

в постели. 3/1 1935 г. при консультации терапевта М. Н. Державина и рентгенолога Н. И. Сметанина найдено: дыхание левого легкого нормальное, сердце незначительно отклонено вправо, спайка перикардия с диафрагмой, жидкости в плевральном мешке не обнаружено. Температура в течение всего послеоперационного периода в пределах нормы. 8/1 больная выписалась вполне здоровой.

В нашем случае были все основные показания к оперативному вмешательству: 1) признаки сдавления сердца, 2) симптомы внутреннего кровотечения и 3) наружное кровотечение.

Благоприятный исход данного случая говорит в пользу оперативного лечения раж перикардия и легкого.

Из Глазной клиники Казанского гос. медицинского института  
(дир. проф. В. Е. Адамюк).

## Случай инородного тела в линзе с благоприятным исходом операции.

Е. И. Липовцева.

В то время, как травмы глаза и инородные тела в наружных его частях встречаются довольно часто, инородные тела в линзе—явление редкое. В музее Казанской глазной клиники имеется лишь один энуклеированный глаз с инородным телом (пистон) в линзе. Наличный, молодой состав сотрудников не помнит подобных случаев. Это и заставляет нас представить вниманию товарищей данного больного.

Больной С., 23-х лет, из г. Ижевска, рабочий на мельнице, зарегистрирован в октябре 1933 г. в глазной клинике Медицинского института с диагнозом: *Cataracta traumatica, corpora aliena corneae et corpus alienum lentis os. sinist.*

Из расспросов больного выяснилось, что 12/X 32 г., во время работы (ковка камня на мельнице), какие-то мелкие осколки попали ему в оба глаза. Участковым врачом посторонние тела с роговицы правого глаза были удалены полностью. С роговой же оболочки левого глаза два мелких инородных тела были удалены уже в клинике. При исследовании корнеальным микроскопом и щелевой лампой выяснилось наличие еще постороннего тела и в полупрозрачном хрусталике левого глаза. Глаз оставался спокойным. Зрение же было понижено до счета пальцев у лица—вследствие помутневшего хрусталика. Дна глаза не было видно. Реакция радужки на свет была правильной. Первый раз больной не соглашался остаться в клинике и уехал домой. При этом он был предупрежден, что если заметит дальнейшее падение зрения или раздражение глаза, то немедленно должен явиться в клинику.

Больной 3/XII снова поступает в клинику с жалобой на окончательное падение зрения в левом глазе. При исследовании правого глаза каких-либо отклонений от нормы не обнаружено. Острота зрения 1,0. Глазное дно в пределах нормы. В левом же глазе зрение—светощущению с правильной проекцией на свет. На роговице его с внутренней стороны, на уровне 9 часов, отступя от лимба около 1 мм., видно насыщенное беловатое помутнение, величиной с булавочную головку. Другое, едва заметное, маленькое помутнение на том же уровне имелось ближе к краю зрачка. Это следы бывших ранений роговицы инородными телами. В остальных частях роговая оболочка была совершенно прозрачна. Повидимому, воротами для проникновения инородного тела в линзу явилось место более насыщенного помутнения. Передняя камера—средней глубины. Радужная оболочка темно-карего цвета с отчетливым рисунком. Зрачок правильной формы. Реакция его на свет—живая. В области зрачка виден помутневший хрусталик сероватого цвета, с черной точкой, почти в центре его. Величина точки около 1 мм. Дна глаза не видно за помутнением линзы. Глаз без раздражения. Общее состояние

больного удовлетворительное." Была произведена магнитная проба большим магнитом На а в'а, не вызвавшая у больного никаких ощущений; однако, видимая ясно в хрусталике темная точка несколько изменила свое положение. На другой день в глазу появились боли. Глаз представлялся раздраженным, узкий зрачок, передняя камера мелка. Внутриглазное давление оказалось = 35 мм. Hg. Ввиду того, что posteriorнее тело от применения сильного тока магнита сместилось, и появились указанные явления раздражения глаза и повышения внутриглазного давления (вследствие набухания линзы) — решено было сделать удаление линзы вместе с инородным телом. На другой день была произведена операция. Линза, содержащая инородное тело, после сделанной придектомии, вышла благополучно и в настоящее время сохраняется в музее клиники. Послеоперационный период прошел гладко. При выписке больного глаз был спокоен. Visus 0,04, Hm 8,0, D = 0,3.

Опубликованные статистические данные русских и иностранных авторов подтверждают редкость инородных тел в линзе.

Так, на 108416 больных Moore'n'a инородные тела в линзе наблюдались 11 раз, т. е. 0,01%; на 58481 больного Hirschberg'a — 14 раз, т. е. 0,02%; бывшая Петербургская глазная лечебница с 1889 г. по 1895 год на 109153 больных имела 13 человек с инородным телом в линзе — 0,01%. В той же, ныне Ленинградской лечебнице, с 1902 г. по 1903 г. на 6581 ч. стационарных больных оказалось 7 человек с инородным телом линзы. По данным Бакинской больницы с 1900 г. по 1901 г. на 18 случаев внутриглазных осколков в линзе находилось 2. По Heidman'a п'ю на 142 случая инородных тел 9 было в линзе глаза. Бодаль в 1904 г. в 34 случаях травматических катаракт наблюдал 7 инородных тел в линзе. Наблюдения Бигля интересны тем, что в 3 случаях, в которых осколок был в хрусталике, сам хрусталик оставался прозрачным.

Редкое нахождение инородных тел в линзе объясняют тем, что инородные тела, попадающие в глаз и пробивающие роговицу, очевидно, ударяют с такой силой, что редко застревают и в линзе, а пролетают дальше в стекловидное тело.

Из многочисленных наблюдений Вагенмана большая часть инородных тел попадает в линзу через роговицу, реже через склеру. Путь их идет — или через роговицу и зрачок, или попутно прободается и радужная оболочка. Пройдя через радужную оболочку, инородное тело оставляет отверстие в ней или разрыв сфинктера радужной оболочки. Маленькие порошкообразные тела могут оставаться на капсуле линзы. Вообще, посторонние тела могут застревать в линзе на различной глубине. В нашем случае осколок стали, пройдя через роговую оболочку и не задев радужки, остановился в самой линзе. Линза относится к инородным телам спокойнее, чем части глаза, имеющие сосуды.

В данной работе нас интересуют тела, которые находятся внутри линзы; при этом дело идет б. ч. об очень маленьких инородных телах. Большие же тела всегда частично выступают из линзы или в сторону радужки, травмируя ее, или в стекловидное тело. Инородные тела чаще бывают — железо, сталь, медь, реже свинец, кусочки камня, угля, стекла и проч. Различные порошкообразные тела могут попадаться при взрывах.

В линзу попадают чаще всего железные, каменные и медные осколки. Из 13 случаев Вагенмана — 9 раз дело шло о железных осколках. Варшавский нашел в литературе сообщения, где в 6 случаях был медный осколок.

В вышеупомянутом первом случае Казанской глазной клиники осколок был медный (пистон), в нашем случае — стальной, от инструмента, которым ковался мельничный камень.

Диагностика инородных тел в линзе не всегда легка. Маленькие, сидящие в глубине линзы, инородные тела распознаются часто только после

расширения зрачка и применения увеличительных приборов. При существовании же синехий—обнаружить присутствие их иногда не удается.

Инородные тела, глубоко сидящие в линзе, вследствие быстро нарастающего помутнения, тоже иногда ускользают от наблюдения. При диффузном помутнении хрусталика, все же своеобразная окраска и металлический блеск тела иногда помогают его распознавать. При глубоко сидящих осколках приходится решать—находятся ли эти осколки в линзе или в стекловидном теле. Для точной установки местонахождения постороннего тела внутри глаза необходимо тщательное кливическое исследование, и такие больные должны направляться в специальные лечебные учреждения. Не всегда удается обнаружить глубоко сидящие инородные тела даже при помощи магнита или рентгена. Так, Sparrt описал случай, когда осколок находился в линзе около года и исследование рентгеном давало отрицательный результат. Если инородное тело было асептично, то прогноз зависит от величины и положения раны в капсуле линзы, а также от величины и места внедрения инородного тела. В благоприятных случаях травма линзы подобна простому уколу, помутнение линзы может остаться частичным.

Пребывание инородного тела внутри линзы, вначале частично помутневшей, ведет постепенно к полной катаракте, иногда лишь спустя месяцы или даже годы. В нашем случае полное помутнение линзы произошло в течение 50 дней. При сильно набухающей линзе инородное тело иногда может выпастись из вещества линзы и оказаться или в передней камере, или в задней. При рассасывании линзы инородное тело может остаться в остатках катарактальных масс или в капсуле. Также при полном рассасывании катаракты постороннее тело может оказаться в камерах или в стекловидном теле. Если инородное тело инфицировало, то, конечно, будут различные формы инфекционного воспаления глаза.

Из осложнений нужно также отметить повышение внутриглазного давления (вторичная глаукома), которая может быть в различных стадиях процесса. Затем, как известно, встречается (если вовремя не удалить железный осколок) сидероз глаза, при медном—халькоз. Процесс, заняв линзу, идет обычно дальше и ведет к общему сидерозу или халькозу глаза. Отсюда ясно, что при металлических осколках своевременно примененная операция спасает глаз от этих осложнений, не говоря уже о возможности симпатического воспаления.

В нашем случае из осложнений наблюдалось повышение внутриглазного давления.

Хотя линза относительно хорошо переносит посторонние тела, но оставлять их в ней нежелательно и всегда требуется оперативное вмешательство. Каждый раз вопрос о целесообразности оперативного мероприятия решается в зависимости от случая. Удаление железного осколка, как правило, производится при помощи магнита. Оперируют возможно с большим лоскутным разрезом роговицы и с иридектomieй. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

В случае Эльшнига, где железный осколок попал в линзу и рана капсулы быстро сомкнулась, он вскрыл оперативным путем капсулу линзы и удалил инородное тело с сохранением прозрачности линзы.

Blaff наблюдал четыре случая после удаления инородного тела из линзы, помутнение которое оставалось частичным и глаз сохранился

хорошим в продолжение нескольких лет. В нашем случае, как сказано выше, мы произвели экстракцию линзы вместе с инородным телом и получили хорошее зрение. Таким образом данный случай интересен также и по своему счастливому исходу.

#### Литература.

1. Карницкий К. Э., Материалы к вопросу о повреждениях глаза, дисс., СПб, 1902—2. Канцель Г. О., О повреждениях глаза по данным С.-Петерб. глазной лечебницы, дисс., СИБ, 1908. Wagenmann Graefe—Saemisch, Handbuch f. gesamt. Augenheilkunde, II Auflage.—3. Варшавский Я., К казуистике повреждений хрусталика осколком меди, В. О. 1903, т. 20.—4. Mazet, РОЖ, 1929, т. 9, рефер.—5. Quint. Сидероз и бинокуляр. зрение при односторон. афак., К1. М. f. A, 1928, Bd. 8—6. Hardy, Инород. тела внутри глаза, Amer. journal of ophthal. vol. II, 1928, № 5.—7. Vegle, Прободящ. поврежд. глаза мелк. стальн. осколками, РОЖ, 1930, т. 12, рефер.—8. Leonguet, Осколок меди в течение 17 лет, СВО, 1932, т. I, вып. 1, рефер.—9. Sparff, Внутриглаз. инородн. тела, СВО, 1932, т. I, вып. 10, рефер.—10. Blatt Nikolas, The toleran. of the crystal. lens tometalf. foreign. bodies. Amer. jour. of ophthal., 1930.

Башкирский венерологический институт (директор М. Т. Бриль, зав. клиническим отделением А. К. Якубсон).

## Лечение остро-воспалительных заболеваний кожи рентгеном.

С. М. Трайнин и Н. А. Иванов.

Остро-воспалительные заболевания кожи, нередко сопровождаясь сильной болезненностью и временами отрывом больных от производства, уже давно толкали врачебную мысль на изыскание наиболее эффективного способа лечения их. Среди разнообразных методов терапии не последнее место принадлежит рентгеновским лучам.

Не задаваясь целью приводить имеющуюся уже обширную литературу по данному вопросу, мы лишь коснемся наших наблюдений.

Работы Гейденгейна, Фрида, Соломона и др. о благоприятном влиянии рентгеновских лучей на остро-воспалительные заболевания кожи побудили нас испытать этот метод.

Под наблюдением находилось 185 человек. По диагнозам они распределяются так: фурункулы—105 случаев (50 случ. на лице, 7 на верхних конечностях, 21 на нижних конечностях, 27 на туловище) Флегмона—5 случаев; карбункулы—10 случ. (на лице—1, на спине—1, на верхних конечностях—2, 6—на нижних конечностях); гидрадениты—30 случаев, панариции—8 случаев, рожа—10 случаев (8—лица и 2—нижних конечностей); периодонтиты—18 случаев.

Мужчин было 128, женщин 58.

По возрасту: от 10 до 30 лет—108 человек, от 30 до 50 лет—43 чел. и от 50 до 70 лет—35 чел.

Продолжительность заболевания до лечения: от 1 до 5 дней 127 человек (68,3%), от 6 до 10 дней—33 чел. (17,7%), от 11 до 16 дней—15 чел. (8%) и от 17 до 22 дней—11 чел. (6%).

Нами применялась в зависимости от формы заболевания и его давности следующая методика освещения: при фурункулах, панарициях и гидраденитах расстояние 20 см., напряжение 130—135 к/в. АЗ, 5, ма 2, 1/5—1/4—1/3 эритемной дозы, АЛ I.

При карбункулах, периодонтитах, роже и флегмоне расстояние 20 см., напряжение 160 к/в, ампер 3,5 ма 2, 1/5—1/4—1/3 эритемной дозы АЛ 2—3.

Подвергавшиеся освещению фурункулы были преимущественно единичными, гидрадениты односторонними. Однократно больные подвергались рентгеновскому облучению в 128 случаях, двукратно в 38 случаях и трехкратно в 10 случаях.