

ваний и этим ликвидировать процесс. Подходя к вопросу о показаниях применения болгарской палочки при хронических гнойных отитах, мы, на основании наших клинических и лабораторных наблюдений, должны сказать, что нельзя смотреть на этот метод лечения как на панацею, которая нам окончательно разрешает проблему хронического воспаления среднего уха. Можно рекомендовать лечение болгарской палочкой гнойных отитов, лишь строго индивидуализируя каждый случай. Здесь клиника и лаборатория должны идти рука об руку, дополняя друг друга, вырабатывая показания и противопоказания при лечении болгарской палочкой. Наш материал слишком мал для окончательных выводов, все же и мы можем сделать некоторые заключения:

- 1) Введение культуры болг. пал. при гнойных отитах не сопровождается болевыми ощущениями и никакими вредными явлениями.
- 2) Хорошее влияние оказывает болг. пал. при стрепто-и стафилококковых отитах.
- 3) При резком запахе, обусловленном гнилостной флорой, очень хорошую помощь оказывает культура болгарской палочки.
- 4) Болгарская палочка ведет к сморщиванию грануляций и способствует заживлению слизистой.
- 5) Значительно менее действительной оказывается культура болгарской палочки при поражениях среднего уха туберкулезного характера, при отитах с глубоким кариозным процессом в кости, при отитах, вызванных *b. Vincenti* или *bas. ruosuaneus* и при наличии холестеатомы.
- 6) При лечении болгарской палочкой требуется строго индивидуализировать каждый случай.

Литература: 1) Белонковский. Микробиология, под ред. Тарасевича, том II-ой.—2) В. П. Герасимов, Рус. врач, 1906 г. №№ 19 и 20.—3) О. М. Боголюбова. Ibid. № 43.—4) А. Д. Греков. Дисс. С.-Петербург, 1907.—5) А. Бердников. Рус. врач, 1908, № 25.—6) Он же. Ibid. 1909, № 15.—7) Медовиков. Рус. врач, 1909, № 10.—8) Утенков и Тальпис. Русская Ото-ларингология, № 5—6, 1924 г. стр. 364.—9) Цытович. Болезни уха, горла, носа. Саратов, 1922 г.—10) И. И. Мечников. 40 лет научного мировоззрения.—11) Омелянский. Основы микробиологии.—12) И. И. Мечников. Этюды о природе человека.—13) Neumann und Buttin. Arch. Ohrenheilk.—14) Heim. Lehrbuch der Bacteriologie B. 79—1909.—15) Голоконников. Жур. ушн., нос. и горл. бол. № 1—4, 1928 г.—16) Черняк. Рус. О. Ларинг. 1926, № 3.—17) Eber, Sachina. Ztblatt f. Bacter., Parasit., Infkr. Bd. 91, I Original, H. 4—5. 1926 г.—18) Денкеч. Учебник по болезням уха. 1914.—19) Меерович и Калинин. Ж. для усовер. врачей № 10, 1925 г.—20) Дядченко. Вр. газета, № 3, 1927 г.—21) Zaviska P. und Carski. K. Ztblatt f. H. N. und Ohrenkr. Bd. IX 11—12. S. 691.—22) Messinger. Ibid. Bd. XI H.—13 S. 758.

Из Глазной клиники Казанского гос. ин-та для усовер. врачей имени В. И. Ленина. (Зав. проф. В. Е. Адамюк).

К вопросу о внутриглазных цистицерках.

Ассистента **А. А. Щегловой.**

Цистицерк в глазу считается редким явлением. В литературе как иностранной, так и русской описаний случаев внутриглазного цистицерка оперативного удаления их немного. В XIX столетии большее количе-

ство их падает на иностранную литературу; в XX же, в то время как, судя по иностранной литературе, количество цистицерков уменьшается, в русской литературе их увеличивается. Так, Гейликман, приводя сводку 117 случаев, отмечает постепенное увеличение их в России с каждым десятилетием: с 60—70 г.—6 сл., с 71—80 г.—9 сл., с 81—90 г.—11 сл., с 91—900 г.—20 сл., с 1901—910 г.—22 сл., с 1910—920 г.—26 сл. и за последние 5 лет—23, причем к этим последним надо прибавить еще 15 случ., наблюдавшихся в последнее время в Киеве, не вошедших в его сводку. Левятский насчитывает около 130 сл. Балаболина наблюдала эпидемию цистицерков, а Васютинский считает, что за последние годы цистицерк становится даже заурядным явлением.

При общем цистицеркозе цистицерк нередко встречается в глазу. По данным паразитологии (Brumpt) из приведенных в литературе 907 случаев в 807 он был одиночным, в 100—множественным. Чаще всего его находили в глазу и его придатках (из 807 случаев в 372, т. е. 46%), затем в нервной системе (40,9%), в коже, мышцах и других органах. По положению в глазу из 372 внутриглазных чаще его находили под сетчаткой—в 120 (32%), в *corpor. vitrei* в 112 (30,1%), под конъюнктивой—84, в передней камере—26, орбите—19, остальные в веках, роговице, радужной, хрусталике, сосудистой оболочке, Теноновой капсуле и т. д. В глазу он большей частью одиночен, но в литературе отмечены и по несколько. В одном случае Зиминского цистицерки находились в обоих глазах, в случае Сурова—3 в одном глазу. Многие авторы (Блессинг, Крайский, Калашников, Гейликман)—находят, что количество внутриглазных цистицерков больше, чем об этом сообщают, потому что многие больные не обращаются к врачам, многие случаи не распознаются, а если и распознаются, то не публикуются.

В виду все же сравнительной редкости внутриглазного цистицерка, а в особенности в виду того, что в Казани он встречался особенно редко, мы решили сообщить о наших случаях, прошедших через Глазную клинику ин-та. Не останавливаясь более подробно на вопросе о внутриглазных цистицерках и техники их удаления, о которых за последнее время есть подробные сообщения Левитского, Васютинского и Гейликмана, перейдем к описанию наших случаев.

26/XI 26 г. на прием в клинику явилась больная, крестьянка А. Ага¹⁾, 55 лет, русская, с жалобами на то, что 3 недели тому назад она заметила ухудшение зрения левого глаза. Заболевание началось внезапно головной болью в зрительной, вскоре же прекратившейся; на ухудшение зрения тогда она не обратила внимания, но через 2 недели после того, случайно закрыв правый глаз, она заметила, что левым глазом видит только в стороны, если же она смотрит прямо, то видит перед глазом туман. При осмотре оказалось: наружно глаз без изменений, при офтальмоскопическом освещении и офтальмоскопии много плавающих помутнений в диффузная муть в стекловидном теле, рефлекс с глазного дна получается только на периферии, перед соском и *macula lutea* среди массы помутнений виден колеблющийся полупрозрачный пузырь округлой формы, в нижней части которого, видно беловато-желтое образование, напоминающее головку цистицерка. Вокруг пузыря сетчатка как-будто отслоена, но из-за помутнений стекловидного тела из складок ее, ни сосудов на ней не видно. $Visus=0,01$ (эксцентрично). Центральная скотома. $Tensio\ oc.\ d.=24\ mm.$ Hg, по Schiötz'y, $tens.\ oc.\ sin.=22\ mm.$ Правый

¹⁾ Больная демонстрировалась в Научном собрании врачей Казанск. клинического института в январе 1927 г.

глаз без изменений. При исследовании крови у больной оказалась эозинофилия 6,5%; в кале яйца глист *taeniae solium*.

В следующие дни наблюдения положение пузыря почти не изменилось. Помутнений в стекловидном теле стало значительно больше, но все же границы пузыря, хотя и с трудом, можно было определить. Измерения периметром Schweigger'a были сделаны в сидячем и в лежачем положениях и при том отведении глаза кнаружи, в каком предположено было сделать операцию. Определялся он по меридиану 8 часов (кнутри и книзу от горизонтальн. меридиана) между 10°—40°; остальные границы были неясны. Пользуясь схемой Donders'a можно было считать, что ближайший край цистицерка проэцировался с внутренней стороны на склере на 17 мм. от лимба роговицы. Считая, что наиболее действительным мероприятием является удаление цистицерка из глаза, решено было произвести эту операцию. Цистицерк был расположен далеко у заднего полюса глаза. Для его удаления могла понадобиться перерезка зрительного нерва, поэтому операцию решили произвести под хлороформным наркозом.

Операция была произведена проф. В. Е. Адамюком 14 XII. Разрезана и отсепарована конъюнктура на расстоянии 1 см. от лимба с внутренней стороны. Намечены тушью горизонтальный меридиан и меридиан 8 часов (на 3 мм. ниже). Внутренняя прямая мышца взята на крючок, затем на лигатуру, мышца перерезана, причем у склеры оставлен кусочек сухожилия в 1 мм. На эписклеру наложена лигатура, которой глазное яблоко оттянуто кнаружи. Тушью намечены на склере горизонтальный меридиан, меридиан 8 час. и начало предполагаемого разреза, приходившееся на 1,5 см. от лимба: разрез склеры сделан по меридиану до зрительного нерва и несколько увеличен впереди, так что длина его равнялась 8—9 мм. Рана раскрыта крючками, показалось стекловидное тело, и у заднего угла раны желтовато-серый пузырек, который, несмотря на длительное ожидание, сам не выходил. Для удаления пришлось его захватить пинцетом, причем, к сожалению, целостность его была нарушена. Небольшая потеря стекловидного тела. Мышца пришита, швы на конъюнктуру. Глазное яблоко несколько спало, зрачок сузился, в передней камере небольшое количество крови. По заключению проф. Массино, удаленный пузырек, в спавшемся состоянии представлявший пленкой, оказался личиночной формой *taenia solium*, *cystricercus cellulosis*; были видны и отдельные крючья. По виду можно было предположить, что паразит был мертвый.

Дальнейшее течение болезни обычное: сначала хемоз конъюнктивы и отек век, сравнительно быстро прошедший. Особых болей у больной не было. Глаз выполнялся. Кровоизлияние в передней камере рассосалось. Глазное дно нельзя рассмотреть из-за кровоизлияния в стекловидном теле. *Visus* = светоощущению, с правильн. проекцией света. Больная выписалась по собственному желанию.

Операция извлечения цистицерка из заднего отдела глаза трудна необходимо точное определение его положения и правильная проекция на стенку глаза. По русским данным (Киршман) удачно извлечен субретинальный цистицерк в 77,7%, из стекловидного тела в 81,9%. В иностранной литературе: субретинальный цистицерк был извлечен в 68,1%, из стекловидного тела 73,04%. По данным Левитского из 51 случая, оперированных в России, извлечено 37 (т. е. 72%) удачно. Прогноз в смысле зрения неудовлетворительный в случае нахождения цистицерка в заднем отделе глаза. Постановка диагноза иногда легка, часто же очень трудна.

В нашем случае поставить диагноз было очень трудно—масса помутнений в стекловидном теле, пузырь еле намечался. Операция тоже была не из легких. Пузырь находился в заднем отделе глаза. То обстоятельство, что он не выходил самостоятельно, заставляло предположить, что образовались сращения паразита с окружающими тканями. Желание сохранить зрительный нерв ставило операцию в невыгодные условия, когда глаз при сохранившемся зрительном нерве надо было повернуть задним полюсом наперед. Но все же глаз, несмотря на значительную травму, сохранил свою форму, хороший косметический вид и подвижность. *Visus* остался почти тот же, что и до операции.

Извлеченный из глаза объект фиксирован в формалине, уплотнен в спиртах возрастающей крепости и залит в целлоидин. Срезы были окрашены гематоксилин-эозином и по Van-Gieson'y. На препаратах окрашенные ткани имели своеобразное строение, совершенно непохожее на ткани глаза: можно было различить в них гомогенные слои, затем зернистые, с небольшим количеством промежуточного вещества. Местами встречались обрывки слоя эндотелиальных клеток. Словом, в состав препарата входили те ткани, которые обычно входят в состав пузыря цистицерка (исследования Одинцова, Чернышевой, Орлова и др.), хотя они не имели обычного правильного расположения, потому что исследовался только сморщенный кусочек пузыря. К описанным тканям прилегали небольшие участки ткани, имевшие типическое строение сетчатки, повидимому сросшейся с паразитом и частично удаленной вместе с ним. Там и сям имелись скопления пигмента, по цвету и морфологии напоминающие пигментный эпителий сетчатки.

Следовательно и патолого-гистологическое исследование подтверждает наш диагноз о внутриглазном паразите, причем он, как выше указано, был мертвым.

Приводим кратко еще 4 случая внутриглазных цистицерков, наблюдавшихся нами в клинике:

1) У больной Т. М. цистицерк находился сначала под сетчаткой правого глаза, затем в течение 3-х дней вышел из-под сетчатки и расположился между сетчаткой и membrana hyaloidea в области соска и macula lutea. $v=0,01$ (эксцентрично). В кале яиц глист не найдено. Эозинофилия 2,5% . Больной оперирован пр. В. Е. Адамюком: цистицерк удален после перерезки зрительного нерва. Косметический результат прекрасный.

2) У больной О. М. подсетчатковый цистицерк находился в левом глазу в области macula lutea. $v=0,01$ (эксцентрично). Яиц глист не найдено. Эозинофилия 3% . Больная от операции отказалась.

3) Больной М. М. Паразит находился в левом глазу между membrana hyal. и сетчаткой в области зрительного нерва. Зрение: светоощущение с неправильной проекцией света. Яиц глист не обнаружено. Эозинофилия 3% . Цистицерк удален (проф. В. Е. Адамюк). Больной выписался с тем же зрением, что и до операции.

4) Больной П. М. Подсетчатковый цистицерк правого глаза находился с внутренней стороны от соска, v —движению руки. Яиц глист не найдено. Эозинофилия 5% . Цистицерк удален (проф. В. Е. Адамюк). V —счет пальцев у лица на 10-й день.

В заключение выражаю благодарность проф. В. Е. Адамюку и проф. Б. Г. Массенно за ценные указания в патолого гистологической части работы.

Литература: 1) Проф. Е. В. Адамюк. Болезни светоощущ. аппарата глаза. Ч. I. 1897.—2) Проф. М. А. Левитский. Русск. офт. ж., № 8—9, 1926.—3) Балаболина. Ibid., № 8, 1925.—4) Проф. А. Г. Васютинский. Ibid., № 8—9, 1926.—5) В г и м р т. Паразитология.—6) Д-р Гейликман. Сборник статей, посвящ. проф. Авербаху, 26 г.—7) Проф. Одинцов. Вестник офт., № 1, 1926.—8) Д-р Чернышева. Русск. офт. ж., № 8, 1925.—9) Д-р Орлов. Ibid.—10) Д-р Киршман. Ibid., № 1, 1923 и др.