

шенными гематоксилином. Вышеописанные клетки по характеру своему принадлежат к клеткам слоя *Langhans's*. Независимо от последних в опухоли беспорядочными массами тянутся протоплазматические ленты с ядрами, богатыми хроматином, расположенными в один или несколько рядов, местами кучками — типичный синцитий. Среди описанных элементов попадаются, далее, ворсинки хорiona с набухшей соединительной основой, состоящей из звездообразных клеток типа эмбриональных. Вся гистологическая картина является характерной для хориоэпителиомы.

Микроскопическое исследование узелка с изъязвленной поверхностью показало, что эпителиальный слой здесь слабее выражен, — местами в шесть-семь рядов, местами же его совсем нет; *stratum germinativum* также плохо выражен, его клетки смешиваются с клетками из *stratum mucosum*. Подэпителиальный слой сильно инфильтрирован мелкими круглыми элементами. В тех местах, где имеется дефект поверхности многослойного эпителия или неправильное разрастание его, непосредственно под ним видны разрозненные как гигантские клетки, так и клетки *Langhans's*. Основная ткань узелка пронизана также синцитиальными элементами. Встречаются здесь очаги кровоизлияний, расширенные кровеносные сосуды, окруженные клетками *Langhans's* и синцития. Во многих местах стенки сосудов проедены элементами новообразования; фетальные элементы встраиваются в их просвет. Характер отдельных клеток таков же, что и в первом препарате.

Совершенно иную картину видим мы в кусочке, взятом из места отторгнувшегося узелка. Здесь резко различаются все слои; *stratum germinativum* представлен в несколько рядов, особенно же сильно развит *stratum mucosum*. Сосочки удлинены. Соединительнотканная строма богата клеточными элементами, среди которых немало мелких круглых клеток. Небольшие кровеносные сосуды сдавлены окружающей тканью, лимфатические щели — узки. Плоский многослойный эпителий нарастает со всех сторон, как бы сдавливая соединительнотканную строму, в которой остались только отдельные дегенерированные фетальные элементы с нерезко выраженной протоплазмой и сморщенным ядром.

Особенный интерес представляет гистологическая картина одного из препаратов, где с очевидной ясностью удается проследить, как окружающая злокачественные элементы, соединительная ткань и плоский многослойный эпителий, реактивно усиленно разрастаются, а соединительная ткань становится богатой молодыми клетками, которые вытесняют хориальные элементы; тут же имеются негигабирующие клетки новообразования.

Таким образом гистологическое исследование биопсированных кусочков дало типичную картину злокачественной х.-э., находящейся в стадии самоизлечения.

Из Клиники глазных болезней Казанского госуд. медиц. ин-та и Казанского трахоматозного ин-та (директор проф. В. Е. Адамюк).

Лечение трахомы препаратом *ol. chaulmoograe*.

Ассистентов Р. А. Батарчукова, А. Н. Круглова и интерна А. Б. Коленько.

Лечение трахомы и в настоящее время в основе своей базируется на применении препаратов меди, целебные свойства которой при этом страдании знали еще древние египтяне. Поэтому вполне понятен тот живой интерес, который проявили офтальмологи разных стран к предложению нашей соотечественницы д-ра Delapoe лечить трахому *ol. chaulmoograe*.

Ol. chaulmoograe было известно очень давно в Азии, где оно применялось для лечения проказы. В Европе оно появилось приблизительно в 1904 г. и нашло себе широкое применение при лечении сифилиса и проказы. По исследованию проф. Warburg'a *ol. chaul.* может быть

добыто из семян различных растений, лучшие же сорта из растения *Taractogenes Kurzii*, в семенах которого его содержится до 51%. Обилием растений, из которых добывается *ol. ch.*, объясняется то, что единого мнения о химическом составе *ol. ch.* в настоящее время нет.

Средние данные, которые приводят авторы для *ol. ch.* из *Gynocardia odorata*, которое применяли и мы, таковы: 1) удельный вес—0,957, 2) ¹⁰ застывания 14,17, 3) число омыления 204/232, 4) число Рейхерта Мейса 3,6, 5) подное число 90,4/104,4, 6) % жира в семенах—31. Формула хольмогровой кислоты— $C_{17}H_{31}COOH$, имеет циклическое строение и правое вращение. Действующее начало в *ol. ch.* гинокардиовая кислота (Меркадо) или ее натровые соли (Валькер и Свиней). *Ol. chaulm.* при обычной ¹⁰ представляет из себя крупнозернистую массу, грязно-желтого цвета, с характерным слабым запахом, оно частично растворяется в этаноле, эфире, хлороформе. Плавится при 42°.

Прежде *ol. ch.* втирали в лепромы или давали внутрь по 5—20 к. несколько раз в день в желатиновых капсулах (до 200—300 капель в день). В последнее время вводили *ol. ch.* парентерально по 0,2 до 5,0; метод давал хорошие результаты на течение лепры, но вызывал абсцессы. Wagran предложил *chaulmoogra injectable*, кот. применяли внутривенно по 0,25—2,0 2—3 раза в неделю. По единодушному мнению всех авторов, применявших *ol. ch.* при лепре, результат лечения был вполне удовлетворителен и наблюдался ряд полных излечений. В 1926 г. появилась работа д-ра Delapoe из Мадгана (Марокко), которая чисто интуитивно решила испытать это средство при лечении трахомы. В течение 4 лет она применяла это средство на 25.000 больных. Хотя она и не пишет о полном излечении, но отзывается об этом средстве как о лучшем из предложенных до сего времени.

Методика ее такова: после предварительного 2-кратного закапывания кокаина в адrenaльном она терла энергично конъюнктиву хряща вывернутого века и свободным концом стеклянной палочки, обмотанной ватой и смоченной маслом. Втирание она производила настолько энергично, что под палочкой был слышен хрящ. Всего она делала около 50 втираний (1—2 мин.). Обычно появлялась кровавистая пена (результат омыления жирных кислот щелочью слез), которая тщательно удалялась, т. к. эта пена действовала раздражающе на глаз. Вообще же, отмечает Delapoe, раздражение незначительное и втирание можно повторять до 3 раз в день. В целом ряде случаев, для того, чтобы проверить действие массажа с различными медикаментами, Delapoe второй контрольный глаз массировала подом в эвкалиптовом масле, раствором *succi sulfuris* в глицерине, 5% раствором *Methylenblau*, 1% раств. *argent. nitric.* и получала положительный эффект, но от массажа с *ol. ch.* результат был лучше (цитир. по Беляеву¹).

В Европе первым, применившим лечение по Delapoe, повидимому, был Могач²), который дал об этом новом средстве благоприятный отзыв. *Ol. ch.* в 1926 году при трахоме было впервые применено у нас в Союзе проф. Орловым³); который видел после 1—2 втираний *ol. ch.* исчезание фолликул, уменьшение инфильтрации. При трахоме II результаты получались „не очень быстрые“. Хорошо поддавались терапии несложные случаи. Преимуществ от *chaulmartin'a* (английский препарат—эфирная вытяжка *ol. ch.*) проф. Орлов не видел.

Foa⁴) сообщает о своих 50 случ., которые он наблюдал до 10 м. Отмечает быстрый успех, особенно в случаях зерен, которые уже через 8—10 дней уплощались и рассасывались. Благоприятное действие на роговичные осложнения; даже язвы роговицы не служат противопоказанием к массажу. В свободные дни растворы цинка, цианистой ртути, желтая мазь. *Espildora Luque* и *Verdaguer*⁵) сообщают об одном трахомном случае, осложненном сифилезом. Предварительное лечение ртутью,

серно-кислой медью было безуспешно. Через 2 дня после сильного массажа с *ol. ch.* значительно уменьшились субъективные жалобы, истончился *rappus*, поднялся *visus*. Gubbaу⁶⁾ на основании 2-летних наблюдений пишет, что средство дает ободряющий результат. Раздражение скоро проходит. Проводили сеансы ежедневно или через день, в количестве 10—15 сеансов. Bozzoli⁷⁾ в своем докладе на Итальянском съезде офтальмологов (22/X 1928 г.) сообщил о 100 трахманных случаях, которые он ежедневно массировал по Delanoë. В отдельных случаях давая масло и внутрь вначале с хорошим успехом. Отмечает отличный успех: секречия исчезла, папиллярные разрастания уплощались, фолликулы исчезали (проверено патолого-анатомически). Улучшение отмечалось уже через 5—6 сеансов. Автор отмечает, что хотя *ol. ch.* и не специфично против трахомы, но превосходит другие средства. Ponaïtescu и Dîpulescu⁸⁾ применяли в 12 случаях в Бухарестском воен. госпитале массаж *ol. ch.* с последующим промыванием цинкистой ртутью. Результат хороший, рецидивов нет.

Наилучшие результаты были достигнуты применением массажа с *ol. ch.* в комбинации с другими средствами. Botteri и Spornie⁹⁾ считают *ol. ch.* „одним из лучших средств против трахомы“. Наилучший результат после 4—5 сеансов с промежутком в 2 дня, после переходили на комбинированное лечение—*surg. sulf.* и т. п. (авторы обычно применяли предварительную экспрессию фолликулов). Leplat¹⁰⁾ на основании 2-годовых наблюдений считает, что лечение трахомы *ol. ch.* „несомненно заслуживает внимания и дальнейшего испытания“. Массировал он 2 раза в неделю. После второй недели прибавлял обычную противотрахоматозную терапию. Такие же благоприятные отзывы дают Rode¹¹⁾, Vittadini¹²⁾, Jo Vecchio¹³⁾, Tarducci¹⁴⁾.

Более сдержанные, но также благоприятные отзывы дает Bureus¹⁵⁾, который на основании 40 своих случаев приходит к выводу, что массаж с *ol. ch.* несколько уступает другим классическим средствам. Sagnelli¹⁶⁾ не видел хороших результатов ни от применения 20—30% хольмогр. мази, ни от парентального введения 10% *ol. chaul.* (на стерильном оливковом масле). В некоторых случаях он сюда прибавлял и фосфор. Хорошие результаты получил от массажа по Delanoë, хотя в отдельных случаях отмечает даже ухудшение. Мурзин¹⁷⁾ отмечает быстрое исчезновение фолликул, уменьшение инфильтрации. Считает, что „*ol. ch.* является полезным средством при лечении трахомы. Применение его в комбинации с обычными средствами, а также хирургическими методами может дать хороший результат“. Галеев¹⁸⁾ применял массаж одного глаза с *ol. ch.* по Delanoë, а второй, контрольный, глаз массировал с *Ung. flav.* 3—4—5%. Наблюдал заметное улучшение, но оно было одинаково с обеих сторон. Он полагает, что: „говорить о специфичности *ol. ch.* на трахоматозный процесс едва ли представляется возможным“. Купряшина¹⁹⁾ на основании 11 случаев массажа с *ol. gypocard.* приходит к выводам, что хотя этот массаж и уменьшает инфильтрацию, но „не оказывает резко благотворного действия на болезненный очаг“. Кузнецкая²⁰⁾ на основании своего опыта предполагает, что *ol. ch.*, хотя и не является специфическим средством, но м. б. применено с успехом при всех стадиях трахомы.

Наряду с отзывом о благотворном действии массажа с ol. ch. на трахоматозный процесс встречаются в литературе и отдельные авторы, которые высказываются отрицательно об этом способе. Так, Regapatj²¹⁾ из 104 приведенных им случаев в 55 случаях с неосложненной трахомой видел только кратковременное улучшение, а в 30 случаях с большим отделяемым наблюдал даже ухудшение. Замковский²²⁾ в 22 случаях лечил один глаз возможно сильным массажем с ol. chaulm., второй, контрольный, глаз массировал с индифферентным вазелиновым маслом или же закапывал раствор борной кислоты. Разницы не видел. Приходит к выводу, что результат зависит от интенсивности, продолжительности и частоты втираний.

Мы применяли для массажа ol. gypsocard., хотя на основании литературных данных нам было известно, что этот препарат наименее действителен, но другого препарата мы не имели.

Техника массажа была следующая: после предварительного 2—3-х кратного закапывания 3% раствора кокаина выворачивались веки (особенно своды, для чего иногда веко выворачивалось над подъемником Демара). Вывернутую конъюнктиву энергично массировали в течение 1—2 мин. ватным тампонином, намотанным на стеклянную палочку (все стерильное). Палочку с маслом перед употреблением ставили в теплую воду.

Не безинтересным является вопрос, как и в каком направлении надо массировать. К сожалению, единодушия в этом вопросе у окулистов все еще нет. Regenstschel²³⁾, который, повидимому, первый опубликовал свои наблюдения над действием медикаментозного массажа на конъюнктиву, рекомендует массировать в радиарном направлении (в центростремительном). Проф. Штанге пишет, что это правило справедливо только для главных венозных стволов века, почему советует производить массаж „в направлении лимфатических сосудов—содействовать оттоку негодной отработанной лимфы“. Повидимому, лучше производить массаж от внутреннего угла к наружному и несколько движений снизу вверх для содействия опорожнению вен назад в орбиту (Бакрылов²⁴⁾). Последней методики мы и придерживались.

Лечение ol. chaulmoogr. наблюдалось нами на 55 больных (38 стад. и 17 амб.); 40 мужчин и 15 женщин.

Распределение больных по возрасту: до 15 л.—7 чел., до 20 л.—9 ч., до 30 л.—15 ч. и свыше 30 л.—24 ч. Распределение по национальности: татар 24 ч., русских 20 ч., чуваш 8 ч., вотяков 1 ч., армян 1 ч. и украинцев 1 ч.

Распределение больных по стадиям трахомы и ее осложнениям.

| | | Число б-ных без роговичных ослож- нений | Число б-ных с ослож- нениями со стор. рого- виц (pannus, ulcus) |
|----------|---------|---|---|
| Trachoma | I . . | 12 | — |
| „ | II . . | 5 | 14 |
| „ | III . . | — | 24 |

Роговичные осложнения у больных носили настолько тяжелый характер, что у 26 больных острота зрения была резко понижена и достигала несколько сотых нормального зрения, а у 5 чел. была равна светопощущению. Кроме того, у 5 человек в 3 периоде был заворот верхних и нижних век, который был оперирован перед началом лечения.

Непосредственные результаты лечения холмогровым маслом можно представить в следующей таблице:

| Результат лечения | Трахома I | | Трахома II | | Трахома III | |
|----------------------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | Без ос-ложн. | С ослож. | Без ос-ложн. | С ослож. | Без ос-ложн. | С ослож. |
| Резко положит. . . . | 8 | — | 2 | — | — | — |
| Положительн. . . . | 4 | — | 3 | 11 | — | 18 |
| Слабо положит. . . . | — | — | — | 3 | — | 6 |

К резко положительному результату были отнесены случаи с полным исчезновением фолликулов и почти полным исчезновением инфильтрации; к положительному — значительное уменьшение зерен, инфильтрации и сильное просветление роговой оболочки при наличии поражения ее паннусом и язвами.

У большинства больных на обоих глазах проводилось лечение холмогровым маслом, только у 12 человек проведено сравнительное лечение: на одном глазу — массаж с холм. маслом, на другом применялись обычные противотрахоматозные средства; в 4 случаях на контрольном глазу проводилось лечение Рентгеном. Продолжительность лечения у восемнадцати б-ных равнялась 3—5 неделям, у двадцати — 6—10, у пятнадцати — 11—15 недель. Срок наблюдения большинства больных = 4—6 м-цев, у 10 человек 1—3 года.

У больных тут же после массажа появлялось чувство жжения, жара и инородного тела под веками с явлениями незначительного слезотечения. Эти явления постепенно стихали и полностью проходили в течение ближайших двух часов, уступая место субъективному улучшению. Гиперемия конъюнктивы, вызванная массажем, держалась в течение двух дней.

Лечение давало наилучшие результаты при трахоме в первом периоде. Здесь исчезновение фолликулов можно было отметить после 2—3 сеансов, а оставшиеся уменьшались в размере, уплощались и исчезали с последующими сеансами. Заметное уменьшение инфильтрации отмечалось после 8—10 сеанса. Благоприятное влияние массажа с ол. маслом на трахоматозный процесс в I периоде настолько действовал подкупаяще, что в холм. масле хотелось видеть специфическое средство, но дальнейшие наблюдения показали, что благоприятное действие этого препарата можно отметить только при длительном его применении и в ряде случаев оно превосходило наши обычные противотрахоматозные средства. Трудно поддавались лечению случаи с резкой инфильтрацией конъюнктивы, студенистой формой трахомы и обильными сосочковыми разращениями, и здесь только длительное применение холм. масла, не менее 20—25 втираний (сеансов), давало благоприятные результаты.

Благоприятное действие этого средства на паннозное поражение роговицы несомненно. Просветление роговой оболочки шло интенсивно при массаже одной только конъюнктивы, когда другие средства, просветляющие роговицу, были исключены. Уступал действию этого препарата и pannus crassus, который у нас наблюдался в 4-х случаях, правда не с той быстротой, как pannus vasculosus. Эксориации и мелкие инфильтраты, которые у нас наблюдались в 12 случаях, не служили противо-

показанием к применению масла. Только при глубоких инфильтратах с явлениями сильного раздражения глаза это средство не применялось.

В 9 случаях эффект от хольмогрового масла был слабо положительный: дело касалось больных с тяжелым течением трахомы — распространенной инфильтрацией всего конъюнктивального мешка с поражением conjunct. bulbi.

Ol. chaulmoogr. не предохраняло от рецидивов, когда на конъюнктиве после лечения оставалась инфильтрация в той или иной степени.

В этом отношении интересен один случай, который наблюдался длительное время. Б-ной Смирнов А., 24 л., поступил в Трахоматозный ин-тут 14/1 1928 г. с диагнозом trachoma II et pannus vascul. oc. utr. Со стороны конъюнктивы tarsi и переход. складки резкая инфильтрация, разрастание папиллярных тел и фолликулы в стадии перерождения. Роговая оболочка диффузно мутна с большим количеством поверхностных сосудов, особенно в правом глазу. Vis. oc. dex.=0.02; vis. oc. sin.=0.2. Правый глаз получал массаж с ol. chaulmoogr. в количестве 20 втираний, левый — 15 сеансов. Рентгена 1 1/2 Al. 2H. Выписался больной 14/VI со значительным улучшением как со стороны конъюнктивы, так и со стороны роговой оболочки. Vis. oc. dextr.=0.5, vis. oc. sin.=0.2. Через 2 1/2 месяца больной был вынужден вновь обратиться в Трах. ин-тут, куда и вновь был принят 5/IX 1928 г. Инфильтрация со стороны соединит. оболочки хряща и переход. складки усилилась, помутнение роговой резко увеличилось; острота зрения прав. глаза=0.005, лев. глаза=0.01. Только после длительного и энергичного смешанного лечения (массаж с ol. chaulmoogr., аутогемотерапия, смазыв. сург. sulf. и др.) острота зрения в прав. глазу поднялась до 0.4; в левом до 0.2.

Несмотря на это, в ol. chaulmoogr. мы имеем неспецифическое, но ценное средство; по благоприятному действию на трахоматозный процесс его можно поставить баряну с другими, а в ряде случаев и выше некоторых противотрахоматозных средств. При массаже хольмогровым маслом мы имеем не только механическое действие, которому целый ряд исследователей отводит главный момент, но, повидимому, действие и на самый трахоматозный процесс. Это видно из того, что мы в ряде случаев почти полностью исключали массаж и проводили поглаживание конъюнктивы ватным тампончиком, смоченным в хольм. масле, и при этом отмечали уменьшение инфильтрации, а главное — резкое благотворное действие на роговичные осложнения (pannus, язвы).

Как мы уже отмечали выше, масла, подобные ol. chaulmoogr., могут быть добыты из целого ряда растений. Химический состав их, а следовательно, и терапевтическое действие их не одинаково. Ряд торговых фирм примешивают к хорошим сортам ol. ch. плохие сорта, выпускают терапевтически малоценные сорта. Никогда нельзя быть уверенным в составе масла, пишет ряд авторов. Ol. chaul. относительно трудно консервировать, оно, как и всякое растительное масло, под влиянием света и времени портится, разлагается (прогоркает). Такое испорченное масло сильно раздражает глаз. Кроме того, применение ol. ch. несколько кропотливо. Как мы уже упоминали, ol. ch. при обыкновенной t° представляет из себя мазеподобную массу, консистенции сливочного масла. Такая консистенция неудобна для применения (плохо смачивает ватный тампон) и масло приходится ставить в теплую воду, в которой оно растапливается. Кроме того, ol. ch. наряду с действующим началом содержит в себе ряд побочных продуктов, которые сильно раздражают ткани и не имеют никакой терапевтической ценности. Поэтому, по совету Egelbey'a, было выделено из ol. gypsocard. действующее начало — жирные кислоты. Эти жирные кислоты в соединении с этиловой группой в виде эфира и были

выпущены в 1908 г. в продажу под именем Antileprol²⁴). Подобные же препараты появились в Англии—Chaulmartin, в Америке—Chaulmestrol, во Франции—Moogrol.

Антилепроль в оригинальной упаковке был для наших наблюдений предоставлен также фирмой Игерусско и почти был лишен всех тех незначительных неудобств, о которых мы упоминали при рассмотрении ol. ch.

Он представляет из себя безцветную, слегка маслянистую жидкость, приятного вкуса, со слабым специфическим запахом, имеющим отдаленное сходство с запахом цветка подсолнуха. Антилепроль нейтральной реакции (в то время как ol. ch. кислой), удельный вес 0.905—0.915 при 15°C, он нерастворим в воде, но легко смешивается с алкоголем и эфиром. Не застывает при обыкновенной t°.

Благоприятное действие антилепроля на проказу отмечали все применявшие его. Этиловый эфир ol. ch. (английский препарат chaulmartin) при трахоме применял проф. Орлов²⁵), но никакого преимущества перед маслом отметить не мог. Галеев¹⁸) привел наблюдение над действием антилепроля на трахоматозный процесс. Применял он не чистый препарат, а 50% мазь из него. На основании своих случаев, леченных от 3 недель до 3 месяцев, автор считает, что хотя антилепроль не излечивает трахому окончательно, но он „является хорошим подспорьем в терапии трахомы и широкое применение его следует приветствовать“, так как антилепроль имеет преимущества перед другими подобными средствами.

При применении антилепроля перед нами прежде всего встал вопрос о способе его применения. Все авторы, применявшие ol. ch. и его препараты, единодушно утверждают, что для получения терапевтического эффекта необходимо, чтобы масло вошло в тесный контакт с пораженной тканью, для чего и производили предварительную скарификацию, эксцессию; все массировали до появления кровянистой пены (разрушался поверхностный слой клеток) и т. п.

Для того, чтобы проследить действие инъекций антилепроля на слезистую глаза мы поставили опыты на кроликах, выдержки из протокольных данных которых мы и приводим.

Кролик № 1 (альбинос). 2-кратная инстилляция 5% кокаина в конъюнктивальный мешок обоих глаз. Под конъюнктиву на границе перехода третьего века, конъюнктивы верхнего века и верхней переходной складки впрыснуто по 0.1 антилепроля в каждый глаз. Через 1 час—легкая гиперемия, отечность. Эксцизия этой части конъюнктивы. Кусочек положен в формалин, срезы на замораживающем микротоме. Через 6 часов (на втором глазу)—гиперемия и отечность больше. Эксцизия.

Кролик № 2 (серый). Таким же образом произведена инъекция 0.1 антилепроля. Через 1 и 6 часов такие же явления раздражения как и у кролика № 1. Через 12 часов держится заметный отек. Верхнее веко слегка припухнуло, его удается вывернуть с трудом. Гиперемия. Эксцизия части конъюнктивы в месте инъекции. Через 24 часа—положение такое же (на втором глазу). Эксцизия конъюнктивы.

Кролик № 3 (серебристый), подобная же инъекция 0.1 антилепроля. Через 1, 6, 12 и 24 часа состояние конъюнктивы век такое же как и у кроликов № 1 и № 2. Через 48 часов состояние без перемен, на 3-и сутки отек несколько меньше, веко выворачивается легче, гиперемия. Через 5 дней имеется еще небольшая отечность. Все явления раздражения прошли только на 9-й день. Глаз ничем не отличается от второго. Эксцизия соответствующей части конъюнктивы через 7 месяцев.

Произведенные патолого-анатомические исследования показали, что ткань конъюнктивы даже после пребывания антилепроля в продолжение 7 месяцев резко не реагировала на присутствие масла.

В большинстве случаев, желая продлить действие на трахоматозный процесс, мы пользовались методикой De la poë. После 2-кратной инстилляций 3—5% кокаина веки выворачивались (иногда над Демаром) и антилепроль втирался в конъюнктиву ватным тампоном на стеклянной палочке. Мы делали достаточно энергичный массаж, после которого нередко отмечалось значительное раздражение, но потом перешли на более нежный, причем избыток антилепроля и пену, образующуюся при этом, тщательно удаляли влажным тампоном. Всего с антилепролем у нас прошло 96 случаев, из них 39 случаев получали массаж на оба глаза, а 42 больных получали массаж с антилепролем как правило, только в худшем глазу, второй же глаз массировался подобным же образом и с такой же интенсивностью ватным тампоном, смоченным в дистиллированной воде, либо в физиологическом растворе NaCl в дицианистой ртути (1:1000). В этих случаях мы хотели проследить действие чистого массажа на трахоматозный процесс. У 15 человек перед началом лечения производилась экспрессия фолликулов. После экспрессии производился массаж с антилепролем. За веки закладывали 10% ксероформенную мазь, на дом давали раствор цианистой ртути 1:5.000. Следующий раз массировали через 2—3 дня, когда значительно стихали явления раздражения, вызванные экспрессией. В эти дни больные получали только за веки 10% ксероформенную мазь и цианист. примочку. В остальных случаях, именно 81, нами сознательно, дабы проследить изолир. действие препарата, были проведены исключительно только с антилепролем без назначения других средств для пользования больными на дому. 15 наблюдений были произведены в глазном отряде при чрезвычайной перегруженности всего персонала—это было сделано для того, чтобы проследить возможность применения массажа с антилепролем в условиях напряженной практической работы.

Здесь сейчас же уместно отметить, что 15 последних случаев мы массировали не чистым антилепролем, но смешанным с циклоформом (изобутиловый кислотный эфир пара-амидо-бензойной кислоты, по химическому строению стоит близко к анестезину). Это белый кристаллический или в чешуйках порошок, легко растворяется в алкоhole, эфире, трудно в воде. При 17° его растворяется приблизительно 0.02 грм. и этого раствора уже достаточно, чтобы сделать совершенно нечувствительной роговицу кролика на 10 минут. Трудная растворимость его в воде имеет большое значение для его действия, т. е. он не всасывается, не вводит, не раздражает, распространяется лишь по поверхности, не идет в глубину²⁶). Антилепроль с циклоформом мы тоже получали в оригинальной упаковке от фирмы Игерусско.

Несмотря на то, что методика применения массажа с антилепролем была не всегда одинакова и что в ряде случаев мы применяли не чистый антилепроль, а с циклоформом и нам приходилось широко варьировать силу массажа, его продолжительность и промежутки между сеансами, полученные результаты приблизительно одинаковы и мы их суммируем вместе, не желая дробить и без того наш относительно небольшой материал.

Всего из 96 больных, на которых мы наблюдали действие антилепроля, было 15 человек стационарных и 81 чел. амбулаторных. Мужчин было 37, женщин 18 и детей до 16 л. 41. Всего с трахомой I стад. было 41 чел., из них с осложнениями 1 чел. (учитываются здесь нами только роговничные осложнения); раньше никогда и ничем не леченных 29, лечившихся раньше (сирг. sulf, сирг. citr., ol. chaul. и т. п.) было 12 ч.

С трахомой II-й стадии было 44 чел., из них с осложнениями 14, без осложнений 30 ч.; не лечивших раньше трахомы было 15 ч., лечивших 29. С трахомой в III периоде было 11 чел. Подавляющее большинство было татар и только 23 ч. русских. Каждый из лечившихся получал от 6 до 27 сеансов массажа—в среднем 10,3 сеанса на человека.

Сеансы были почти безболезненны и легко переносились даже детьми 9—12 л. Сейчас же после сеанса отмечалась небольшая гиперемия конъюнктивы век и еле заметная отечность. Часа через 2 появлялось в глазах чувство неловкости, которое вскоре проходило. Явления раздражения держались день-два, после чего они прес-

ходили, и больной получал следующий сеанс массажа. В ряде случаев через 5—8 сеансов наблюдались остро конъюнктивиты, которые быстро исчезали от нашей обычной терапии. После массажа неоднократно приходилось отмечать образование на конъюнктиве хряща и переходной складки беловато-сероватых пленок. Массаж отменялся, через 1—2 дня обычной терапии пленки исчезали—и мы возвращались вновь к массажу. У нас создалось впечатление, как будто наиболее действительны первые 4—6 сеансов массажа, когда особенно заметно обратное развитие процесса (заметно уплощались зерна, уменьшалась инфильтрация, значительное субъективное улучшение). Последующие сеансы, хотя и влияли благоприятно на процесс и роговичные осложнения, но как бы значительно меньше (не имеем ли мы здесь явления привыкания слизистой к медикаменту? Факт, требующий дальнейших наблюдений). Как будто массаж антилепролем с циклоформом переносится лучше, чем с чистым антилепролем.

В 4 случаях производились систематические наблюдения над найденными до лечения Провачек-Гальбердштеттеровскими включениями. Через 5 и 10 сеансов их еще можно было обнаружить. Они исчезли после 13, 16, 17 и 20 сеансов. Во втором контрольном глазу, получавшем такой же массаж, но с дистиллированной водой или физиологическим раствором Провачекские включения можно было обнаружить еще после 17 сеанса.

Результаты лечения антилепролем видны из след. таблицы:

| Результаты лечения | | Trachoma I | | Trachoma II | | Trachoma III | |
|--------------------|----------------|-------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|
| | | Без осложн. | С ослож. | Без осложн. | С ослож. | Без осложн. | С ослож. |
| Леч. раньше | Резко положит. | 8 | — | 1 | | | |
| | Положит. . . . | 8 | | 11 | 10 | 1 | 6 |
| | Сл. положит. . | 4 | | 5 | 2 | | 4 |
| Не лечен. раньше | Резко полож. . | 1 | | | | | |
| | Положит. . . . | 20 | | 7 | | | |
| | Сл. положит. . | 7 | 1 | 6 | 2 | | |
| Всего . . . | | 48 | 1 | 30 | 14 | 1 | 10 |

Под резко положительные случаи мы подводили случаи, закончившиеся выздоровлением, т. е. исчезли фолликулы, прошла инфильтрация. Под рубрикой «положительные» мы относили случаи, где все эти явления значительно подвинулись вперед по пути исчезновения. Под рубрику слабо положительных отнесены нами случаи, где лечение давало едва заметный эффект.

Анализируя приведенную таблицу, мы не видим, чтобы какая-либо стадия особенно хорошо или плохо поддавалась бы антилепрольной терапии. На нашем небольшом материале трудно составить представление, имеет ли значение для последующей терапии с антилепролем предыдущее лечение. Повидимому, на случаи с осложнениями антилепроль действует более слабо, чем в случаях неосложненной трахомы (большинство дали только слабо положительный эффект), да это и понятно, т. к. эти случаи отличались тяжестью протекавшего процесса. В целом ряде случаев мы все же могли отметить благотворное действие на паянус, сосуды кото-

рого становились тоньше, местами заустевали (исследование со щелевой лампой): единичные инфильтраты, осложнявшие наблюдаемые нами случаи, под действием массажа с антилепролем рассасывались быстрее, чем в случаях обычной терапии. Почти во всех случаях мы отмечали повышение зрения на 2—5 десятых.

Таков, в общем, благоприятный, непосредственный эффект нашей терапии. Некоторые из наших больных исчезли после проведенного лечения и дальность расстояния не дала нам возможности проследить их более продолжительное время, подавляющее же большинство наблюдалось нами от 2 мес. до 1 года. К сожалению, мы могли отметить целый ряд рецидивов. Хочется особенно отметить 2-х мальчиков, один из которых получил 8 сеансов в течение 23 дней, а второй—10 сеансов в течение 15 недель. Выписались они (один был стационарный) с полным исчезновением фолликул и еле заметной инфильтрацией конъюнктивы сводов. В их историях болезни стоит „выздоровление“. Появились они первый через 2 мес., а второй через 8 мес. с новой обильной сыпкой фолликул. Подобные, хотя и менее разительные случаи, отмечались нередко.

Наши наблюдения, конечно, незначительны по количеству, но все же полученные результаты позволяют нам высказать следующие предположения:

1. Ol. chaulmoog. и его препараты, не являясь специфическим средством против трахомы, наряду с другими испытанными способами может служить хорошим подсобным средством.

2. В начальных стадиях трахомы ol. chaulm. и его препараты, по-видимому, действуют лучше, чем в случаях далеко зашедших, запущенных.

3. Массаж с ol. ch. и его препаратами не уступает в ряде случаев по своему терапевтическому эффекту целому ряду противотрахоматозных мероприятий перед массажем с индифферентными средствами.

4. Отмечалось благотворное действие массажа с ol. ch. на раны и инфильтраты роговицы.

5. Наибольший терапевтический эффект, дают первые 5—6 сеансов массажа, когда особенно заметно уплощение фолликул, уменьшение инфильтрации. Последующие сеансы, хотя и действительны, но менее.

6. Предварительно произведенная экспрессия фолликул заметно ускоряет благотворное действие последующего массажа.

7. Желательно в применении ol. ch. и его препаратов не пользоваться шаблоном, строго индивидуализируя как силу, так и время и промежутки между сеансами.

8. По-видимому, наиболее действительна комбинация ol. chaulm. с другими антитрахоматозными средствами и эти последние, примененные в случаях последовательного их применения за втираниями препаратов ol. chaulmoogae, являются более эффективными.

Литература. 1) Беляев И. А. Арх. Офт., т. V. стр. 5.—2) Morax. Rev. intern. du trachom. № 3, 1927.—3) Орлов. 1927 г., Арх. Офт. т. VI.—4) Foa. Zentral. f. d. ges. Opht. Bd. 20, H. 11.—5) Espildora Luque und Verdaguer. Ibid. Bd. 22, H. 6.—6) Gubbay. Ibid. Bd. 22, H. 6.—7) Bozzoli. Ibid. Bd. 22, H. 15.—8) Ponaitecu und Dinulescu. Revista Sanit. milit. № 1, 1927.—9) Botteri A. und Sponie A. Medicinski Pregled, № 2, 1928.—10) Leplat Georges. Liège Medical, № 13, 1928.—11) Rode. Revista de Medicina e cirurgia № 114, 1928.—12) Io Vecchio. Zentr. f. die g. Opht. Bd. 19.—13) Vittadini Angelo. Zentr. f. a. O. Bd. 19.—14) Tarducci. Zentr. f. a. O. Bd. 19.—15) Burcus. Ibid. Bd. 21.—16) Sarnelli. Pens. Medico, 1928, № 8.—17) Мур-

зи в. Клини. журн. Саратов. ун-та, т. V, № 3, 1928 г.—18) Галеев. Р. О. Ж., т. XI.—19) Купряшина. Ibid.—20) Кузнецкая. Ibid.—21) Reganati. Р. О. Ж., т. X.—22) Замковский. Арх. Офт., т. V.—23) Бакрылов. Массаж при лечении хронических заболеваний соединительной оболочки глаза, СПб. Диссерт.—24) Бакрылов. Обзор новейших лекарственных и секретных средств. Вып. IV, 1912.—25) Kupffer. Deut.-russ. med. Zeit. № 5, 1928.—26) Клинге. Новейшие лекарственные и секретные средства. 5-е доп. 1912 г.

Из глазного отделения Златоустовской горбольницы им. Октябр. революции.

О преимуществах операции Lagleyze при трахоматозном завороте *)

Д-ра И. Э. Барбель.

Способ Lagleyze, являющийся модификацией операции Рапаса, опубликован в 1892 году ¹⁾. В последующих сообщениях (1904 ²⁾ и 1905 г. ³⁾ L. отмечает, что, проводя в течение 10 лет эту операцию (300 раз), он ни разу не видел рецидивов. За исключением наблюдений Lapotti ²⁾ (85 случаев в течение 4-х лет), получившего наилучшие результаты, и безлого упоминания у Löhlein'a ¹⁾, мне не удалось найти больше в иностранной литературе работ, посвященных этой операции. В русской литературе насчитывается их также немного (Садовникова ⁴⁾, Шеффер ⁵⁾, Крылов ⁶⁾ и Смолянинов ⁷⁾). Описание операции включено также в „Курс глазных болезней“ Крюкова и Одинцова ⁸⁾. Мне кажется не будет ошибкой утверждение, что способу L. уделено немного места не только в литературе, но и в практике—способ этот мало распространен. А между тем он имеет ряд достоинств, благодаря которым он заслуживает большего внимания и интереса.

Несколько слов о *технике операции*. Я провожу ее так, как она описана у L., с незначительными изменениями: 1) вывернутое веко удерживается лигатурой, проведенной у ресничного края и укрепленной на пластинке Рабяникова ⁹⁾; 2) проводится не одна лигатура с рядом швов, а 3 с двумя иглами на каждой, что значительно облегчает и упрощает проведение швов; 3) не накладывается валик из марли.

По способу L. было проведено в Глазном отделении Златоустовской горбольницы 104 операции *) (на верхних веках 67, на нижних — 37). В одном случае был неудачный результат и в 2-х случаях наблюдались рецидивы. Я не склонен приписать эти неудачи недостатку самого способа, скорее следует признать, что виной были некоторые погрешности техники, напр., слишком раннее снятие швов—на 3-й день—из-за боязни чрезмерного гиперэфекта; недоведение разреза до углов век. Во всех остальных случаях результат получился хороший.

Садовникова, на основании большого опыта (1000 операций в течение 22 лет), утверждает, что результаты способа L. в смысле эффекта и отсутствия рецидивов не оставляют желать лучшего.

В эффективности способа и я смог убедиться, но, в виду небольшого срока наблюдения (1 год) и незначительного количества случаев, я, конечно, не могу высказаться по важнейшему вопросу—насколько

*) Доклад на научной конференции Глазной клиники 1. Л. М. И. 3/IV 31 г.

*) В это число входит 11 операций, сделанных под моим руководством студентами Перм. у-та, проходивших в Злат. больн. производственную практику