послѣ экстракціи съ потерей стекловиднаго тѣла, при чемъ больной какъ во время операціи, такъ и послѣ нея былъ крайне непокоенъ, постоянно возился и въ первый же день 2 раза сбиль у себя повязку.

Въ этихъ двухъ случаяхъ зрѣніе вслѣдствіе кровоизліянія было потеряно. Всего же случаевъ кровоизліянія отмѣчено 6.

2) Затѣмъ первоначальный размѣръ раны въ роговицѣ оказывался недостаточнымъ для выведенія плотной и довольно большой линзы, почему рану приходилось увеличивать; это было произведено въ 22 случаяхъ.

3) Стекловидное тѣло появлялось до выведенія линзы, почему послѣднюю приходилось удалять при помощи ложечки или петли—въ 31 случ.

4) Стекловидное тѣло появлялось вслѣдъ за катарактой въ 47 случаяхъ; изъ нихъ въ 4, вслѣдствіе сильнаго давленія на глазъ, произведеннаго большимъ вѣками, вытекло его довольно большое количество. Заживленіе раны въ этихъ случаяхъ шло медленно, но на зрѣніе не оказало замѣтнаго вліянія. Неправильности въ ходѣ заживленія раны наблюдались слѣдующія.

1) Заживленіе съ раздраженіемъ, почему дольше пришлось продержатъ глазъ подъ повязкой (отъ 10 дней до 2¹/₂ недѣль)—въ 52 случ. Такое раздраженіе чаще всего встрѣчалось въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ были осложненія во время операціи и у неспокойныхъ больныхъ.

2) Воспаленіе радужной оболочки—въ 50 случаяхъ; обыкновенно оно легко поддавалось леченію, но поддерживалось въ 36 сл. заворотомъ вѣкъ, большею частью нижняго, и лишь послѣ операціи по Stellwag'у быстро уступило леченію и зрѣніе сохранилось.

3) Въ 5 же случаяхъ наступило *occlusio pup.*

Здѣсь нужно отмѣтить тотъ фактъ, что, если послѣ операціи на одномъ глазѣ наблюдались явленія раздраженія или воспаленія *iridis*, то то же самое повторялось потомъ и на другомъ глазѣ, если онъ тоже подвергался операціи. Но воспаленіе выступало на другомъ глазѣ значительно слабѣе или совершенно даже не обнаруживалось, когда операція катаракты на немъ производилась въ два приема, т. е. сначала предуготовительная придектomia и затѣмъ, спустя 2—3 недѣли, экстракція.

3) Нагноеніе *corneae* наблюдалось въ 16 случаяхъ, изъ которыхъ въ 2 ограничилось частичнымъ пораженіемъ и до нѣкоторой степени сохранилось зрѣніе (¹⁰/_{се} и ¹²/_{се}); въ 14 же—нагноеніе перешло на всю роговицу и закончилось рубцомъ.

4) Нагноеніе всѣхъ оболочекъ глаза (*panophthalmitis*) было въ 10 случаяхъ.

5) Выпаденіе радужной оболочки было въ 18 случаяхъ, при чемъ въ 3 оно было едва замѣтное и подъ вліяніемъ міотическихъ средствъ и бинтованія оно вправилось почти совершенно, но въ 15-ти выпячивающуюся изъ раны часть *iridis* пришлось срѣзать и края раны прижечь ляписомъ. Послѣ нѣсколькихъ дней бинтованія на мѣстѣ бугристости получилась гладкая и ровная поверхность.

6) Остатки периферическихъ слоевъ катаракты и частью помутнѣвшей консулы наблюдались въ зрачкѣ у 53 лицъ, при чемъ въ 20 случаяхъ они закрывали зрачекъ почти совершенно, такъ что пришлось примѣнить дисцизію такъ наз. вторичной катаракты; въ остальныхъ же остатки были незначительны и мало препятствовали зрѣнію.

7) Расхождение краевъ раны было въ шести случаяхъ; здѣсь полное заживленіе раны получилось лишь послѣ продолжительнаго бинтованія глазъ.

8) Наконецъ, подѣ віяніемъ бинтованія въ 12 случаяхъ хроническое катаральное состояніе conjunctivae обострилось, такъ что пришлось примѣнять arg. nitr.

Въ двухъ случаяхъ послѣдовала смерть отъ апоплексіи и легочнаго кровотечения.

Зрѣніе у больныхъ послѣ операціи обыкновенно изслѣдуется передъ тѣмъ, какъ выписывать ихъ изъ клиники, слѣдовательно при правильномъ теченіи послѣопераціоннаго періода къ концу второй недѣли.

Изслѣдованіе этихъ случаевъ дало слѣдующіе результаты. Потеря зрѣнія вслѣдствіе нагноенія въ 24 сл., т. е. 2,52%; тоже вслѣдствіе воспаления сосудистой оболочки въ 5 сл.; свѣтоощущеніе при правильномъ заживленіи безъ явленій воспаленій въ 5 сл.; зрѣніе отъ $\frac{2}{cc}$ до $\frac{20}{cc}$ ($< \frac{10}{cc}$ —48 сл. и отъ $\frac{10}{cc}$ до $\frac{20}{cc}$ —50) въ 98. т. е. 10,3%; зрѣніе отъ $\frac{20}{cc}$ до $\frac{20}{xx}$ въ 819 сл., т. е. 86,2%.

Въ 1139 случаяхъ примѣнялись слѣдующія операціи:

| | Иридect. при cataract. c. glauc. | Иридect. при cataracta polaris, zonul. | Discisio у молод. субъект. | Предварит. придект. | Извлеченіе катарактѣ. |
|--------------------|----------------------------------|--|----------------------------|---------------------|-----------------------|
| На прав. глаз. | 5 | 2 | 18 | 31 | 395 |
| На лѣв. глаз. | 5 | 3 | 6 | 44 | 176 |
| На обоихъ глазахъ. | 11 (22 опер.) | 5 (10 опер.) | 21 (42 опер.) | — | 190 (380 опер.) |
| В с е г о | 32 | 15 | 66 | 75 | 951 |

1139

Осложненія во время и послѣ операціи:

| Увелич. раз-мѣр. раны | Выпад. стекл. тѣла. | Удаленіе ложеч. петл. | Заживл съ раздраж. | Съ iritis | Зарож. зр. экссуд. | Выпаденіе рад. об. | Кровоиз. въ пер. кап. | Заворот. вѣкъ. | Обост. катар. соедин. об. | Остат. корт. сл. въ зрач. | Наги. согн. | Ретрогн. |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|--------------------|-----------|--------------------|--------------------|-----------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|-------------|----------|
| 22 | 78 | 31 | 52 | 50 | ¹⁾ 10 | 15 | 6 | 36 | 12 | 53 | 14 | 10 |
| 2,3% | 8% | 3,2% | 5,5% | 5,3% | | | | | | 5,5% | | 2,52% |

¹⁾ Въ 4 случаяхъ сохранилось нѣкоторое зрѣніе, а въ одномъ случаѣ, гдѣ имѣлось очень слабое свѣтоощущеніе, послѣ придектоміи книзу зрѣніе постепенно

Вторичныя операціи:

| | | | |
|--------------------|-----------------------|------------------------------|------|
| Дисцип. вт кат. | Опер. завор. вѣкъ. | Срѣзываніе prolaps. irid. | |
| 26 | 36 | 15 | 71 |
| | | | 7,5% |

V I S U S.

| | | | |
|---------------------------------------|---------------------|---|-------------------------------------|
| $\frac{1}{\infty} - \frac{1}{\infty}$ | $\frac{10}{\infty}$ | $\frac{10}{\infty} - \frac{20}{\infty}$ | $\frac{20}{\infty} - \frac{20}{xx}$ |
| 34 | 48 | 50 | 819 |
| 3,58% | 10,3% | | 86,2% |

Причины отсутствія зрѣнія въ 34 случаяхъ.*

| | | | | | |
|----------|------------------------|------------|-------------|------------|----------------|
| Нагноен. | Кровоизл. при глав. | Зарощ. зр. | Арт. зр. и. | Невоз. зр. | Непроз. ст. с. |
| 24 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 |

Потеря зрѣнія вслѣдствіе нагноенія *corneae* и *raphth.* менѣе всего можно поставить въ зависимость отъ примѣняемаго у насъ метода, такъ какъ извѣстно, что при этомъ методѣ края раны прилегаютъ плотно, чѣмъ при доскутномъ, слѣд. болѣе предохраняютъ отъ зараженія. Если-же при этомъ даже и возможно тщательное промываніе *conjunctiv*'альнаго мѣшка и очищеніе краевъ вѣкъ передъ операціей и антисептическая повязка оказываются недостаточными, то въ этомъ виной уже является качество самого оперативнаго матеріала. Въ виду значительнаго количества случаевъ трахомы и хроническаго *conjunctivit*'а невозможно выбрать одни только чистые случаи катаракты.

Операціи приходилось откладывать лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣлось болѣе или менѣе значительное отдѣленіе *conjunct.*

Примѣнять въ такихъ случаяхъ открытое леченіе, рекомендуемое въ послѣднее время съ нѣкоторою настойчивостью, и под-

стало повышаться и дошло до нормы ($\frac{20}{xx}$). Въ остальныхъ 5 сл. зрѣніе вслѣдствіе закрытія зрачка имѣлось менѣе $\frac{1}{\infty}$.

* Примѣчаніе: За исключеніемъ трехъ слѣднихъ случаевъ общее количество потери зрѣнія послѣ операціи наблюдалось въ 31 сл., слѣд. въ 3,25%.

вергать оперированный органъ всякимъ случайностямъ, и вмѣсто необходимаго покоя, оставлять его въ движеніи, еще менѣе удобно для нашихъ неинтеллигентныхъ и непокойныхъ больныхъ. Для нихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ обазывалось даже необходимымъ примѣненіе сѣтки Fuchs'a сверху наложенной на глазъ повязки.

Лишь покойному положенію больныхъ (лежаніе въ продолженіи 16—20 час. на спинѣ) и слегка давящей повязкѣ, накладываемой на оба глаза, можемъ приписать большую рѣдкость случаевъ выпаденія радужной оболочки, чѣмъ у другихъ оперируемыхъ по тому же методу.

При операціи же безъ iridect. выпаденіе радужной оболочки наблюдалось въ значительно большемъ количествѣ случаевъ, именно отъ 5% и до 12% (Panas, Galezowski, Knapp и Schweigger). Даже при методѣ Kalt'a, съ наложеніемъ лигатуры на края corneae, выпаденіе наблюдается въ 4%.

Воспаленіе радужной оболочки и послѣдующее къ счастью въ небольшомъ числѣ случаевъ зарощеніе зрачка наблюдаются при экстракціи съ iridect. въ общемъ не часто.

Но выпаденіе стекловиднаго т. въ большемъ или меньшемъ количествѣ повидимому рѣже встрѣчается при extr. съ irid. (въ числѣ нашихъ случаевъ приведены и такіе, когда дѣйствительно выпаденіе стекловиднаго т. не было, но оно показывалось въ краяхъ или при операціи, или тотчасъ послѣ удаленія катаракты, такъ что остатки картикальныхъ слоевъ линзы не могли быть удалены изъ опасенія потери стекловиднаго т.).

Не смотря на это, количество случаевъ вторичной катаракты, когда представлялось необходимымъ примѣненіе discisio, какъ второй операціи, въ нашихъ случаяхъ было значительно меньше, именно около 2 съ небольшимъ процентовъ, тогда какъ послѣ extractio безъ iridect., discisiю приходилось производить отъ 6% (Panas), 19,1 (Schweigger), 30 (Galezowski), 50 и болѣе (Knapp).

Конечный результатъ послѣ извлеченія линзы съ irid. и безъ нея не представляетъ существенной разницы, и неблагоприятныя исходы колеблются между 2,4 (Knapp), 3,8 (Schweigger) безъ iridect. и 5,1 (Schweigger) послѣ irid; у насъ общее число неблагоприятнаго исхода т. е. потерь зрѣнія достигаетъ 3,25%.

Возстановленное путемъ операціи зрѣніе въ 95—97% не представляетъ большой разницы въ остротѣ въ зависимости отъ метода, не смотря даже на то, что приведенные нами результаты слѣдуетъ считать минимальными, такъ какъ изслѣдованіе зрѣнія въ нашей клиникѣ производится въ концѣ 2-й недѣли послѣ операціи, т. е. передъ тѣмъ, какъ выпишется больному. Въ это время, какъ извѣстно, острога зрѣнія подъ вліяніемъ временнаго астигматизма, остатковъ кортикальныхъ слоевъ линзы и т. д., обазывается

еще сравнительно слабой. По прошествии же 1—2 мѣсяцевъ острота зрѣнія, какъ приходилось убѣждаться у нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ, отъ $\frac{15-20}{\text{сс}}$ т. е. 0,08—0,1 доходила до $\frac{20}{\text{л}}$ и даже $\frac{20}{\text{xxx}}$, т. е. 0,4—0,75.

Проф. Schweigger, при первомъ изслѣдованіи зрѣнія, произведенномъ по прошествіи 2—4 недѣль, получалъ $V = \frac{1}{4}$; у тѣхъ же больныхъ по прошествіи 2—3 мѣс. и позже зрѣніе $= \frac{1}{2}$ — т. е. полное.

Такимъ образомъ при почти одинаковыхъ достоинствахъ и недостаткахъ въ методахъ операціи съ *iridect.* и безъ нея нѣкоторое преимущество въ способѣ извлеченія съ иридектomieй, намъ представляется, состоитъ въ томъ, что послѣ него не приходится такъ часто примѣнять вторичную операцію, какъ при извлеченіи безъ *iridect.* При этомъ послѣднемъ способѣ весьма часто наблюдаются случаи вторичной катаракты и выпаденія радужной оболочки, т. е. осложненія, требующія неизбѣжнаго и довольно часто повторнаго оперативнаго вмѣшательства.

Надо имѣть въ виду, кромѣ того, что экстракцію безъ иридектomieи нельзя примѣнять во всѣхъ случаяхъ катаракты. Такъ и сами приверженцы этого способа указываютъ на то, что при осложненныхъ катарактахъ, повышенной тенсіи глазного яблока, трудномъ вправленіи радужной оболочки, при помутнѣніяхъ задней капсулы приходится производить иридектomieю обыкновенную или периферическую, какъ рекомендуетъ Pflüger. Изъ этого слѣдуетъ, что методъ безъ иридектomieи нельзя считать общимъ, но что его можно примѣнять только при извѣстныхъ условіяхъ, а слѣд. въ сравнительно ограниченныхъ размѣрахъ.

Если же извлеченіе линзы производить съ иридектomieй и, во избѣжаніе выпаденія стекловиднаго т. и кровотеченія, разрѣзь *corneae* проводить не далеко въ склерѣ, а ближѣ къ *limbus*'у и отрѣзывать радужную оболочку въ возможно малыхъ размѣрахъ во избѣжаніе большихъ круговъ свѣторазсѣянія, и, наконецъ, тщательно выводить остатки линзы, то можемъ получить удовлетворительные результаты почти во всѣхъ случаяхъ катаракты; слѣд. такой методъ можно, по нашему мнѣнію, считать общимъ до тѣхъ поръ, пока въ методѣ экстракціи безъ иридектomieи не будутъ устранены, по крайней мѣрѣ, существенные недостатки, требующіе примѣненія вторичной операціи (дисцизии, срѣзыванія *prolap. iridis*).

Что же касается метода Schweigger'a—извлеченіе линзы черезъ нижній разрѣзь *corneae* съ сохраненіемъ мостика *conjunct.* въ связи съ роговицей,—то онъ врядъ ли можетъ имѣть большія преимущества. Существенный же недостатокъ его, на который указываетъ и самъ Schweigger, состоитъ въ томъ, что присутствіе

мостика *conjunctivae* затрудняетъ выходъ линзы. Вѣроятно изъ за этого недостатка онъ не былъ принятъ и раньше, такъ какъ онъ, оказывается, методъ не новый, былъ описанъ еще Desmarres'омъ въ 1851 г.

По этому поводу Schweigger съ сожалѣнiемъ и вполне справедливо высказываетъ: „Doch wer kann was kluges, wer was dummes denken, das nicht die Vorwelt schon gedacht“. Тоже самое можно сказать и по поводу метода Gradenigo, который въ сущности мало чѣмъ отличается отъ метода Pagenstecher'a и имѣетъ, судя по отчетамъ, такіе же недостатки (при немъ неизбѣжны большіе потери стекловиднаго тѣла).

Эти-же слова Schweigger'a примѣнимы и по поводу открытаго леченія ранъ послѣ экстракціи, такъ-какъ, оказывается, такое леченіе, судя по заявленію Landolt'a, примѣнялъ Rose въ Цюрихѣ еще въ 1868 году, когда Landolt былъ у него ассистентомъ.

Въ заключеніе приносимъ глубокую благодарность высокочтимаго профессору Е. В. Адамюку, съ разрѣшенія котораго мы пользовались матеріаломъ Глазной клиники.
