

Д-ръ И. Николюкинъ. *Случай самопроизвольнаго излеченія эхинококка глазницы послѣ рожии лица.* „Вѣстникъ Офтальмологіи“, 1901 г., ноябрь—декабрь.

Больная, крестьянка, явилась къ автору съ жалобой на „выпирание“ лѣваго глаза. При изслѣдованіи оказалось: сильный exophthalmus лѣваго глаза, причемъ глазное яблоко цѣликомъ лежитъ внѣ глазницы и оттѣснено кнутри и внизъ; движенія глаза очень ограничены. Conj. вѣкъ утолщена и гиперемирована; conj. sclerae, а также роговица и iris нормальны. Острота зрѣнія значительно понижена, но все-таки лѣвымъ глазомъ больная правильно считаетъ пальцы въ 5 метрахъ. Растянутое нижнее вѣко выворочено и складка утолщенной конъюнктивы его выступаетъ наружу; верхнее вѣко растянуто еще сильнѣе. Кнаружи и кверху отъ глазного яблока, подъ натянутыми мягкими покровами, прощупывалась напряженная, зыблющаяся, безболѣзненная опухоль, значительно выступающая за орбитальный край, а другимъ концомъ исчезающая въ глубинѣ глазницы. На основаніи этихъ данныхъ можно было діагностировать эхинококкъ глазницы, каковое распознаваніе было подтверждено пробнымъ проколомъ. Операция по просьбѣ больной была отложена на мѣсяць. Въ день операции, однако, у больной обнаружили признаки начинающейся рожии лица на носу и верхней губѣ, почему операция была отменена. Въ дальнѣйшемъ рожистый процессъ распространился на лѣвую щеку, вѣки лѣваго глаза, лобъ, лѣвое ухо, наконецъ, на волосистую часть головы и затѣмъ сталъ стихать. Черезъ 3 недѣли больная была отпущена домой для окончательнаго выздоровленія отъ рожии. Когда больная еще черезъ 3 недѣли снова явилась къ врачу, то лѣвый глазъ оказался почти въ нормальномъ положеніи (относительно мѣста), остался лишь незначительный exophthalmus, да кожа вѣкъ была слегка утолщена; никакой опухоли на прежнемъ мѣстѣ не прощупывалось. Къ сожалѣнію пропало и зрѣніе въ лѣвомъ глазѣ, вслѣдствіе отслойки сѣтчатки, какъ показалъ офтальмоскопъ. Больная рассказываетъ, что когда слѣды рожии на вѣкахъ и на лицѣ исчезли, изъ подъ лѣваго верхняго вѣка вдругъ начала вытекать вода, а на слѣдующій день оттуда-же показалась бѣлая, толстая пленка, очень плотная, величиною съ куриное яйцо, каковая и была извлечена больною пальцами. Послѣ этого глазъ началъ быстро приходить въ нормальное положеніе

Б. Алаоновъ.

Д-ръ И. И. Гинзбургъ. *Еще къ вопросу о регистраціи трахомы.* Прилож. къ „Вѣстнику Офтальмол.“ Т. XVIII, кн. 6.

Въ виду существованія двухъ взглядовъ на трахомитозное и фолликулярное пораженія соединительной оболочки глаза, а именно:

«унитарного», когда два эти заболѣванія признаются за различные степени одного и того-же страданія, и болѣе правильнаго «дуалистическаго», когда трахома и фолликуляръ разсматриваются какъ два совершенно самостоятельныхъ заболѣванія,—авторъ для правильности и однообразія въ регистраціи трахомы рекомендуетъ руководствоваться слѣдующими соображеніями. Основнымъ и главнѣйшимъ признакомъ, характеризующимъ трахому, является трахоматозное зерно, и тамъ, гдѣ нѣтъ трахоматозныхъ зеренъ, нѣтъ и трахомы. Это положеніе имѣетъ абсолютное значеніе для всѣхъ случаевъ трахомы и для всѣхъ періодовъ ея развитія. Трахоматозное зерно представляетъ собою своеобразное образованіе, ни при какой другой болѣзни соединительной оболочки не встрѣчающееся. Типичное трахоматозное зерно отличается отъ типичнаго фолликулеза столькими клиническими признаками, что смѣшать ихъ едва-ли представляется возможнымъ. Признаки эти таковы: 1) величина: типичный фолликулъ значительно меньше трахоматознаго зерна; 2) цвѣтъ: типичный фолликулъ просвѣчивается обыкновенно розоватымъ, типичное трахоматозное зерно желтоватымъ цвѣтомъ черезъ соединительную оболочку; 3) прозрачность: типичные фолликулы представляютъ собою обыкновенно блестящіе прозрачныя возвышенія, типичныя трахоматозныя зерна являются мутными, непрозрачными, солидными образованіями (грануляціями) въ толщѣ соединительной оболочки; 4) локализція: типичные фолликулы располагаются обыкновенно у наружнаго или внутренняго угла глаза трахоматозныя же зерна занимаютъ обыкновенно всю область переходныхъ складокъ, а затѣмъ и соединительную оболочку хряща верхняго вѣка, гдѣ фолликулы въ нормѣ не встрѣчаются; 5) количество высыпаній: фолликулы являются обыкновенно на типичныхъ мѣстахъ въ видѣ единичныхъ особей, трахоматозныя же зерна обыкновенно высыпаютъ множественно: въ острыхъ случаяхъ они устилаютъ всю соединительную оболочку въ течение нѣсколькихъ дней, въ хроническихъ же случаяхъ они захватываютъ сразу цѣлую область, напр., всю переходную складку и чаще всего верхнюю, въ чемъ можно убѣдиться во всѣхъ случаяхъ свѣжей хронической трахомы; 6) отношеніе подлежащей ткани: въ то время, какъ типичные фолликулы обыкновенно сидятъ на нормальной или слегка инъецированной соединительной оболочкѣ, трахоматозныя зерна, представляющія собою болѣе тяжелое заболѣваніе, вызываютъ и болѣе бурную реакцію со стороны пораженной ткани, почему высыпаніе трахоматозныхъ зеренъ всегда сопровождается инфильтраціей какъ самой соединительной оболочки, такъ и находящейся подъ нею подслизистой ткани; 7) клиническое теченіе: фолликулы обыкновенно остаются стационарными, тогда какъ трахоматозныя зерна обнаруживаютъ склонность къ регрессивному метаморфозу.

Б. Алаоновъ.
