

Из глазной клиники Гос. ин-та усовершенств. врачей им. В. И. Ленина (директор проф. А. Н. Мурзин).

Лечение золотушных кератоконъюнктивитов атуберкулиновым антивирусом.

Доц. А. С. Вейс.

Многочисленные экспериментальные исследования и клинические наблюдения с несомненностью доказали существование тесной связи между золотушными кератоконъюнктивитами и туберкулезной инфекцией.

Несмотря на это механизм возникновения воспалительных явлений и отдельных элементов (инфильтратов, фликтен, паннуса, изъязвлений), составляющих клиническую картину таких заболеваний, до настоящего времени окончательно не выяснен.

От истинных туберкулезных процессов, возникающих гематогенным путем, золотушные кератоконъюнктивиты отличаются в значительной степени как по клинической картине, так и по гистопатологическим изменениям. Ничего общего они не имеют так же и с теми первичными туберкулезными процессами, которые возникают экзогенно при поражениях век, конъюнктивы и роговицы. Большинство исследователей допускает, что при золотушных заболеваниях изменения в соединительной оболочке и роговице возникают в силу взаимодействия как эндогенных, так и экзогенных причин на почве повышенной чувствительности туберкулезно инфицированного организма ко всякого рода раздражителям. Ряд исследователей (Аксенфельд, Руберт, Брунс и др.) допускает, что самые разнообразные микроорганизмы (стафилококки, диплобациллы, пневмококки, палочки Кох-Викса и пр.), как и всякого рода раздражения ткани, вызванные механическим или химическим путем, могут вести к возникновению одного и того же патологического процесса. Существенным условием для этого является, по мнению большинства авторов, наличие в организме туберкулезной инфекции, при которой, как это допускает Weekers, минимальные количества аутотуберкулина, выделяющегося в конъюнктивальный мешок вместе с слезной жидкостью, временами и поддерживают раздражение в фликтенулезном глазу, вызывая частые рецидивы болезни.

Поражая преимущественно детский возраст, золотушные кератоконъюнктивиты, при наличии обычно сопутствующих явлений в смысле расстройства всего организма (увеличение лимфатических желез, поражение кожных покровов, упадок питания и пр.), в значительной степени подтачивают силы ребенка и резко тормозят нормальное его развитие. Нередко остающиеся после золотушных заболеваний глаз стойкие помутнения на роговой оболочке значительно понижают остроту зрения, а в некоторых, наиболее тяжелых случаях, ведут к неизлечимой слепоте. Все это заставляет рассматривать золотуху с возникающими на этой почве изменениями со стороны глаз, как заболевание, имеющее

весьма серьезное социально-бытовое значение. Естественно поэтому, что выработка таких профилактических и лечебных мероприятий, которые оказались бы наиболее эффективными, является чрезвычайно актуальной задачей.

По мере того, как стала выясняться связь золотушных заболеваний глаз с туберкулезной инфекцией, стали намечаться и новые терапевтические пути, среди которых получила довольно широкое распространение и туберкулинотерапия, преимущественно по методу Понндорфа. Этот метод, как показали наблюдения ряда авторов и наши собственные, ведет во многих случаях к положительным результатам, но он не является абсолютно безопасным (главным образом ввиду неточности дозировки вводимого туберкулина) и как многие другие— не гарантирует от рецидивов. Что касается обычной и общепринятой местной терапии, то она, как известно, во многих случаях оказывается малодействительной и несмотря на сочетание ее с общеукрепляющей (рыбий жир, усиленное питание, кварцевое облучение и пр.) иногда все же не ведет к улучшению процесса.

Лечение атуберкулиновым антивирусом Мазура мы стали проводить с января 1936 г. С тех пор результаты законченного лечения прослежены на 40 случаях. Из них 24 лечились стационарно и 16 амбулаторно.

В самом начале мы применяли антивирус в жидком виде, прикладывая компрессы с марлей, пропитанной антивирусом, к больному глазу, но вскоре, заметив, что при этом получается некоторое раздражение кожи век, мы перешли к открытому лечению (без повязки). Из антивируса была приготовлена 1% и 3% мазь (на американском вазелине), которая ежедневно закладывалась за веки больного глаза. В двух случаях были сделаны, кроме того, подкожные инъекции 0,2 см³ раствора антивируса 1:20. Таких инъекций было сделано одному 6-му 5, а другому—2, с промежутками между отдельными инъекциями в 5-6 дней. Реакции как местной, так и общей при этом не наступило, и в обоих случаях создавалось впечатление о благотворном влиянии инъекций на дальнейшее течение процесса.

По полу и возрасту наши больные распределялись следующим образом: мужчин было 22, женщин—18. До 10-летнего возраста—21, от 10 до 20 лет—15; от 20 до 30 лет—3 и от 30 до 35 лет—1 чел.

У большинства больных отмечалось упорное течение болезни, и многие из них до применения антивируса пользовались более или менее продолжительное время обычной местной и общей терапией. Срок наблюдения колеблется от 2 недель до 11 месяцев.

Из общего числа было 9 больных с фликтенулезным процессом, остальные страдали кератоконъюнктивитами с изменениями со стороны роговиц в виде паннозных кератитов, язв и инфильтратов. Золотушная природа всех этих изменений была почти у всех 6-ных выражена очень ясно. Во многих случаях имелось резкое увеличение лимфатических желез, положительная реак-

ния Пирке. В одном случае констатировано комбинированное страдание в виде рубцовой трахомы с поверхностным воспалением роговицы (типа скрофулезного паннуса), скрофулодермы кожи лица и резко выраженного лимфаденита.

Из общего количества (40 чел.) мы достигли полного излечения у 18 больных (45%), среди которых было 5 с фликтенулезным и 13 с золотушным процессом одного или обоих глаз. В остальных 22 случаях лечение антивирусом не сопровождалось достаточно ясно выраженными положительными результатами и поэтому, после пробного применения антивируса в течение 10—15 дней, последний обычно заменялся другими средствами.

Для иллюстрации привожу данные из историй болезни 18 больных (в несколько сокращенном виде), у которых с помощью антивируса было достигнуто полное излечение. Исключительно эффективное действие этого средства видно из ист. бол. № 1, относящейся к больному Я-ву, у которого страдание протекало исключительно тяжело и где применявшиеся ранее многообразные мероприятия не дали никакого улучшения. С помощью же антивируса удалось в течение 4 недель вернуть больному зрение и восстановить его трудоспособность.

Этот больной до лечения его антивирусом был продемонстрирован в Казанском офтальмолог. обществе, как случай весьма тяжелый и не поддающийся лечению никакими методами.

Вторично этот б-ной был продемонстрирован нами несколько месяцев после лечения антивирусом (29/V на расширенной научной конференции Казанского туб. и-та) с стойким излечением и восстановлением зрения от счета пальцев перед глазами до 0,2—0,3.

Весьма благоприятное влияние антивирусной терапии можно было установить также с полной определенностью в ряде других тяжелых случаев, где излечение процесса было достигнуто в сравнительно короткий срок.

Среди случаев, при которых лечебное действие антивируса оказалось не вполне определенным, мы имели 18 б-ных с золотушными кератоконъюнктивитами и 4 б-ных с фликтенами. Из указанной категории приведены выдержки из двух историй болезни (19 и 20), примерно характеризующие всю соответствующую группу.

1. Б-ной Я., 32 лет, поступил 8/IX с явлениями золотушного кератоконъюнктивита, паннусом и язвами роговиц обоих глаз. Из анамнеза выяснилось, что глаза болят с 1927 г. Вначале заболел левый глаз, состояние которого после 3-недельного амбулаторного лечения улучшилось, но ненадолго. Заболевание стало часто повторяться и с каждым рецидивом ухудшалось зрение. В 1929 году одновременно с левым глазом заболел также и правый: появились краснота, слезотечение, резкий блефароспзм и колотье, которое временами отличалось очень большой силой; зрение стало туманным. Под влиянием амбулаторного лечения наступило некоторое улучшение, но в 1930 г. болезнь опять возобновилась, и с тех пор б-ной часто вынужден обращаться за помощью.

Внешне б-ной выглядит старше своих лет, habitus — астосный, телосложение правильное, прощупываются шейные и подчелюстные лимфатические железы, рентгенологически — увеличение бронхиальных желез, реакция Пирке положительна, RW —.

С момента поступления в клинику до 7/1 (т. е. около 4 месяцев) б-ной пользовался, помимо обычной местной терапии, весьма разнообразными общими мероприятиями (инъекции молока, втирание туберкулина по Ландорфу, кварцевое облучение, новокаиновый блок и внутрь рыбий жир), однако никакого улучшения не наступило. Кратковременные периоды улучшения сменялись жестокими рецидивами. Все терапевтические возможности казались полностью исчерпанными, и б-ной был продемонстрирован мною в глазной секции Научн. медиц. ассоциации, как весьма тяжелый и не поддающийся лечению случай золотушного заболевания. К этому моменту состояние больного характеризовалось следующим образом: резкая гиперемия конъюнктивы век и глаза, яблочный блефароспазм, перикорнеальная инъекция. Роговицы мутны, очаги помутнения имеют диффузный характер, поверхностные слои местами эрозированы. На роговице правого глаза соответственно 5 час. имеется глубокая язва с инфильтрованными краями, внутренний отдел роговицы испещрен сосудами. В центральной части левой роговицы несколько резко выраженных инфильтратов, окаймленных сосудами. На обоих глазах явления ирита. Vis.—счету пальцев перед глазами.

7/1 1936 стал применяться антивирус, вначале в виде компрессов, прикладываемых к обоим глазам, а через 6 дней из-за раздражения кожи век от антивирусной жидкости компрессы были заменены 1% антивирусной мазью, которая ежедневно вкладывалась за края век обоих глаз. Уже 10/1 можно было заметить некоторое улучшение процесса: уменьшился блефароспазм, утихли боли, самочувствие больного улучшилось.

11/1 произведена подкожная инъекция 0,2 см³ раствора антивируса 1:20.

13/1 роговицы обоих глаз стали прозрачнее, со стороны правого глаза—уплощение язвы, уменьшение конъюнктивальной и перикорнеальной инъекций; отмечается также тенденция к обратному развитию сосудов. Лев. глаз—рассасывание инфильтратов, последние уменьшились, глаз менее раздражен.

17/1 произведена вторая инъекция антивируса. Помимо закладывания антивирусной мази за края век, больному вкапывается ежедневно в оба глаза 1% раствор атропина. Васкуляризация обеих роговиц заметно исчезает, помутнения рассасываются. Язва правой роговицы эпителизируется, перикорнеальная инъекция почти отсутствует, больной стал свободно открывать глаза, свет раздражает мало. O.d vis. = 0,04. o. s = 0,06.

23/1 произведена третья инъекция антивируса, в остальном—прежняя терапия, атропин отменен.

Язва роговицы правого глаза эпителизируется, вся наружная часть свободна от помутнений, глаз совершенно не раздражен, исчезла перикорн. инъекция и светобоязнь.

Со стороны левого глаза также значительное улучшение. O.d vis. = 0,07, o. s = 0,08.

29/1 произведена четвертая инъекция антивируса.

Со стороны правого глаза почти полное восстановление ткани на месте бывшей язвы, рубцевание не закончено лишь в самой ее центральной части, сосуды подверглись обратному развитию;

o. s.—точечные поверхностные помутнения в центре; отсутствие сосудов, полная прозрачность роговичной ткани на периферии. Острота зрения обоих глаз = 0,09—0,1.

5/II произведена пятая инъекция антивируса. На месте бывшей язвы роговицы правого глаза—ограниченное помутнение, занимающее поверхностные слои; в остальных отделах—полная прозрачность, сосуды рассосались; o. s.—стойкое, весьма незначительное поверхностное центральное помутнение роговицы. Полное отсутствие воспалительных явлений со стороны обоих глаз.

11/II произведена шестая инъекция антивируса, и б-ной выписан из клиники с полным выздоровлением, если не считать малозаметные поверхностные помутнения роговиц. Острота зрения на правом глазу 0,1—0,2, на левом—0,3.

Срок наблюдения 11 месяцев.

2. Б-ная С., 18 лет, поступила 28/1 1936 с явлениями резко выраженного сосудистого паннуса левой роговицы, рубцовыми изменениями конъюнктивы век обоих глаз на почве трахомы и изъязвлениями кожи лица.

Заболевание глаз началось около года тому назад, и через несколько месяцев стало появляться изъязвление кожи.

б-ная правильного телосложения, питание понижено. Прочупываются резко увеличенные подчелюстные лимфатические железы. Конъюнктивна век обоих глаз покрыта рубцами; последние инфильтрированы и с правой стороны инфильтрация выражена сильнее, чем с левой. Кожа верхнего века правого глаза отечна, умеренно гиперемирована. Блефароспазм, слезотечение и гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка правого глаза. Роговица указанного глаза диффузно мутна, вся испещрена сосудами, идущими со всех сторон и разветвляющимися в поверхностных ее слоях. Vis. — счету пальцев на 25 см. Изменения со стороны левого глаза ограничиваются рубцовым перерождением конъюнктивы век и поверхностным стойким помутнением роговицы в центральной части. Vis. — 0,1. На коже лица правой стороны имеется изъязвление, занимающее область внутр. угла глазной щели, внутренних отделов верхнего и нижнего век и спинки носа. Язвенная поверхность представляется слегка припухшей, с грязным отделяемым, неровными, инфильтрированными краями. Впереди левого уха — изъязвление лимфатического узла. Реакция Вассермана отрицательная. Диагноз кожного поражения (установлен консультантом — дерматологом) — скрофулодерма.

31/I начата антивирусная терапия в виде закладывания 1% мази за края век правого глаза и компрессов из антивирусной жидкости к кожным участкам внутреннего угла глаза и околоушной области.

7/II воспалительные явления со стороны правого глаза уменьшились, глаз менее раздражен, блефароспазм почти отсутствует, роговица заметно очищается от васкуляризации. Поверхность кожных изъязвлений значительно очистилась от отделяемого, местами появились грануляции.

16/II светобоязнь отсутствует, б-ная может свободно смотреть. Сосуды роговицы почти полностью рассосались, поверхностные слои стали прозрачнее. На коже обнаруживаются рубцевание, местами появились корочки.

22/II компрессы заменены ежедневными смазываниями кожи 1% антивирусной мазью. Глаз спокоен, васкуляризация роговицы почти отсутствует. Помутнение выражено менее интенсивно, что особенно заметно по периферии, около лимба. Прогрессирует рубцевание кожных язв.

2/III на месте изъязвления лимфатического узла образовались довольно гладкие кожные рубцы, участки скрофулодермальных поражений во внутреннем углу глазной щели и около уха также зарубцевались. Воспалительные явления со стороны правого глаза отсутствуют, паннус рассосался. Зона помутнения занимает лишь центральную часть роговицы и ограничивается более поверхностными слоями.

Острота зрения повысилась до 0,1 — 0,2.

3. Мальчик К., 6 лет, поступил 15/II с явлениями резко выраженного помутнения роговицы и паннусом левого глаза. Одновременно б-ной страдает рубцовым выворотом верхнего века того же глаза на почве бывшего туберкулезного переноса и обширным изъязвлением шейных и подчелюстных лимфатических желез. Из анамнеза выясняется, что заболевание левого глаза началось на 3-м году жизни. Лечился неаккуратно и безуспешно. Изъязвление лимфатических узлов существует около 2 месяцев.

Ребенок имеет пастозный вид, малоподвижен и малоразвит. Правый глаз без каких-либо уклонений от нормы.

Верхнее веко левого глаза утолщено, наружные $\frac{3}{4}$ его образуют резко выраженный рубцовый эктропион, край вывернутого века плотно спаян с надкостницей глазницы. Вывернутая конъюнктивна резко утолщена, интенсивно красного цвета и покрыта неровной грануляционной тканью. Остальные отделы конъюнктивы, переходных складок, свода и склеры — отечны и гиперемированы. Роговица диффузно мутна, особенно в верхней части, испещрена сосудами и местами эрозирована. Перикорнеальная инъекция. Глазное дно рассмотреть не удается, Vis. — счету пальцев перед глазом.

16/II больному начата антивирусная терапия ежедневно в виде 1% антивирусной мази за края век левого глаза и в виде компрессов из антивируса к изъязвленным лимфатическим узлам.

26/II роговая оболочка заметно просветлела; эктропион за счет уменьшения набухлости слизистой менее выражен. Зрение улучшилось до 0,6.

Изъязвленная поверхность желез покрыта корочками, местами очищается и покрывается грануляционной тканью.



Рис. 1. Б-ня С. до лечения.



Рис. 2. Б-ная.С. после лечения.

29/II роговица значительно прозрачнее, сосуды рассасываются, подвергаются обратному развитию. Поверхность изъязвленных лимфат. узлов заметно очистилась от гнойного отделяемого. Произведено вскрытие вновь появившегося абсцесса околоушной железы. В рану вставлена турунда, пропитанная антивирусом.

13/III на роговой оболочке осталось лишь небольшое поверхностное помутнение, воспалительные явления отсутствуют. Vis. = 0,1.

На поверхности изъязвленных желез наблюдается интенсивное рубцевание, опухоль вскрытой околоушной железы уменьшилась, отмечается рубцевание раны.

19/III 6-ной переведен в инфекционную клинику в виду возникшего рожистого воспаления. После выздоровления был 17/IV вновь принят в глазную клинику. Состояние глаза вполне удовлетворительное: воспалительные явления полностью отсутствуют, роговица прозрачна, за исключением малозаметного поверхностного помутнения. Vis — 0,1. Кожные рубцы на месте бывших изъязвленных узлов.



Рис 3. Б-ной К. до лечения.

4. Б-ная Я., 12 лет, поступила 29/XII 1935 г. с диагнозом золотушного кератоконъюнктивита. Со слов родителей выяснилось, что в первый раз глаза заболели у девочки в полтора года. Затем периодически болезнь повторялась, большей частью осенью. С месяц тому назад состояние ухудшилось: появилось сильное слезотечение и стало невозможно смотреть на свет. Несколько лет тому назад перенесла золотуху и скарлатину. Развита девочка нормально, но, по словам родителей, она быстро устает, часто жалуется на слабость и предрасположена к простудным заболеваниям. St. pr. Нерезко выраженный шейный лимфаденит. Реакция Пирке положительная.

Края верхних век обоих глаз несколько утолщены. На правой роговице соответственно 7 часам имеется стойкое помутнение, величиной с булавочную го-



Рис. 4а, 4б. Б-ной К. после лечения.

ловку, кроме того очень маленькое точечное помутнение в центре. На роговице левого глаза можно отметить два маленьких инфильтрата соответственно наружной части, где одновременно имеется несколько тонких сосудов, древовидно разветвляющихся. Поверхностные слои этого участка роговицы слегка мутноваты. Перикорнеальная инъекция, блефароспазм, конъюнктивит века и левого глазного яблока гиперемирована, конъюнктивит правого глаза—без заметных отклонений от нормы. Острота зрения правого глаза = 0,2, левого = 0,1. В течение первой недели применялась обычная местная терапия и кроме того сделано лечение туберкулина по Паниндорфу. Улучшение не наступило.

7/1 начато лечение компрессами из антивирусной жидкости

11/1 раздражение левого глаза немного уменьшилось. В остальном изменений незаметно.

13/1 инфильтраты рассасываются, сосуды и помутнение заметно исчезают, но в нижней части роговицы появился новый инфильтрат. Компрессы заменены 3% антивирусной мазью.

17/1 глаз умеренно раздражен, вновь образовавшийся инфильтрат увеличился, края слегка приподняты, образовалось поверхностное изъязвление роговичной ткани, в остальных участках роговицы особых изменений нет, создается, однако, впечатление несколько большей васкуляризации, так как сосуды, которые почти уже полностью казались рассосавшимися, стали выделяться несколько рельефнее.

20/1 без заметных изменений.

23/1 глаз значительно спокойнее, блефароспазм почти отсутствует. Язвочка роговицы очистилась и находится в стадии эпителизации. Васкуляризация отсутствует. От бывших инфильтратов не осталось никакого следа.

4/1 на месте бывшей язвочки имеется маленькое поверхностное помутнение. Воспалительные явления отсутствуют, б-ная выписана, острота зрения на оба глаза = 0,2.

5. Мальчик М., 10 лет, поступил 10 II с диагнозом фликтенулезного кератоконъюнктивита обоих глаз.

Болезнь глаз страдает около месяца. Вначале появилась краснота, затем сильное слезотечение и светобоязнь. Лечился амбулаторно, но лекарства (капли и мазь) не дали улучшения.

St pr. Верхнее веко обоих глаз отечно, кожа гиперемирована. Покраснение слизистой резко выражено с правой стороны. O. d. В верхне-наружном квадрате роговицы имеется стойкое точечное помутнение; на лимбусе, в наружной его части—несколько маленьких фликтен, сидящих на набухшей инфильтрированной ткани склерокорнеальной границы. O. s. Разлитое помутнение в поверхностных слоях роговицы и, кроме того, отдельные тонкие кровеносные сосудики, распространяющиеся на 2—3 мм через лимб на роговую оболочку. Резкий блефароспазм обоих глаз, не позволяющий определить остроту зрения.

11/II начато лечение 3% антивирусной мазью.

13/II уменьшился блефароспазм, б-ной отмечает, что ему стало легче открывать глаза.

21/II. O. d. Верхнее веко менее отечно. Фликтены рассасываются, они стали значительно бледнее и уменьшились в размере.

24/II блефароспазм обоих глаз усилился. O. d. Отступя от лимбуса на 2 мм соответственно 5 часам появился новый инфильтрат, величиной с булавочную головку. Фликтены в стадии распада, образовались язвочки с приподнятыми и инфильтрированными краями. Усилилась лимбальная гиперемия. Состояние левого глаза улучшилось. Помутнение немного рассасывается; светобоязнь держится, однако, попрежнему.

29/II раздражение обоих глаз уменьшилось, б-ной может смотреть на свет, слезотечение отсутствует.

10/III. O. d. Язвочки почти полностью зарубцевались, инфильтрат уменьшился. Лимбальная инъекция в незначительной степени. Конъюнктивит нормальной окраски. O. s. Роговица просветлела; помутнение осталось только в центральной части, оно довольно резко ограничено от окружающей прозрачной ткани.

19/III обострение процесса. Оба глаза сильно раздражены, резко усилилась гиперемия. В центральной части левой роговицы появилось довольно интенсивное помутнение, на правой роговице—точечные инфильтраты. Светобоязнь и слезотечение обоих глаз.

28/IV. В течение истекших 5 недель можно было констатировать очень вялое течение болезни с кратковременными промежутками улучшения и обострения процесса в обоих глазах. За это время, кроме антивирусной мази, применялось кварцевое облучение, сделано 3 инъекции молока и давался внутрь рыбий жир. В последнее время процесс в обоих глазах значительно улучшился.

4/V глаза спокойны, светобоязни нет. На роговицах обоих глаз имеются стойкие ограниченные помутнения (macula corneae). Воспалительные явления со стороны конъюнктивы и роговиц отсутствуют. Vis. os. utr.—0,8—0,09.

6. Б-ная Р, 15 лет, поступила 8/I 1936 с золотушным кератоконъюнктивитом и язвой роговицы левого глаза.

Заболевание началось в 1933 году. Появились боль, светобоязнь и слезотечение. После месячного амбулаторного лечения воспалительные явления исчезли, но на роговице осталось помутнение и зрение этого глаза резко понизилось.

В марте 1934 г. вторично заболел левый глаз. Вновь появились светобоязнь и сильная боль. В последнее время, недели три тому назад, снова рецидив.

8/II со стороны правого глаза никаких изменений от нормы не обнаружено. О. s. Отечность верхнего века, конъюнктивита гиперемирована, блефароспазм и лимбальная инъекция.

Роговица образует легкое конусообразное выпячивание с помутнением в центральной части, где отмечается дефект ткани в виде круглой язвы, величиной в 2 мм с кратерообразным углублением и слегка инфильтрированными краями. Поверхность роговицы васкуляризирована, покрыта кровеносными сосудами, образующими густое сплетение в центральной части вокруг язвы. Острота зрения—счету пальцев перед глазами. На шее с обеих сторон—пакеты лимфатических желез, достигающие величины грецкого ореха.

9/I начато лечение 1% антивирусной мазью, одновременно назначен атропин и компрессы из антивируса к лимфатическим узлам.

11/I уменьшились раздражение и светобоязнь. Язва стала немного плосче, края менее инфильтрированы.

16/I уменьшилась гиперемия роговицы, сосуды рассасываются, больная стала свободнее открывать глаз. Исчезли боли, одновременно с этим можно отметить некоторое просветление роговицной ткани.

23/I верхний отдел роговицы очистился от кровеносных сосудов, язва эпителизируется. Помутнение заметно рассосалось.

31/I. Воспалительные явления исчезли. Отсутствует блефароспазм, роговица очистилась от сосудов. Язва зарубцевалась. Соответственно месту ее расположения имеется довольно ограниченный и тонкий рубец, Vis=0,07.

7. Б-ной М., 17 л., был принят 8 II 1936 с стойким помутнением роговицы правого глаза, золотушным кератоконъюнктивитом и паннусом левого глаза.

Левый глаз заболел недели 3 тому назад; до этого, по словам б-ного, он в 1933 году страдал заболеванием обоих глаз, но болезнь прошла после непродолжительного лечения.

Со стороны правого глаза отмечается стойкое поверхностное помутнение роговицы соответственно центральной ее части. Изменений в других отделах этого глаза не обнаруживается. Острота зрения=0,3.

О. s. Гиперемия конъюнктивы век и умеренное сужение глазной щели. Блефароспазм и слезотечение. Верхняя часть роговицы занята значительным количеством кровеносных сосудов, идущих через лимб и древовидно разветвляющихся в поверхностных слоях. Прозрачность роговицы соответственно этой области нарушена, поверхность ее представляется шероховатой и слегка истыканной. Острота зрения=0,09.

9/II. Начато лечение 3% антивирусной мазью.

11/II. О. s. Состояние глаза улучшилось. Произошло просветление роговицы, уменьшился блефароспазм.

15/II. Васкуляризация левой роговицы значительно уменьшилась, роговица стала прозрачнее.

26/II. Глаз спокоен, сосуды рассосались. Vis=0,3.

29/II. Воспалительные явления мало выражены, сосуды рассосались, помутнение почти отсутствует.

2/III. Легкое раздражение глаза. В верхнем отделе роговицы усилилась гиперемия. Появились два сосуда, распространяющиеся на 3—4 мм за лимбус.

8/III. Сосуды в верхнем отделе роговицы полностью рассосались. Роговица

прозрачна, за исключением участка в 2—3 мм в верхне-наружной части (*macula corneae*). Глаз спокоен. $Vis.=0,5-0,6$.

8. Мальчик Ф., 2 лет, поступил 28/II 1936 с золотушным кератитом и язвой роговицы правого глаза.

Глаз заболел 2 месяца тому назад. Лечился амбулаторно каплями и мазями, но улучшения не наступило. *St. gr.*: верхн. веко отечно, конъюнктива гиперемирована, имеется слезотечение и светобоязнь.

Кожа нижн. века правого глаза и правой половины лица мадерирована и местами покрыта экзематозными изменениями. Подчелюстные лимфатические железы увеличены. Роговица правого глаза диффузно мутна. В центре ее располагается язвочка круглой формы, величиной несколько больше булавочной головки. Края язвы инфильтрированы. С конъюнктивы склеры подходят несколько тонких кровеносных сосудов. Рисунок радужки слегка ступешан, зрачок сужен.

Левый глаз без каких-либо изменений.

29/II начато лечение 1% противовирусной мазью, которая ежедневно вкладывается за края века. Одновременно с этим производится смазывание этой же мазью пораженных участков кожи.

5/III глаз значительно спокойнее, гиперемия конъюнктивы меньше, светобоязнь выражена слабее, ребенок стал открывать больший глаз. Роговица попрежнему мутна. Язвочка без особых изменений.

8/III помутнение роговицы рассасывается, язвочка очистилась, по краю ее можно отметить эпителизацию, светобоязнь уменьшилась. Можно отметить также обратное развитие кожных изменений, поверхность кожи очистилась и принимает нормальную окраску.

Кое-где образовались корочки.

11/III язвочка роговицы зарубцевалась. Имеется помутнение, довольно хорошо ограниченное от окружающих прозрачных отделов. Сосуды рассосались. Ребенок открывает глаза и свободно смотрит на свет.

Явления дерматита исчезли.

9. Б-ной Л., 34 лет, поступил 3/III с диагнозом золотушного кератоконъюнктивита левого глаза.

Глаза болели в детстве, но с тех пор заболевание не повторялось до лета 1935 года, когда почувствовал внезапно светобоязнь и боль в левом глазу. После амбулаторного лечения состояние улучшилось, но в последнее время вновь появилась боль, и б-ной стал замечать ухудшение зрения.

St. gr.: O. d.— без уклонений от нормы. O. s. Соединительная оболочка верхнего века гиперемирована, раскрывание глазной щели неполное, умеренная светобоязнь. Лимбальная инъекция. На роговице, соответственно 5 часам, имеется интенсивное и сливающееся с лимбом помутнение величиной в 3—4 мм. Сеть сосудов, идущих через лимб, образует в области помутнения поверхностное сплетение. Несколько выше находятся две поверхностные язвочки с чистыми краями, но несколько инфильтрированным дном. Цвет радужки ступешан. Острота зрения = 1.

3/III начато лечение 1% противовирусной мазью, кроме того назначен атропин.

7/III уменьшилась конъюнктивальная и лимбальная инъекция, сосуды рассасываются, стали мало заметны. Роговица стала чище, язвочки—меньше, дно их—чище.

10/III прекратилась боль, можно свободно смотреть. Язвочки эпителизируются, роговица просветлела.

15/III раздражение глаза отсутствует; сосуды полностью рассосались. На месте изъязвленной остались небольшие очажки помутнения роговичной ткани. В остальных отделах роговица прозрачна. Острота зрения = 0,3.

10. Б-ная К., 17 лет, поступила 16/III 1936 г. с блефароконъюнктивитом и фликтенулезным кератитом.

Из анамнеза выяснилось, что б-ная в детстве болела золотухой; несколько раз затем болели глаза.

O. d. Гиперемия конъюнктивы и краев верхнего века. Склеральная инъекция, выраженная наиболее интенсивно в области прилегающей к лимбусу между 8 и 10 часами. В этом месте имеется некоторое припухание конъюнктивальной и подслизистой ткани, создающее впечатление слившихся фликтен. На роговице, отступая 2 мм от лимба, располагается точечный инфильтрат и рядом с ним

отдельно сидящая фликтена, величиной несколько меньше булавочной головки. Острота зрения = 0,7. О. с. Покраснение краев век и гиперемия конъюнктивы. Со стороны глазного яблока изменений нет. Vis = 1,0.

17/III вкладывание 3% антивирусной мази за края век правого глаза и смазывание краев верхних век обоих глаз той же мазью.

19/III О. Д. Появилась новая фликтена—инфильтрат кнутри от лимбуса на 8 часах. В остальном—без изменений. Вместо 3% антивирусной мази начато лечение 1%-й.

25/III фликтены рассасываются, конъюнктивальная и склеральная инъекция уменьшилась. Края век менее гиперемированы.

1/IV фликтены заметно рассосались, роговица прозрачна. Лимбальная инъекция выражена слабо. Края век обнаруживают легкую гиперемию.

5/IV воспалительные явления почти полностью отсутствуют, фликтены рассосались.

7/IV б-ная выписана. Острота зрения обоих глаз = 1,0.

11. Б-ная К., 18 лет, поступила 10/VI 1936 г. с диагнозом экзематозного кератита обоих глаз.

Заболела в конце 1935 г. после нескольких приступов малярии. Болезнь началась, по словам больной, с «нарывчиков», появившихся на белочной оболочке правого глаза. Одновременно с этим появились светобоязнь, сильная боль и слезотечение. Через неделю заболел также и другой глаз. После длительного лечения наступило некоторое улучшение. В последнее время снова обострение. В 1931 г. болела воспалением легких с осложнением в виде гнойного плеврита, затем был установлен туберкулезный процесс в левом легком. Отец умер от туберкулеза. При поступлении б-ная консультирована с фтизиатром, установившим у больной легочный процесс в виде сухого плеврита; туберкулез не найден. Б. К. отсутствуют, RW—отрицательная. Прощупываются шейные и подчелюстные лимфатические узлы.

St. рг. О. итг.—гиперемия конъюнктивы век, блефароспазм. Поверхностные помутнения роговиц и большое количество точечных инфильтратов. Некоторые из них величиной с булавочную головку. Местами эпителий роговиц эрозирован и соответствующие очажки представляются в виде маленьких поверхностных язвочек. Определить остроту зрения не удастся в виду сильного блефароспазма.

11/VI начато лечение 1% антивирусной мазью.

17/VI блефароспазм уменьшился, роговицы очищаются от инфильтратов и помутнений, воспалительные явления в меньшей степени.

19/VI помутнения и инфильтраты роговиц заметно рассосались, б-ная может свободно открывать глаза. Очажки помутнений в виде *macula corneae*, расположенные по периферии, центральные отделы обеих роговиц значительно просветлели. Острота зрения = 0,1.

12. Девочка Г., 11 лет., поступила с диагнозом золотушного кератоконъюнктивита правого глаза.

В раннем детстве болела золотухой, одновременно с этим заболел и правый глаз. Периодически болезнь то улучшалась, то ухудшалась. Со стороны глаза несколько недель тому назад наступило обострение.

Девочка очень худощавая, с умеренно выраженным увеличением подчелюстных и шейных лимфатических желез, с бледной окраской кожи и слизистых. Резкая гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока правого глаза. Перикорнеальная инъекция. Эпителиальный слой роговицы местами слущен, поверхность представляется неровной, шероховатой, отсутствует нормальный ее блеск. В центральной части отмечаются три рядом стоящих инфильтрата серого цвета, величиной каждый с булавочную головку, эпителий над ними слегка приподнят. Вокруг этих инфильтратов имеется поверхностное разлитое помутнение, шириной в 3—4 мм. С внутренней части конъюнктивы глазного яблока тянется пучок сосудов, отдельные маленькие сосуды имеются также на поверхности роговицы в верхнем ее отделе. Глазное дно рассмотреть не удастся. Острота зрения = 0,07. Левый глаз—без заметных изменений. Vis. = 1,0.

15/IV начато применение 1% антивирусной мази и атропина.

17/IV глаз менее раздражен, уменьшилась конъюнктивальная гиперемия, роговица несколько светлее, отмечается очищение инфильтратов.

23/IV заметно уменьшились светобоязнь, блефароспазм, перикорнеальная

инъекция, рассасываются сосуды и помутнения вокруг инфильтратов; последние уменьшились и мало заметны.

27/V девочка свободно открывает большой глаз, очажки помутнений значительно рассосались, поверхность роговицы становится гладкой и блестящей. Острота зрения увеличилась до 0,2.

3/V при первом взгляде большой глаз ничем не отличается от здорового, раскрытие глазной щели нормальное. При фокальном освещении можно отметить поверхностное, несколько разлитое помутнение в центре роговицы.

7/V 6-ная выписана из клиники без каких-либо воспалительных явлений, конъюнктив — нормальной окраски; на роговице — поверхностное центральное помутнение в виде *pubescula*. Сосуды рассосались бесследно. Острота зрения = 0,3.

13. Б-ной X., 10 лет, поступил 1/VI 1936 г. с скрофулезным кератитом обоих глаз. Глаза заболели 2 недели тому назад. До этого, однако, тоже страдал глазами и несколько раз в 1933 и 1934 гг.

Ребенок правильного телосложения, но пониженного питания. С обеих сторон прощупываются увеличенные и болезненные шейные и подчелюстные лимфатические железы. Из анамнеза выясняется, что в возрасте 6 лет болел золотухой после кори.

St. pr. O. d. Конъюнктив век и глазного яблока гиперемирована. Блефароспазм. На роговице между 8 и 10 часами, отступая на 3 мм от лимбуса, располагается поверхностная язва с ровными краями. Внутренний край ее доходит до зрачка. Вокруг язвы роговица диффузно мутна, муть занимает почти всю наружную половину роговицы. Резкая лимбальная инъекция. К язве тянутся сосуды, идущие через лимб на 4—5 мм по поверхности роговицы. Vis. = 0,1.

O. s. Конъюнктивальная и перикорнеальная инъекция. Область роговицы, начиная от 1 до 6 час., занята мелкими инфильтратами и поверхностным помутнением. На конъюнктиве склеры, отступая 2 мм от лимбуса, имеется 2 инфильтрированных очажка, величиной каждый с булавочную головку, производящие впечатление изъязвившихся фликтен. Зрачок вяло реагирует на свет, рисунок радужки несколько ступован. Блефароспазм и слезотечение. Vis. = 0,08.

2/VI начато применение 3% антивирусной мази.

6/VI O. d. Язва стала более ограниченной, заметно некоторое ее уплощение. O. s. Уменьшилась перикорнеальная инъекция; язвочки (инфильтраты) на конъюнктиве склеры очищаются, инфильтраты рассасываются.

10/VI O. d. Без особых изменений, улучшения не заметно. O. s. Уменьшились воспалительные явления, помутнение рассасывается.

19/VI вялое течение процесса. Оба глаза раздражены, вновь усилилась светобоязнь. Помутнения стали интенсивнее, васкуляризация роговиц обоих глаз усилилась. В наружной и центральной части появился ряд новых инфильтратов.

20/VI назначены ежедневные кварцевые облучения и произведена подкожная инъекция 0,2 раствора антивируса 1:20.

23/VI O. d. Роговица правого глаза стала прозрачнее, раздражение уменьшилось, 6-ной стал свободнее открывать глаз. O. s. — без изменений.

26/VI. Вторая инъекция антивируса 0,2 раствора 1:20.

28/VI светобоязнь почти отсутствует, 6-ной отмечает, что смотреть ему стало значительно легче. O. d. Роговица значительно просветлела, сосуды замстно рассасываются, язва рубцуется. O. S. Периферические отделы роговицы стали прозрачнее, в центре можно отметить слияние инфильтратов, лимбальная инъекция выражена в меньшей степени.

5/II 6-ной свободно может смотреть обоими глазами, блефароспазм и светобоязнь почти отсутствуют. O. d. Роговица просветлела, язва закрылась нежным рубцом с краями, хорошо ограниченными от окружающей прозрачной ткани. Инфильтраты рассосались. Vis. = 0,2. O. s. Перикорнеальная инъекция отсутствует, поверхность роговицы гладкая, лимбальная область свободна от инфильтратов. В центре роговицы имеется слегка разлитое помутнение. Vis. = 0,2.

14. Девочка Н., 8 лет, заболела глазами несколько дней тому назад и явилась в амбулаторию 14/II с жалобами на боль и слезотечение правого глаза. До этого глазами никогда не страдала.

Левый глаз уклонений от нормы не представляет. На правом глазу — лимбальная фликтена, расположенная на 7 часах. Небольшая гиперемия конъюнктивы склеры.

14/II начато лечение 1% антивирусной мазью.

16/II фликтена стала бледнее, боли немного утихли.

19/II отмечается некоторое усиление конъюнктивальной инъекции глазного яблока, жалобы на резь в глазу.

21/II состояние без особых изменений.

23/II боль исчезла, фликтена рассасывается, она стала меньше и мало выделяется.

25/II глаз спокоен, фликтена рассосалась.

15. Мальчик И. 4 лет, явился на амбулаторный прием 25/1 1936 г. Болеет глазами около 2 недель. Диагноз: фликтены на лимбе обоих глаз. Сильный блефароспазм. Предшествовавшее лечение желтой ртутной мазью и колларгол каплями не дало улучшения болезни. Несколько дней до заболевания глаз перенес грипп.

На лимбе прав. глаза имеются 3 фликтены, величиной с булавочную головку; две из них сидят рядом на уровне 5 час., а одна — несколько ниже. Соответствующий отдел корнеосклеральной границы представляется слегка припухшим, образует небольшое валикообразное выпячивание. На роговице левого глаза — расправшаяся фликтена в виде инфильтрата на уровне 3 час. и отступя от лимбуса на $1\frac{1}{2}$ —2 мм.

25.I. Начато лечение 1% антивирусной мазью.

27/I. Заметно некоторое улучшение. Ребенок стал свободнее открывать глаза и не боится света.

1.II O. d. Фликтены стали плосче, бледнее и уменьшились; окружающая их зона менее инфильтрирована. Уменьшилась лимбальная инъекция. O. s. Инфильтрат рассосался, оставив точечное помутнение.

5/II. Состояние хорошее. Ребенок спокойно смотрит обоими глазами на свет. Фликтены рассосались, воспалительных явлений нет.

16. Б-ная Б., 12 лет, явилась в амбулаторию 4 III с диагнозом экзематозного кератита обоих глаз. Из анамнеза выяснилось, что глаза болят уже несколько месяцев. Последние 2 недели лечилась аккуратно, ежедневно посещала одну из городских амбулаторий, но заметного улучшения не наступило. В раннем детстве болела золотухой. Увеличены шейные лимфатические железы с левой стороны.

O. d. Точечные инфильтраты во внутренней трети роговицы. В указанной области через лимб проходят тонкие сосудистые стволы, достигающие почти центра роговицы. O. s. Свежие мягкие инфильтраты в центре и несколько стойких мутных очажков в наружной части роговицы. Со стороны обоих глаз — блефароспазм и слезотечение, в силу этого очень трудно установить остроту зрения. (На оба глаза—0,08?). Жалобы на боль в глазах.

4/III назначено лечение 3% антивирусной мазью.

8/III O. d. Явления блефароспазма уменьшились, инфильтраты рассасываются. Можно отметить уменьшение количества кровеносных сосудов на роговице. Она стала прозрачнее. O. s. Роговица заметно очистилась от инфильтратов.

11/III усилилась гиперемия и светобоязнь обоих глаз. На роговице правого глаза появились снова сосудики. На левом глазу рельефнее стали выступать точечные инфильтраты.

14/III оба глаза спокойно реагируют на свет. Инфильтраты рассасываются. Менее выражена васкуляризация роговицы правого глаза.

17/III девочка свободно открывает глаза, на боль не жалуется. Инфильтраты заметно рассосались. Кровеносные сосуды роговицы правого глаза почти исчезли, следы их удается рассмотреть только при искусственном освещении.

21/III O. d. Инфильтраты и кровеносные сосуды роговицы исчезли. Воспалительные явления отсутствуют. O. s. Бывшие инфильтраты рассосались, но появился новый очажок, величиной с булавочную головку, соответственно ниже края зрачка. Эпителий на этом месте эрозирован.

25/III O. d. Состояние без особых изменений, глаз спокоен. Vis. = 0,4. O. s. Роговица очистилась, инфильтрат рассосался, держится блефароспазм.

29/III полное отсутствие блефароспазма. Роговицы обоих глаз чисты, воспалительных явлений незаметно. Острота зрения обоих глаз = 0,3 0,4.

17. Девочка Г., 6 лет, явилась 3/IV 1936 г. с фликтенулезным процессом на обоих глазах. Заболела неделю тому назад. Несколько дней пользовалась желтой ртутной мазью, но наступило ухудшение болезни,

На роговице правого глаза имеется лимбальная фликтена на 11 часах. На левом глазу несколько (6—7) очень маленьких, еле заметных узелков, расположенных цепочкой между 6 и 8 часами.

Сильный блефароспазм, ребенок не может смотреть на свет, небольшая перикорнеальная инъекция.

3/IV начато лечение 10% противовирусной мазью.

5/IV ребенок стал свободнее открывать глаза.

Уменьшилось раздражение. Фликтена на лимбусе правого глаза стала бледнее и меньше.

На лимбусе левого глаза фликтены слились и в отдельности почти незаметны. Уменьшилась в соответствующей области гиперемия.

7/IV рассасывание фликтен прогрессирует. Светобоязнь почти отсутствует.

11/IV фликтены рассосались почти полностью. Соответствующие участки лимбуса обоих глаз обнаруживают лишь небольшую гиперемию; в остальном они ничем не отличаются от окружающей здоровой ткани.

18. Мальчик П., 5 лет, явился в амбулаторию 29/V 1936 с диагнозом золотушного кератита.

Болен около месяца; глаза почти совершенно не открывает 5 дней. В прошлом году было несколько приступов болезни, но явления стихли после непродолжительного лечения.

Кожа лица местами покрыта мокнувшей экземой. На шее с обеих сторон прощупываются увеличенные лимфатические железы.

O. d. Поверхностное помутнение, занимающее нижнюю часть роговицы правого глаза. В центральной ее части имеется ограниченное изъязвление с инфильтрованными краями. Конъюнктивальная склера отечна и гиперемирована. Из конъюнктивального мешка имеется отделяемое.

O. s. Точечное центральное помутнение и инфильтрат в нижней части роговицы. Два тонких кровеносных сосуда подходят через лимб к указанному инфильтрату.

26/V начато лечение 3% противовирусной мазью, одновременно назначен атропин.

29 V оба глаза спокойнее, ребенок стал открывать глаза.

3/VI. O. d. Края язвочки очистились, роговица стала светлее. O. s. Без изменений.

7/VI улучшение со стороны правого глаза прогрессирует, помутнение рассасывается, замечается рубцевание язвочки, она стала шире, края ее чисты. O. s. Сосуды роговицы заметно рассасываются, инфильтрат стал меньше.

13/VI воспалительные явления обоих глаз значительно уменьшились.

O. d. Конъюнктивальная склера имеет нормальную окраску. Язвочка почти полностью зарубцевалась, роговица просветлела. O. s. Роговица очистилась от кровеносных сосудов, инфильтрат рассосался.

17/VI состояние обоих глаз хорошее. Светобоязнь отсутствует. Язва роговицы правого глаза зарубцевалась. Помутнение заметно мало и занимает ограниченный участок около лимбуса. O. s. Нежное поверхностное помутнение в виде пилеусов. Ребенок смотрит спокойно обоими глазами.

19. Б-ная Н., 22 лет, поступила 10 II 1936 с диагнозом скрофулезного кератита обоих глаз.

В детстве болела золотухой, но глаза тогда не болели. Впервые глаза заболели 1 1/2 года тому назад. С тех пор применяет различные глазные капли и мази. Временами бывает улучшение, но эти периоды не особенно длительны; несколько раз повторялись рецидивы, во время которых появлялись боли и понижалось зрение. В последнее время состояние обоих глаз значительно ухудшилось.

St pr. Значительная гиперемия конъюнктивы век и склеры. Блефароспазм, светобоязнь и перикорнеальная инъекция.

O. d. Разлитое поверхностное помутнение роговицы. С конъюнктивы глазного яблока по всей окружности роговицы тянутся сосуды, распространяющиеся по поверхности роговицы. В центре роговицы имеется маленькая умеренно инфильтрированная язвочка, величиной в 1 мм. Vis. = 0,005.

O. s. Несколько поверхностных сосудов на роговице при небольшом помутнении внутренних ее отделов. Vis = 0,06.

Рентгеновское исследование обнаруживает уплотненные и частью обызвест-

ленные железки в области гилеусов. Реакция Пирке резко положительная.

11/II начато лечение 3% антивирусной мазью и агропином.

15/II блефароспазм в меньшей степени, глаза стали спокойнее.

20/II жалобы на боли в глазах, усилился блефароспазм; помутнение и васкуляризация правого глаза не уменьшились; язвочка в центре роговицы по-прежнему инфильтрирована. О. s. Некоторое просветление роговицы, но васкуляризация держится.

23/II сделано 2 молочных укола, назначено кварцевое облучение.

25/II заметного улучшения нет, оба глаза раздражены, перикорнеальная инъекция. Vis.—без изменений. Антивирус отменен.

20. Б-ной В., 8 лет, явился в амбулаторию 11 III 1936 с золотушным кератитом обоих глаз.

Правый глаз заболел в 5-летнем возрасте. После лечения желтой ртутной мазью и рыбьим жиром состояние улучшилось, но на роговице осталось маленькое бельмо. До последнего времени глаза не беспокоили. Недели 2 тому назад внезапно покраснели оба глаза. Одновременно с этим появились боль и светобоязнь. С обеих сторон припухшие подчелюстные лимфатические железы. Реакция Пирке положительная. О. d. Сильная светобоязнь, слезотечение. По лимбусу располагаются две фликтены и несколько точечных инфильтратов. В верхне-наружном отделе роговицы имеется стойкое помутнение в виде *macula serena*. О. s. Конъюнктивит глазного яблока резко гиперемирован. На роговице—точечные инфильтраты и легкая мушь у нижнего края зрачка. Перикорнеальная инъекция.

11/III начато лечение 1% антивирусом.

15/III одна из фликтен правого глаза стала бледнее и плосче, обнаруживаются признаки ее рассасывания, но рядом с ней появился очень маленький, еле заметный узелочек. Глаз раздражен. О. s. Уменьшилась перикорнеальная инъекция.

21/III снова раздражение обоих глаз, жалобы на светобоязнь и колюще в глазах; фликтены стали рельефнее.

23/III антивирусная терапия отменена в виду отсутствия какого-либо эффекта.

Выводы. Атуберкулиновый антивирус Мазура, проверенный на 40 случаях золотушных процессов глаза, является вполне хорошим средством, давшим полное и сравнительно быстрое излечение болезни у 18 больных, т. е. в 45%.

Мы рассматриваем наши результаты, как предварительные, и проводим дальнейшие наблюдения.