

О циклодіализѣ при главкомѣ *).

проф. А. Агабабова.

Я долженъ раньше всего извиниться передъ уважаемыми товарищами въ томъ, что позволяю себѣ остановить вниманіе Ваше на своихъ сообщеніяхъ, представляющихъ, быть можетъ, слишкомъ узко-спеціальный интересъ. Конечно правильнѣе всего было-бы подобные доклады читать въ тѣсномъ кругу офтальмологовъ. Создать для такихъ цѣлей свой офтальмологическій кружокъ по примѣру другихъ Университетовъ—было мечтой, которую покойный учитель нашъ Емилианъ Валентиновичъ и я лелѣли давно. Тогда она казалась легко осуществимой. Теперь же по особенностямъ переживаемаго времени предпочтительно выждать. Но матеріалъ накапливается, жизнь не ждетъ. Встрѣчая полное сочувствіе какъ со стороны бывшаго предсѣдателя Общества уважаемаго А. Н. Каземъ-Бега, такъ и новаго въ лицѣ моего товарища Н. А. Геркена, я рѣшился предложить обществу выслушать небольшія сообщенія по такъ сказать злободневнымъ, моднымъ вопросамъ офтальмологіи. Таковыми въ новѣйшей литературѣ являются—вопросы о циклодіализѣ при главкомѣ и операція вылуценія глазного яблока. Первымъ я предложилъ бы заслушать докладъ о циклодіализѣ.

Въ 1905 году д-ръ Heine опубликовалъ въ Deutsche Medicin. Wochenschrift свой способъ операціи противъ главкомы, который онъ назвалъ циклодіализомъ. Операція эта, какъ показываетъ само названіе, состоитъ въ отдѣленіи цилиарнаго тѣла отъ мѣста прикрѣпленія—на ограниченномъ протяженіи. Цѣль операціи создать сообщеніе между полостью передней камеры съ супрахороидальнымъ пространствомъ. Изъ этого можно заключить, что авторъ причину главкомы видитъ въ закрытіи этого сообщенія, ко-

*) Доложено въ засѣданіи Общества врачей 5 апрѣля 1908 г.

торое при нормальномъ состояніи глаза должно, слѣд., считаться свободнымъ.

Операция производится такъ: послѣ тщательной кокаинизации глаза, соединит. оболочка и Тенонова капсула отдѣляются отъ склеры въ области цилиарнаго тѣла, отступя миллиметровъ на 5 отъ края согнае; на лѣвомъ глазѣ въ нижне-наружномъ сегментѣ, на правомъ въ верхне-наружномъ. Здѣсь ланцетовиднымъ ножомъ производится разрѣзъ склеры во всю толщю на протяженіи не болѣе 2 мм. Черезъ это отверстие вводится узкій шпатель между склерой и цилиарнымъ тѣломъ и осторожно продвигается впередъ до передней камеры. Движеніями конца шпателя вправо и влѣво расширяется путь въ ту сторону на 2—3 м.м. и шпатель медленно и осторожно удаляется изъ раны. На conjunct. рану накладывается лигатура и глазъ бинтуется. Если жидкость изъ передней камеры не вытекла при операциі, то внутриглазное давление остается неизмѣнившимся до слѣдующаго дня. Тогда только можно замѣтить нѣкоторое пониженіе тенсии. На 3-й день давление совершенно выравнивается, становится нормальнымъ, передняя камера болѣе глубокой, роговица прозрачной; зрачекъ круглый, но все еще расширенъ. . .

Первыя 26 операций, о которыхъ Heine доложилъ въ Гейдельбергѣ въ 1905 г., были произведены имъ по поводу различныхъ формъ глаукомы: абсолютной, травматической, геморрагической, простой, вторичной и при buphthalmus'ѣ. Результаты хорошіе послѣ однократной операциі въ 15 сл., въ 2-хъ послѣ повторной. Наблюденія Heine продолжались отъ 7 дней до 7 мѣс. Въ 1906 г. въ Münchener Medicin. Wochenschrift Heine опубликовалъ результаты операций еще 30 случ. слѣд., всего имъ произведено 56 операций. На основаніи ихъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что cyclodialysis представляетъ операцию наиболѣе дѣйствительную противъ глаукомы, менѣе опасную, чѣмъ придектomia; техника не трудная, при надобности можно повторять операцию и даже производить послѣ придектomia.

До настоящаго времени опубликованы всего болѣе 150 случаевъ глаукомы, оперированныхъ по методу Heine. Изъ нихъ Seefelder—(Graefe Arch. 1906) 1 случай, Weekers—5 случаевъ, (см. klin. Monatsbl. f. Augenheil. 1907), по одному случаю Pagensther, Schimdt-Rimpler, Czermak.

Въ текущемъ 1908 г. въ Arch. f. Ophthalmol. Meller приводитъ 48 случаевъ. Изъ русскихъ окулистовъ: Лажечниковъ оперировалъ 5 разъ, Снегиревъ 2 раза (В. О. 1907 г.) Долгановъ (Практ. Вр. 1907 г.) 12 разъ, Проф. Головинъ 2 раза (См. статью д-ра Юдица за 1908, 2-я кн. В. О.) и нами оперировано пять случаевъ.

Мнѣнія объ этой операціи высказаны разнорѣчивыя: восторженныя самимъ авторомъ метода, Meller'омъ и Долгановымъ, сдержанныя—Fuchs'омъ, Czermak'омъ и Лажечниковымъ, и отрицательныя—Krauss'омъ, Выходцевымъ (Диссер. 1907. СПБ.), Юдинымъ (В. О. 1908). Послѣдніе трое основываютъ свое мнѣніе на клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ.

Чтобы уяснить себѣ значеніе этой операціи и причину такихъ разногласій, необходимо обратить вниманіе на то, что полемъ для операціи Heine выбралъ часть глаза въ области, такъ назыв., угла передней камеры. Здѣсь, какъ извѣстно, прозрачная роговица переходитъ въ непрозрачную склеру, а радужная оболочка въ цилиарное тѣло. Периферическая часть радужки или корень ея укрѣпляется здѣсь при помощи тѣхъ тонкихъ, переплетающихся между собой, пучковъ плотной ткани, т. е. *lig. pectinatum*, въ которую переходитъ Десцеметова оболочка роговицы, а также и тѣхъ плоскихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, которыя сплошнымъ слоемъ покрываютъ какъ заднюю поверхность роговицы такъ и перекладыны *lig. pectinati* и переднюю поверхность самой радужки.

Цилиарное тѣло въ свою очередь укрѣпляется здѣсь при помощи сухожилія аккомодационной мышцы плотнымъ кольцомъ къ склерѣ въ самомъ переднемъ ея отдѣлѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ это сухожиліе мышцы закрываетъ тотъ дефектъ въ ткани склеры,—углубленіе, которое въ видѣ круговаго желоба обходитъ по всей внутренней поверхности склеры. Составляя внутреннюю стѣнку его,—сухожиліе *m. ciliaris* превращаетъ упомянутый желобъ въ полую трубочку каналъ, извѣстный подъ названіемъ Шлеммова канала. Въ немъ помѣщается венозный сосудъ.

Благодаря такой связи радужки и цилиарнаго тѣла съ роговицей и склерой при помощи *ligam. pectin.* и внутренней стѣнки Шлеммова канала, полость передней камеры разобщается съ тѣмъ пространствомъ, которое имѣется дальше между склерой и сосудистой оболочкой и извѣстно подъ названіемъ *spatium suprachorioideum*. Соприкасающіяся поверхности этихъ двухъ оболочекъ, а также и тѣ перемычки, которыя соединяютъ ихъ между собой, такъ назыв. *laminae suprachorioideae*—покрыты эндотеліальными клѣтками.

Такимъ образомъ передняя камера и *spatium suprachorioideum* въ нормальномъ состояніи дѣйствительно представляютъ полости, которыя конечно должны заключать въ себѣ жидкость въ большемъ или меньшемъ количествѣ сообразно съ величиной или глубиной этихъ полостей. Въ свою очередь эта надсосудистая полость находится въ сообщеніи при помощи каналовъ въ склерѣ, гдѣ проходятъ вортикозныя вены и цилиарные нервы, съ Теноновой капсулой и съ межвлагалищными пространствами зритель. нерва,—

spatia intervaginalia n. optici. Такимъ образомъ если при нормальномъ состояніи глаза передняя камера сообщается съ *spat. suprachorioideale*, то тогда лимфатическая жидкость можетъ уноситься изнутри глаза наружу по указаннымъ путямъ. При главкомѣ, когда закрывается уголь передней камеры,—этимъ ставится препятствіе къ выходу содержаемаго ея. При такихъ условіяхъ, если восстановить это сообщеніе, то должны исчезнуть и всѣ явленія застоя внутри глаза. Таковы тѣ теоретическія соображенія, по которымъ можно было бы объяснить благотворное вліяніе циклодиализа.

На самомъ дѣлѣ условія движенія жидкости внутри глаза не такъ просты да къ тому-же не вполне еще изучены. Непосредственное сообщеніе передней камеры съ супрачорoidalнымъ пространствомъ, если и существуетъ, то въ очень слабыхъ размѣрахъ. Но проф. Heine явилась идея производить такую операцію вовсе не на основаніи анатомо-физиологическихъ данныхъ, а исключительно въ виду сообщеній проф. Fuchs'a и Axenfeld'a, что наблюдается отслойка сосудистой оболочки при *iridectomy* во время экстракціи катаракты около 5% и по поводу главкомы около 10%, при чемъ и внутриглазное давленіе въ этихъ случаяхъ значительно понижается.

Приписывая такому случайному осложненію благотворное вліяніе при главкомѣ, Heine рѣшился вызвать при главкомѣ частичную отслойку *chorioideae*, не производя *iridectomy*.

Наблюдаемое же при этомъ пониженіе давленія онъ объясняетъ восстановленіемъ сообщенія между упомянутыми выше полостями. Такъ ли это на самомъ дѣлѣ, рассмотримъ мы послѣ, а теперь попробуемъ уяснить себѣ, что можетъ происходить съ тѣми тканями, по которымъ прокладывается путь для сообщенія передней камеры съ *suprachorioidal'*нымъ пространствомъ. Несомнѣнно тупымъ шпательемъ мы нарушимъ цѣлость *laminae suprachorioideae* и перервемъ на всемъ протяженіи хода инструмента—сухожилие циліарной мышцы, а также перекладыны *lig. pectinati*. Если при этомъ попадемъ въ Шлеммовъ каналъ, вызовемъ кровотеченіе,—въ радужную оболочку—надрывъ ея. Но мы раньше этого рискуемъ поранить циліарное тѣло, а также нервы и сосуды его, вызвать боли и кровотеченіе еще при самомъ открытіи доступа въ надсосудистое пространство, т. е. при разрывѣ склеры. Вѣдь это пространство и при нормальномъ состояніи глаза не можетъ быть большимъ, а при повышенномъ внутриглазномъ давленіи, въ особенности; несомнѣнно оно целевидное. Но при самомъ благопріятномъ теченіи операціи можемъ-ли мы рассчитывать на то, что вновь образованный каналъ сохранится долго? Скорѣе всего мы вправѣ думать, что нѣтъ, такъ какъ даже подъ нормальнымъ давленіемъ циліарное тѣло должно плотно прилегать къ склерѣ, и каналъ долженъ

закрыться или вслѣдствіе срастанія порванныхъ частей или же еще плотнѣе при помощи рубцовой ткани.

Но это наше теоретическое соображеніе. Быть можетъ на дѣлѣ окажется не совсѣмъ такъ. Авторъ этого метода Heine, а затѣмъ и Meller, произведшіе наибольшее количество операций циклодіализа, указываютъ на возможность пораненія цилиарнаго тѣла, его нервовъ и сосудовъ, появленіе кровотеченій, вѣриѣ—просачиванія крови въ образованной щели склеры. Это въ значительной степени задерживаетъ и препятствуетъ дальнѣйшему ходу операціи. Рекомендуются по этому тщательно обезкровливать операціонное поле адреналиномъ, и при появленіи крови помощникъ долженъ часто удалять ее при помощи ватныхъ шариковъ. Далѣе наблюдались случаи, когда въ ранѣ показывается стекловидное тѣло, что указываетъ на пораненіе цилиарнаго тѣла во всю толщю. Иногда шпатель появляется не въ углу передней камерѣ, а изъ толщи *iridis*; въ иныхъ случаяхъ упирается въ Шлеммовомъ каналѣ и даже въ толщю *corneae*,—приходится его повторно вводить, измѣняя при этомъ его направленіе, и наконецъ не рѣдко передняя камера заполняется кровью. Вотъ слѣд. фактическая сторона.

Такія осложненія наблюдались и у другихъ офтальмологовъ, оперировавшихъ на небольшомъ матеріалѣ. Относительно же того, долго ли сохраняется просвѣтъ образованнаго канала и какъ заживаетъ рана въ области угла передней камеры—Heine не дѣлаетъ указаній. Выяснить этотъ вопросъ несомнѣнно возможно только экспериментальнымъ путемъ, изслѣдуя подъ микроскопомъ глаза животныхъ, оперированныхъ по этому методу, и еще лучше—глаза человѣческіе, энуклеированные почему-либо послѣ циклодіализа.—Конечно это вопросъ большой важности, поэтому не удивительно, что разработкой его занимались съ трехъ сторонъ, и, повидимому, совершенно независимо другъ отъ друга: въ Петербургѣ Выходцевъ, въ Marburg-Prub. Doc. Krauss и въ Одессѣ д-ръ Юдинъ—орд. проф. Головина. Д-ръ Выходцевъ экспериментальнымъ путемъ выяснилъ значеніе этой операціи на глазахъ щенятъ, кроликовъ и взрослыхъ собакъ. Предварительно онъ произвелъ цѣлый рядъ опытовъ (10) съ впрыскиваніемъ берлинской лазури, кармина и туши, при условіяхъ нормальнаго состоянія глаза, и затѣмъ энуклеированные глаза спустя различные сроки послѣ впрыскиванія подвергалъ микроскопическому изслѣдованію. Этимъ онъ желалъ выяснитъ взаимоотношеніе передней камеры, супрахороидальнаго пространства и другихъ отдѣловъ глаза. Такія же впрыскиванія въ переднюю камеру производилъ онъ послѣ циклодіализа, по прошествіи разныхъ сроковъ времени отъ 2 часовъ до 126 дней (на 20 животныхъ).

На основаніи своихъ изслѣдованій онъ приходитъ къ вполне убѣдительнымъ и обоснованнымъ заключеніямъ. Вкратцѣ ихъ можно формулировать такъ:

Въ нормальномъ глазу существуетъ постоянный, но очень слабый токъ въ перихороидальное пространство—черезъ уголь передней камеры. Послѣ операціи циклодіализа эта фильтрація жидкости изъ передней камеры не только не увеличивается или усиливается, но ослабляется и даже прекращается совсѣмъ въ той части глаза, гдѣ сдѣлана операція. Отслойка и разрывъ Десметовой оболочки и перекладинъ Фонтанова пространства, произведенные во время операціи, могутъ повести къ частичному зарощенію угла въ этомъ мѣстѣ. Д-ръ Краусс на основаніи 5-ти микроскопическихъ изслѣдованій двухъ глазъ энуклеированныхъ по поводу глаукомы и послѣ произведенной операціи по Heine, а затѣмъ критическаго разбора матеріала самого Heine и экспериментальныхъ изслѣдованій 20 кроличьихъ и 12 кошачьихъ глазъ, приходитъ къ слѣд. заключенію:—циклодіализомъ не достигается сообщенія прочнаго и на продолжительное время. Наконецъ, д-ръ Юдинъ также на основаніи клиническаго матеріала 2-хъ случ. циклодіализа по поводу глаукомы и экспериментальныхъ данныхъ на 11 собачьихъ глазахъ заявляетъ, что послѣ циклодіализа создаются не только не благоприятствующія усиленію фильтраціи въ супрохороидальное пространство условія, но даже наоборотъ, благодаря получающемуся соединительно-тканному зарощенію операціонной раны, условія выдѣленія внутриглазной жидкости должны ухудшаться. Д-ръ Юдинъ свои выводы о колебаніяхъ внутриглазного давленія послѣ этой операціи основываетъ на точныхъ тонометрическихъ данныхъ до и послѣ операціи, а также на микроскопическихъ изслѣдованіяхъ глазъ, энуклеированныхъ послѣ операціи циклодіализа.

Такимъ образомъ всѣ упомянутые три автора находятъ, что прочнаго сообщенія между полостями глаза не создается, фильтрація жидкости изъ передней камеры даже уменьшается вслѣдствіе рубцоваго зарощенія искусственно образованнаго канала; они не признаютъ благотворнаго вліянія циклодіализа на глаукоматозный процессъ. Чѣмъ же тогда объяснить наблюдавшееся Heine, Meller'омъ и друг. пониженіе внутриглазного давленія? Въ этомъ отношеніи мнѣнія упомянутыхъ выше авторовъ опять таки сходятся на томъ, что наблюдаемое кратковременное пониженіе тенсіи обусловливается фильтраціей жидкости черезъ склеру на мѣстѣ разрыва до образованія прочнаго рубца. Слѣд. получается результатъ вполне аналогичный тому, что наблюдается послѣ операціи склеротоміи.

Не будучи еще знакомъ съ приведенными экспериментальными изслѣдованіями, которыя появились позже, но прочитавши только сообщеніе о методѣ Heine и отдѣльныя клиническія наблюденія, мнѣ пришла мысль произвести операцію циклодіализа такъ, что бы можно было исключить фильтраціонное значеніе рубца склеры.

Циклодіализъ вѣдь можно произвести и со стороны роговицы. Мнѣ представляется, что оперировать со стороны передней камеры черезъ прозрачную тѣань роговицы должно быть легче, чѣмъ черезъ склеру. Здѣсь видно движеніе шпателя, точнѣе можно регулировать величину и направленіе отслойки, и мы меньше рискуемъ попасть въ Шлеммовъ каналъ или въ толщу цилиарнаго тѣла, не говоря уже о невозможности отслойки Десцеметовой оболочки или пластинки самой роговицы. Мнѣ припомнилась тогда подобная операція, предложенная въ 1893 году Dr. Vincentiis'омъ, который также со стороны передней камеры при главкомѣ предложилъ особой иглой отдѣлить радужку до ея периферіи, почему и операція названа имъ *iridodyalisis*. Я и полагалъ, что съ такимъ же успѣхомъ, какъ *iridodyalisis*, можно произвести и *irido-cyklodyyalisis*.

Для этого стоитъ только не ограничиваться отдѣленіемъ периферической части радужки до ея корня, а продвинуть шпатель дальше на 3—4 m.m. произвести имъ такія же боковыя движенія, какія рекомендуетъ и Heine для циклодіализа. Если и при этихъ условіяхъ внутриглазное давленіе понизится, то тогда можно согласиться съ Heine, что такое сообщеніе полостей способствуетъ пониженію тенсіи, и слѣдов. въ этомъ направленіи мы должны совершать нашу оперативную помощь.

Такихъ операцій, т. е. *irido-cyklodyyalisis* мною произведено съ октября 1907 года всего четыре на глазахъ съ абсолютной главкомой и одна операція *syklodyyalisis*'а точно по Heine.

Вотъ краткія свѣдѣнія объ этихъ случаяхъ:

Irido-cyklodyyalisis примѣнялся въ случаяхъ абсолютной главкомы (при полномъ отсутствіи зрѣнія и сильно повышенномъ внутриглазномъ давленіи). Въ другомъ глазѣ во всѣхъ случаяхъ зрѣніе было значительно понижено подъ вліяніемъ главкомы же: въ одномъ случаѣ до 2/сс (т. е. больной могъ различать только пальцы съ разстоянія въ 2 фута) въ двухъ случаяхъ до 5/сс, а у четвертаго больного при слабыхъ явленіяхъ главкомы *simplex* острота зрѣнія была 20/xx, т. е. нормальная.

Въ 3-хъ первыхъ случаяхъ, кромѣ *irido-cyklodyyalisis*'а на слѣпомъ глазѣ, произведена придектомія на зрячемъ глазѣ.

Во всѣхъ случаяхъ тотчасъ послѣ отдѣленія корня радужки и сухожилія цилиарной мышцы, въ передней камерѣ обнаруживалась кровь, и въ глазѣ ощущалась боль. Кровь въ трехъ случаяхъ исчезла къ концу третьяго дня, а у одного больного только черезъ 2½ недѣли. Боли, появившіяся послѣ операціи, продолжались не долго, именно 5—6 часовъ, такъ что къ вечеру того-же дня затихали совершенно.

Кромѣ указанныхъ явленій ничего особеннаго не наблюдалось, и заживленіе во всѣхъ случаяхъ проходило гладко. Передняя камера очищалась, зрачекъ, вначалѣ нѣсколько почкообразный, черезъ 1—2 дня становился круглымъ и нѣсколько суженнымъ.

Внутриглазное давленіе замѣтно понижалось на ощупь тотчасъ послѣ операціи, а черезъ 5—6 дней можно было убѣдиться въ этомъ и при помощи тонометра Fick-Лившица.

Въ одномъ случаѣ пониженіе давленія на 8 дѣленій наблюдалось черезъ 10 дней послѣ операціи (вмѣсто 34 было 26), но къ концу пребыванія больного въ клиникѣ тенсія постепенно стала повышаться, не взирая даже на то, что ежедневно примѣнялся эзеринъ. Въ этотъ промежутокъ времени до прежней высоты оно однако не дошло.

Въ тѣхъ глазахъ, гдѣ одновременно съ этимъ, какъ указано выше, была произведена иридектомія, внутриглазное давленіе понизилось и безъ замѣтныхъ колебаній держалась на одномъ уровнѣ за все время наблюденія.

Зрѣніе въ этихъ случаяхъ повышалось съ 5/сс до 6/сс въ одномъ, до 12/сс въ другомъ; а въ томъ глазѣ гдѣ было до операціи 2/сс—поднялось даже до 15/сс. Но такое повышение *visus'a* зависитъ, какъ извѣстно, отъ просвѣтленія средъ и улучшенія питанія сѣтчатки; если же подъ вліяніемъ высокаго давленія въ сѣтчаткѣ произошли органическія измѣненія, то *visus* не улучшается и послѣ иридектоміи. Здѣсь я не имѣю въ виду сопоставлять результаты операціи по Heine и послѣ иридектоміи, но привожу эти данныя единственно для полноты изложенія. Для сравненія же двухъ методовъ оперативнаго лѣченія между собой, нужно брать и аналогичные случаи.

Изъ этихъ немногихъ случаевъ конечно я и не пытаюсь дѣлать какіе либо общіе выводы относительно операціи циклодіализа. Но я желалъ бы обратить вниманіе на то, что и при *irido-syklodialysis'ѣ* наблюдается такъ же пониженіе тенсіи, какъ и при операціи Heine. Слѣд. можно бы признать благотворнымъ при главкомѣ самое отдѣленіе цилиарнаго тѣла т. е. образованіе сообщенія передней камеры съ супрахороидальнымъ пространствомъ безъ участія въ фильтраціи жидкости молодой рубцовой ткани склеры. Но при этомъ не слѣдуетъ упускать изъ вида, что во всѣхъ случаяхъ *irido-syklodialysis'a* внутриглазное давленіе понижалось на болѣе короткое время, чѣмъ послѣ циклодіализа Heine.

Ранка роговицы заживаетъ быстрѣе, тогда какъ въ склерѣ рубецъ остается рыхлымъ продолжительное время, въ среднемъ не менѣе 3 недѣль.

Я полагаю, кромѣ того, что какъ эта операція, такъ и циклодіализъ Heine не могутъ дать и такого временнаго пониженія

давленія во всѣхъ случаяхъ главкомы. Доказательствомъ этому могутъ служить нѣкоторые случаи самого Heine, когда приходилось повторять эту операцію на одномъ и томъ же глазѣ.

Такіе неподдающіеся оперативному леченію случаи главкомы наблюдаются и при примѣненіи иридектоміи; слѣд. циклодіализъ и въ этомъ отношеніи не представляетъ преимуществъ передъ иридектоміей.

Но тамъ, гдѣ желательно именно на короткое время понизить внутриглазное давленіе, вполне примѣнимъ циклодіализъ; напр., въ продромальной стадіи главкомы, острой или обострившейся хронической главкомы и для послѣдующей иридектоміи т. е. въ тѣхъ случаяхъ, когда можно примѣнять съ такимъ же успѣхомъ и склеротомію.

Операція же irido-cyklodialysis'a въ томъ видѣ, какъ производилась мною, думаю, можетъ считаться равнозначущей irido-dialysis'y Vincentiis'a, такъ какъ отдѣленіе только одного цилиарнаго тѣла, судя по экспериментальнымъ даннымъ, не можетъ вліять замѣтнымъ образомъ на состояніе внутриглазного давленія.

Если же желательно временно уменьшить содержимое глаза и тѣмъ прервать приступъ главкомы, напр. при набуханіи линзы, то можно ограничиться и пункціей роговицы. Для пониженія же внутриглазного давленія на возможно продолжительный срокъ наиболѣе надежнымъ остается попрежнему иридектомія Грефе.

Что касается пятаго случая, то здѣсь операція циклодіализа, произведена мною точно по Heine. Вотъ этотъ больной и Вы можете видѣть сами результатъ этой операціи.

Больному на правомъ глазѣ, гдѣ явленія glaucoma simplex chronica, выражены были вполне ясно (зрачекъ блѣдно-зеленоватаго цвѣта, тенсія до операціи была повышена, — visus равнялся 20/xxx при гиперметропіи въ 2,5D), во вторникъ 1-го апрѣля произведена sclerotomia по Wecker'y, а на лѣвомъ глазѣ съ абсолютной главкомой при атрофической и сильно углубленной papill'ѣ, произведена операція cyklodialys'a по Heine. Отступленіе отъ его метода допущено только въ томъ, что не были наложены лигатуры на края конъюнктивальной раны; кровоизліяніе въ переднюю камеру послѣ операціи было незначительное, боли непродолжительны. Въ настоящее время (5-ое апрѣля пятый день послѣ операціи) тенсія въ правомъ глазу нормальная, visus въ немъ 20/xx съ Cy + 0,5D., S + 2,5D., а на лѣвомъ, гдѣ произведенъ циклодіализъ, зрачекъ средней величины круглый, тенсія едва повышена. При такомъ состояніи глаза о циклодіализѣ можно бы дать очень хвалебный отзывъ, если бы не пришлось наблюдать уже и теперь постепеннаго повышенія внутриглазного давленія.